

Instituto Nacional
de Salud Pública

TRABAJO DE TESIS:

**Caracterización de la atención obstétrica e identificación
de prácticas de parto humanizado
entre Parteras Profesionales Técnicas, Licenciadas en
Enfermería y Obstetricia y Médicos Generales
en Guerrero y Oaxaca, 2009-2010.**

Alumna:

YokoHamaguchi

hamaguchiyo@gmail.com

+52 1 7776107302

Maestría en Ciencias de la Salud
Área de concentración en Salud Sexual y Reproductiva
Generación 2012-2014

Comité de tesis:

Directora: Mtra. Leticia Suárez López
Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública
Asesora: Mtra. Dolores González Hernández
Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos, 25 de Agosto de 2014

1 Resumen

Diariamente 800 mujeres alrededor del mundo, mueren por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, por lo que la mortalidad materna es considerada uno de los objetivos del milenio para reducir su nivel al 75 por ciento de 1990 a 2015. Como consecuencia se han implementado medidas internacionales y nacionales para su reducción. En el caso de México, la norma que regula la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y por ende, previene la muerte materna está en proceso de renovarse (PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010) y en la misma se implementa el concepto de la atención humanizada. El objetivo general de este estudio es analizar y comparar las prácticas de atención del parto que realizan las parteras profesionales técnicas (PPT), las licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO) y los médicos generales (MG) con base en el parto humanizado en las entidades de Guerrero y Oaxaca, México. Se trata de un análisis secundario de una investigación prospectiva aleatoria controlada a nivel de conglomerados en donde se realizaron entrevistas a proveedores sobre la atención de los tres últimos partos de cada mes. El total de partos vaginales de bajo riesgo analizados fueron 304 en 23 centros de salud (102 partos por PPT, 51 por LEO y 46 por MG, donde 21 MG laboraban en los mismos sitios que las PPT o LEO). En la primera parte del trabajo, y de acuerdo con la recomendación de la OMS (1986) sobre la buena práctica obstétrica, se explora cuáles de los tres modelos de atención tiene prácticas semejantes a esta recomendación utilizando la técnica estadística del análisis cluster. En la segunda parte, el estudio se centra en el parto humanizado. Debido a que no hay un pronunciamiento oficial de organismos internacionales respecto a lo que se considera parto humanizado, se efectuó una revisión de diversos documentos científicos en donde describen algunas de las acciones a favor del parto humanizado y se creó un índice. Mediante la técnica estadística de

regresión logística se buscó asociación entre el parto humanizado y características seleccionadas de los modelos de atención y de los centros de salud analizados. El presente estudio pretende proponer acciones para mejorar la calidad de atención con enfoque humanizado, como el respeto a la elección de la mujer respecto al acompañamiento. Los principales hallazgos encontrados son que las acciones que realizan las PPT y LEO de acuerdo con lo que la OMS propone para la buena práctica obstétrica son muy similares entre estos dos modelos de atención. En relación con el parto humanizado las PPT y LEO son las que efectúan acciones más cercanas al parto humanizado en comparación con las que realizan los médicos generales. También se obtuvo que los médicos generales que laboran en los sitios en donde hay PPT o LEO tienen una menor posibilidad de realizar acciones de parto medicalizado en comparación con los MG que no tienen contacto con ellas. Estos hallazgos sugieren que es necesario proponer acciones que lleven a modificar las prácticas de atención del parto en los centros de salud e incorporar a PPT y LEO como modelos de atención alternativos.

2 Palabras claves

- Parto humanizado (humanized birth)
- Mortalidad materna (maternal mortality)
- Calidad de atención (quality of care)
- Partera profesional técnica (professional technical midwife)
- Licenciada en enfermería y obstetricia (obstetric nurse)
- Médico general (general practice physician)

3 Índice

1	Resumen	2
2	Palabras claves	3
4	Introducción	5
4.1	Identificación del problema	5
4.2	El parto humanizado	9
4.2.1	Definición del parto humanizado	9
4.2.2	Medición del parto humanizado	11
4.2.3	Entorno del parto humanizado	12
4.3	Justificación	13
4.4	Hipótesis	16
4.5	Objetivos	18
4.5.1	Objetivo general	18
4.5.2	Objetivos específicos	18
5	Métodos	18
5.1	El informe de ética y de consentimiento informado	18
5.2	Diseño seleccionado	18
5.3	La población y asignación de sujetos a los grupos de estudio	19
5.4	Criterios de inclusión y exclusión	20
5.5	Recolección de datos	20
5.6	Variables de interés	21
5.6.1	Variable dependiente	21
5.6.2	Variables independientes	23
5.6.3	Modificador de efecto	24
5.6.4	Variables confusoras	24
5.7	Métodos de análisis estadístico	25
5.7.1	Análisis descriptivo	26
5.7.2	Análisis cluster	26
5.7.3	Análisis de regresión logística	29
6	Resultados	36
6.1	Distribución de los partos, proveedores y centros de salud según los tres	

modelos de atención en cuatro categorías	36
6.2 Acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica	37
6.3 Análisis cluster	42
6.4 Prácticas de parto humanizado	44
6.5 Regresión Logística	46
7 Discusión	48
7.1 Hallazgos y discrepancias	48
7.1.1 Acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica ..	49
7.1.2 Prácticas del parto humanizado	50
7.1.3 Limitaciones	61
7.2 Conclusión.....	62
8 Referencias.....	63

4 Introducción

4.1 Identificación del problema

La mortalidad materna (MM) está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a

cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (1). La MM es uno de los principales indicadores de la salud materna.

En un reporte efectuado por la OMS en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial (BM) se puntualiza que de 1990-2010 la MM en el mundo disminuyó de 543.000 a 287.000 decesos de mujeres lo cual representa una reducción del 47%, en veinte años (2). Sin embargo también menciona que 800 mujeres están muriendo todos los días y algunas de las que no mueren sufren de por vida porque desarrollan infecciones y/o complicaciones graves por el embarazo y/o el parto y alcanza diariamente a 16,000 mujeres (2).

Ha habido varias reuniones internacionales en donde se ha visto el avance en la disminución de la MM tales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994 y en su revisión en 1999 (CIPD+5) en donde se destacó la reducción de la MM en varios países del mundo (3). La reducción de la MM se reforzó en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas en 2000, cuando fue elegido como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (3,4), en el cual se propuso como meta disminuir la mortalidad materna en 75 por ciento para el año 2015, con relación a la de 1990. Diversas organizaciones nacionales e internacionales están efectuando diferentes acciones para cumplir este ODM. La tendencia en el mundo para disminuir la MM se enfoca principalmente en mejorar la

calidad de atención en salud materna. Una manera de mejorar la calidad de las acciones para atender el parto es la atención humanizada.

En el caso de México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (5) es el documento bajo el cual todas las instituciones de salud deben regirse. Esta norma está en proceso de renovarse con el PROYECTO de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010 (6), donde específicamente se menciona la necesidad de humanizar el embarazo y parto en dicho proyecto, se menciona por primera vez la palabra humanizar en relación con la atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio de la siguiente manera:

“La atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Un elemento importante es humanizar el embarazo y parto y facilitar el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres. Es un modelo aceptado para apoyar este aspecto la participación de la Partería asistencial y las Licenciadas en Enfermería Obstétrica. Lo que se pretende es menor intervención y lograr un proceso fisiológico y natural durante el embarazo y parto” (6).

En general, el concepto de “humanización” no ha sido tratado de manera relevante, aún, en foros científicos ni en la literatura especializada en medicina. Fue en la Conferencia Internacional de Humanización del

Nacimiento realizada en Fortaleza, Ceará, Brasil en 2000 donde este concepto fue definido y adoptado por la Conferencia como:

“La humanización es un proceso de comunicación y el cuidado entre las personas que llevan a la auto-transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y un sentido de compasión por y unidad con:

- 1. el universo, el espíritu y la naturaleza;*
- 2. otras personas en la familia, la comunidad, el país y la sociedad mundial, y*
- 3. otras personas en el futuro, así como las generaciones pasadas” (7).*

De esta forma, la humanización “... es una manera importante de estimular y empoderar a las personas y grupos para avanzar hacia el desarrollo de una sociedad sostenible y el disfrute de una vida plena” (7).

En esta Conferencia se dice que la humanización se puede aplicar a cualquier aspecto de la atención, incluyendo el parto, entre otros. Ya que el parto es el comienzo de la vida y afecta toda la vida del individuo, se argumenta que el parto humanizado es una necesidad muy clara, y la aplicación de este aspecto particular de la atención es un primer paso importante.

En vista de lo anterior, en esta Conferencia se propone que la humanización debe ser un concepto clave para el desarrollo de una sociedad sostenible en el siglo XXI, e insta a todos los gobiernos y organizaciones

internacionales y organizaciones no gubernamentales a tomar medidas “... para promover la humanización” (7).

4.2 El parto humanizado

4.2.1 Definición del parto humanizado

El parto humanizado es una forma de atención del parto que contribuye a la disminución de la MM, pues para ejecutarlo se requiere de un alto nivel de calidad del servicio (8).

La atención de la maternidad humanizada se plantea que debe tener las siguientes características: 1) La satisfacción y empoderamiento de las mujeres y sus proveedores de atención; 2) La promoción de la participación activa y la toma de decisiones de las mujeres en todos los aspectos de su propio cuidado; 3) El trabajo conjunto de proveedores médicos y no médicos trabajando como iguales; 4) La utilización de la tecnología basada en evidencia; 5) Debe estar ubicado dentro de un sistema descentralizado de proveedores e instituciones de atención del nacimiento, con una alta prioridad en la atención en el nivel primario, y financieramente viable mediante un análisis de costo-beneficio (9–13).

En México, como se mencionó anteriormente está en proceso de ser renovada la NOM007 con 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, en donde se menciona la necesidad de humanizar el embarazo y parto. Recientemente, la Secretaría

de Salud señaló en la “Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México” la necesidad de proveedores alternativos para la atención de partos de bajo riesgo y da mayor énfasis en el parto humanizado (14).

A pesar de que el concepto de parto humanizado nació en Ceará, Brasil en la década de 1970, no hubo una definición clara y ésta fue construida dentro de un proyecto de mejoramiento de la salud materno-infantil denominado “Proyecto Luz” en el noreste de Brasil. En este proyecto el concepto de parto humanizado se basó en las nociones que la partería japonesa tiene al respeto, y está centrado en la “experiencia de partos seguros y satisfactorios” (9).

En la actualidad, la OMS no ha establecido lineamientos precisos sobre la definición y acciones que involucran la atención de un parto humanizado, por lo que no hay un estándar de oro mundial. No obstante, se han identificado varios de los beneficios de la práctica del parto humanizado; el más importante es la disminución de la MM, y también el beneficio en la Salud Pública debido a que su descenso contribuye a la disminución de gastos para el sistema de salud, entre otros, ya que se disminuyen las cesáreas innecesarias (10) y partos excesivamente medicalizados (4,15). Además, hay beneficios individuales que repercuten en la sociedad tales como el fortalecimiento del empoderamiento de la mujer (9,11) y la profundización de los lazos familiares (9,11,16,17).

En la OMS se ha hablado de la medicalización del nacimiento como:

"La separación de una mujer de su propio entorno y rodeándola de gente extraña con extrañas máquinas haciéndole cosas extrañas a ella, en un esfuerzo para ayudarla, el estado de la mujer en mente y cuerpo están tan alterados que su forma de llevar a través de este acto íntimo también debe ser alterado y el estado del bebé nacido igualmente debe ser alterado" (10).

Por otro lado, la cesárea innecesaria es un ejemplo excelente de la medicalización y la deshumanización del parto, donde el cirujano tiene a su cargo las decisiones sobre el parto y la mujer no tiene ningún control (10). México es un país que tiene un alto porcentaje de cesárea, se encuentra en el cuarto lugar con el mayor número de cesáreas innecesarias a nivel mundial después de China, Brasil y EEUU (18). Según la OMS el porcentaje de cesárea debe ser de 10 a 15% (19) y en la NOM-007 menciona entre 15 y 20% (5). Sin embargo, el porcentaje de cesárea en México en 2012 fue de 45.1% (20). La cesárea necesaria es una práctica que ayuda a solucionar algunas complicaciones obstétricas, por el contrario, la cesárea innecesaria puede causar morbilidad materna, por lo que hay que disminuirla. Una ganancia adicional si se disminuyen este tipo de cesáreas es el beneficio en el costo, donde se pueden ahorrar gastos médicos, infraestructura y gastos para las usuarias.

4.2.2 Medición del parto humanizado

El concepto del parto humanizado tiene mucha flexibilidad; depende de cómo lo conciben las parturientas y los proveedores. Por lo tanto es difícil definirlo

dependiendo de las acciones que se efectúan durante el mismo, y no existe un indicador único que puede evaluarlo.

En fechas recientes en México, se ejecutó un proyecto piloto de atención humanizada del parto con enfoque de interculturalidad en Oaxaca y proyecto humanización del nacimiento y parto vertical con enfoque de interculturalidad en Guerrero, sin embargo todavía no se han publicado sus resultados.

4.2.3 Entorno del parto humanizado

El presente estudio trata las prácticas del parto humanizado de acuerdo a tres modelos de atención: parteras profesionales técnicas, licenciadas en enfermería y obstetricia y médicos generales. En vista de que ninguna institución nacional o internacional ha dado una definición precisa sobre las acciones de parto humanizado, se efectuó una revisión bibliográfica de artículos científicos que tratan este tema y se seleccionaron las prácticas que cada autor engloba como parto humanizado, algunas de las cuales coinciden con los lineamientos que la OMS propone para la buena práctica obstétrica (19,21).

A continuación se listan en el Cuadro 1 las acciones del parto humanizado consideradas en este trabajo.

Cuadro 1. Definición de las prácticas de parto humanizado según la revisión de la literatura científica

Prácticas		Referencias
Durante el trabajo de parto	El manejo del dolor no farmacológico	(17,22)
	La libertad de movimiento materno	(19,23–26)
	El ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto	(22,25)

Fase activa	El uso de posición no supina	(19,22,26–28)
	El acompañamiento familiar al momento del parto	(6,12–14,18–20,22,26,28,29)
Tercera etapa	El uso rutinario de oxitocina posparto	(8,27)
Periodo neonatal	El contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé	(7)
	La ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto	(21)

Por otro lado existen acciones perjudiciales o ineficaces que perjudican la salud materna y se alejan de la atención humanizada, y que en muchas ocasiones se asocian con el parto medicalizado. En el Cuadro 2 se listan aquellas acciones que no favorecen la atención humanizada del parto.

Cuadro 2. **Definición de las prácticas de parto medicalizado según la revisión de la literatura científica**

Prácticas		Referencias
Durante trabajo de parto	El uso rutinario de depilación pública	(9,30)
	El uso rutinario de infusiones intravenosas	(7,8,22)
	El uso de oxitocina en el parto	(8,21,27)
Fase activa	Episiotomía	(7,22,27)

4.3 Justificación

La OMS propuso un movimiento mundial para reforzar y enfocar la atención del parto con proveedores calificados para disminuir la morbilidad materna a partir de 1996 (22,31). En el caso de México, el porcentaje de los partos atendidos por proveedores calificados¹ de 1990 al 1997 es del 91% y 2011 es del 95% (27,32). En 2012, el 94.5% de los partos fue atendidos en instituciones de salud, sin embargo, cerca de 558,800 partos no fueron

¹ Médicos, enfermeras y parteras

atendidos en instituciones de atención médica y que, de acuerdo con la ENSANUT 2012, cerca de 241,000 partos fueron atendidos en casa, uno de cada tres partos fueron atendidos por parteras tradicionales (168,000) o parteras profesionales (85,000) (33). Y la razón de mortalidad materna (RMM) ha ido disminuyendo, de 89.0 por mil nacidos vivos en 1990 a 82.0 en 1997, y a 62.2 en 2009 (34). Debido a que el fenómeno de la MM es multifactorial y de carácter muy complejo, la atención del parto con proveedores calificados es sólo una de las estrategias difundidas para disminuir la MM e influye hasta cierto límite.

En el caso de México, según la información del “personal de salud que atendió el último parto en los últimos cinco años, estratificado por el lugar de atención médica” de ENSANUT 2012, fueron el médico 95.5%, la enfermera 0.7% y la partera profesional 1.0% (33).

Es decir, en México en el área de la atención del parto coexisten tres modelos. El modelo médico hegemónico, que en el presente estudio se llama el modelo médico general (MG) el cual está representado básicamente en los centros de salud. Y dos modelos de profesionales no-médicos con educación formal en Obstetricia para ofrecer atención del embarazo y el parto en el primer y segundo nivel de atención, son el modelo de las parteras profesionales técnicas (PPT) y de las licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO) (25).

El modelo MG en los servicios obstétricos es el que ofrecen los médicos generales, pasantes en el servicio social y médicos internos de pregrado. Sin

embargo, los lineamientos de la SSA indican que los internos no deben de atender partos sin supervisión de un médico titulado. El contenido de la educación y capacitación que reciben los médicos generales varía según la escuela de formación, pero todos han cursado al menos 4 años de estudio pospreparatoria(25).

El siguiente modelo es el de las PPT, el cual sólo es reconocido por la Secretaría de Educación si el grado se obtuvo en el CASA Centro de Apoyo a la Salud de los Adolescentes (CASA), única escuela de Partería Profesional reconocida en México, ubicada en San Miguel de Allende Guanajuato. Esta escuela comenzó a graduar a las primeras PPT mexicanas en el año 2000. El programa de CASA es de tres años y exige a sus estudiantes tiempo completo. Las egresadas de CASA están capacitadas para proveer atención calificada a las mujeres en trabajo de parto y parto, para identificar riesgos en el embarazo, y para identificar y referir emergencias obstétricas. Las estudiantes inician prácticas en el Hospital de CASA, en comunidades rurales y cumplen su servicio social en hospitales del IMSS y de la SSA(25).

Por último, el modelo de LEO puede obtener su formación profesional en varias instituciones educativas del país. Una de las principales escuelas es la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), a través de su programa para formar licenciados en enfermería y obstetricia, la cual está afiliada a la UNAM desde 1987. Este programa forma enfermeras con énfasis en obstetricia. En la Ciudad de México un hospital privado denominado CIMIGen trabaja con egresadas de la ENEO y con enfermeras técnicas y/o

generales, para proporcionar atención prenatal, intraparto y postparto; y otorga servicios de planificación familiar. CIMIGen es uno de los sitios en México que provee capacitación clínica supervisada a enfermeras obstetras y las prepara para manejar de manera independiente un parto normal. En general la LEO no tiene en el país un espacio reconocido para ejercer la obstetricia y muchas veces se encuentran realizando actividades de enfermería general o bien tareas administrativas (25).

Algunas investigaciones en México han enfatizado que las acciones que se realizan al momento del parto por los proveedores pueden incidir en la calidad de la atención a la salud materna, esto significa que pueden influir indirectamente en la MM (15,35,36). El presente estudio pretende proponer acciones para mejorar la calidad de atención con enfoque humanizado (ver apartado de Prácticas de parto humanizado en página 58), lo cual ayudará a crear conciencia en los servicios de salud sobre la calidad de atención que deben otorgar los modelos, y contribuirá a crear conciencia entre las mujeres embarazadas y sus familias para que demanden atención humanizada. Esto a su vez, coadyuvará a replantear las metas hasta ahora establecidas para que los tomadores de decisiones en salud pública exijan a las instituciones de salud una atención humanizada.

4.4 Hipótesis

Desde el año 2006 se han efectuado una serie de investigación para evaluar las fortalezas y debilidades de los tres modelos de atención del parto (PPT, LEO y MG) en México (37,38), obteniéndose diversos hallazgos que

evidencian la importancia en la atención de partos vaginales de bajo riesgo por profesionales no médicos; de esta forma, al evaluar los currículos de formación de estos tres modelos de atención con base en los criterios en la Confederación Internacional se obtuvo como resultado que el currículo de la escuela de las PPT fue el más cercano a lo que la confederación internacional avala como buena práctica obstétrica (26). Se menciona que es necesario para cualquier tipo de atención obstétrica, la capacitación del proveedor, la cual comienza con la educación básica y el entrenamiento para proporcionar una atención segura y humanizada (26).

En otro estudio sobre la atención durante el parto normal por los tres modelos, se comparó su atención con base en las guías de práctica clínica basada en la evidencia de la OMS y se obtiene como resultado que las PPT y LEO otorgan mejor atención que los MG (23).

En un estudio posterior se evalúa la fuerza relativa de la adición de una PPT o LEO en el equipo médico en las unidades médicas rurales. El resultado fue que las clínicas donde hay un proveedor alternativo, PPT o LEO, es mejor la atención y mayor la cobertura respecto a la que se otorga donde sólo hay MG (24).

Tomando en consideración estos hallazgos, el presente estudio tiene como hipótesis que las PPT realizarán un mayor número de acciones apegadas al parto humanizado respecto a las LEO y MG.

4.5 Objetivos

4.5.1 Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es analizar y comparar las prácticas de atención del parto que realizan las PPT, las LEO y los MG con base en el parto humanizado en Guerrero y Oaxaca, México

4.5.2 Objetivos específicos

El primer objetivo específico es explorar cuáles de los tres modelos de atención tiene prácticas semejantes en la atención de los partos vaginales de bajo riesgo de acuerdo con la recomendación de la OMS (1986) sobre la buena práctica obstétrica en las siguientes etapas de atención del parto: a) Al inicio del trabajo de parto, b) Al momento del parto, c) En la fase activa de la tercera etapa. El segundo objetivo específico es efectuar una diferenciación de las prácticas realizadas por los tres modelos de atención en las diferentes etapas del parto de acuerdo con el parto humanizado.

5 Métodos

5.1 El informe de ética y de consentimiento informado

Este es un análisis de datos secundario donde el proyecto original fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de Instituto Nacional de Salud Pública. El consentimiento informado se efectuó la manera oral con los proveedores para recabar información sobre los partos atendidos.

5.2 Diseño seleccionado

El presente estudio se propone efectuar un análisis secundario de datos de

corte transversal proveniente de un proyecto de investigación denominado *“Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en Unidades Médicas Rurales de la Secretaría del Salud”* efectuado en el Instituto Nacional de Salud Pública, y cuyo objetivo fue comparar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la NOM-007-SSA2-1993 y la OMS, para la atención al embarazo, parto y puerperio, utilizando proveedores capacitados no-médicos (PPT y LEO) y Médicos Generales en clínicas rurales de los estados de Guerrero y Oaxaca. Se diseñó un estudio prospectivo aleatorio controlado a nivel de conglomerados para evaluar el efecto de la intervención efectuando entrevistas a proveedores sobre la atención de los tres últimos partos de cada mes.

5.3 La población y asignación de sujetos a los grupos de estudio

Para este estudio se seleccionaron aleatoriamente 27 centros de salud rurales de los estados de Guerrero y Oaxaca de la base de datos de la evaluación de calidad del Programa Oportunidades en el 2007. Doce de los 27 centros de salud fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención en donde se integró un proveedor alternativo (PPT o LEO) asignados también de manera aleatoria; los 15 centros de salud restantes quedaron como controles manteniendo el modelo habitual de atención, es decir no se incorporó en ellos personal alternativo, y cuyos proveedores son médicos generales, médicos pasantes, enfermeras generales y enfermeras auxiliares.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron: que las unidades médicas rurales de la SSA atendieran partos, que contaran con equipo médico básico formado por un médico general o pasante y una o dos enfermeras generales para la atención obstétrica, y que las clínicas rurales estuvieran al menos a una hora del hospital de referencia y máximo a dos horas de traslado, además de estar a una distancia máxima de tres horas entre una y otra comunidad, como estrategia para limitar el entrecruzamiento de las pacientes y atender al menos 50 partos al año.

Los criterios de exclusión fueron: que las unidades médicas rurales de la SSA no atendieran partos, fueran de dos núcleos o más, estar a menos de 1 hora del hospital de referencia, y a menos de tres horas entre una y otra comunidad y atender al menos 50 partos al año.

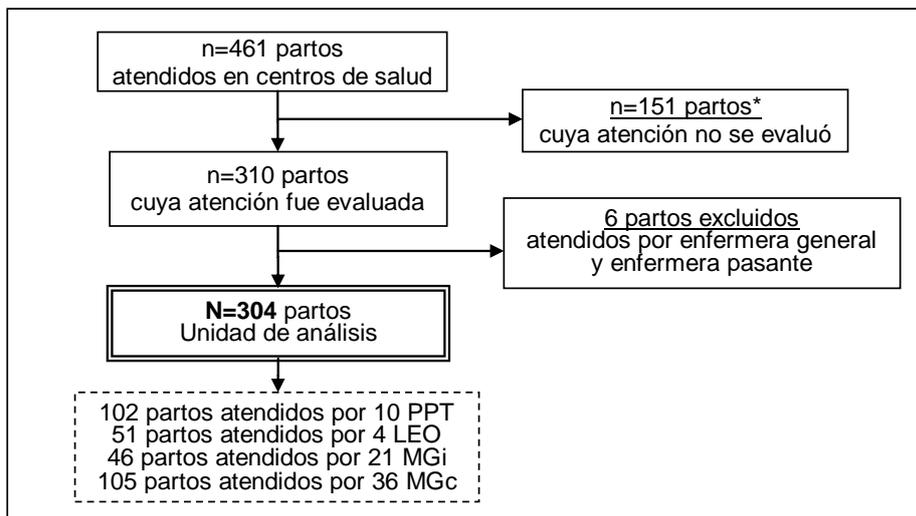
5.5 Recolección de datos

Se realizaron entrevistas a proveedores que atendieron partos vaginales de bajo riesgo entre el primero de abril de 2009 y el 31 de diciembre de 2010 para obtener datos sobre las prácticas de rutina realizadas en sus últimos tres partos de forma mensual. Al momento de la entrevista, los entrevistadores tenían a la mano los expedientes clínicos y registros del centro de salud para que los entrevistados pudieran consultarlos en caso de cualquier duda.

Los datos recolectados fueron de 310 partos, de los cuales seis partos

se excluyeron porque los atendieron enfermeras generales y enfermeras pasantes. Por lo tanto la unidad de análisis son los 304 partos, 102 partos atendidos por 10 PPT, 51 partos atendidos por 4 LEO, 46 partos atendidos por 21 médicos generales de los sitios de intervención (MGi) es decir, los sitios en donde había PPT o LEO y 105 partos atendidos por 36 médicos generales de los sitios de control (MGc) es decir, los sitios en donde no había PPT o LEO.

Figura 1. La selección de la unidad de análisis



*sólo se preguntaba sobre la atención de los tres últimos partos de cada mes en cada centro de salud

5.6 Variables de interés²

5.6.1 Variable dependiente

Para construir la variable dependiente se creó un índice que toma en cuenta las siguientes prácticas de parto humanizado:

- Durante el trabajo de parto

² En el Cuadro 1 del Anexo se explica la operacionalización de las variables.

- **Ofrecimiento de hidratación oral:** Si la mujer tomó líquidos vía oral.
- **Uso de métodos no farmacológicos para el manejo de dolor:** Si el manejo del dolor fue mediante métodos no farmacológicos.
- **Libertad de movimiento materno:** Si le sugirió a la mujer que deambulara en algún momento del trabajo de parto.

➤ En la fase activa

- **Uso de posición no supina durante la fase de pujo:** La posición que la mujer tuvo principalmente durante la fase de pujo.
- **Uso de posición no supina en el momento de expulsión:** La posición que la mujer tuvo principalmente en el momento de expulsión.
- **Acompañamiento familiar en el parto:** Si estuvo acompañada por algún familiar al momento de parto.

➤ Durante la tercera etapa

- **Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa:** Si se aplicó oxitocina después del parto.

➤ Periodo neonatal

- **Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé:** El momento que se estableció el contacto piel a piel entre mamá y bebé.

- **La ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto:** El tiempo transcurrió entre el nacimiento y el primer amamantamiento.

Para la construcción del índice también se tomaron en consideración las siguientes prácticas de parto medicalizado:

- Durante el trabajo de parto
 - **Uso rutinario de depilación púbica:** Si se realizó tricotomía.
 - **Uso rutinario de infusiones intravenosas:** Si se canalizó a la mujer.
 - **Uso de oxitócina en el parto:** Si se aplicó oxitócina durante el trabajo de parto.
- En fase activa
 - **Uso rutinario de episiotomía:** Si hizo episiotomía.

5.6.2 Variables independientes

Proveedores: Los proveedores que atendieron partos fueron categorizados según sus profesiones como Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO), Parteras Profesionales Técnicas (PPT), Médicos Generales en centro de salud del grupo intervención (MGi), y Médicos Generales en centro de salud del grupo control (MGc).

Sitio de atención: Los centros de salud se clasificaron en dos categorías (de intervención o control) dependiendo si había proveedores no médicos atendiendo pacientes.

5.6.3 Modificador de efecto

Entidad federativa del centro de salud: Se tomó en consideración si el centro de salud estaba ubicado en Guerrero u Oaxaca

5.6.4 Variables confusoras

Para construir las variables confusoras se creó un índice que toma en cuenta los insumos de los centros de salud tales como la infraestructura, los materiales y los recursos humanos.

➤ Infraestructura

- **Luz:** La frecuencia de interrupción de la energía eléctrica.
- **Comunicación:** La disponibilidad de teléfono, celular o radio.
- **Transporte:** La disponibilidad de transporte para traslado de pacientes.

➤ Materiales

- **Esfigmomanómetro:** La disponibilidad del esfigmomanómetro.
- **Termómetro:** La disponibilidad del termómetro.
- **Estetoscopio:** La disponibilidad del estetoscopio.
- **Guantes esterilizados:** La disponibilidad de guantes esterilizados.
- **Guantes no esterilizados:** La disponibilidad de guantes no esterilizados.
- **Estetoscopio de pinard:** La disponibilidad del estetoscopio de pinard.
- **Doppler:** La disponibilidad del doppler.
- **Pinzas arteriales:** La disponibilidad de las pinzas arteriales.

- **Venonet:** La disponibilidad del venoset.
- **Agujas y jeringas:** La disponibilidad de las agujas y jeringas .
- **Gasas:** La disponibilidad de las gasas.
- **Sutura:** La disponibilidad de la sutura.
- **Pinzas de disección:** La disponibilidad de las pinzas de disección
- **Tijeras:** La disponibilidad de tijeras.
- **Porta-agujas:** La disponibilidad de porta-agujas.
- **Solución intravenosa:** La disponibilidad de la solución intravenosa.
- **Oxitocina:** La disponibilidad de la oxitocina.

➤ Recursos humanos

Número total de PPT, número total de LEO, número total de MG, número total de médicos pasantes y número total de enfermeras.

5.7 Métodos de análisis estadístico

Como se mencionó anteriormente, los datos de presente estudio provienen de las entrevistas a proveedores que atendieron 304 partos vaginales de bajo riesgo. Por lo tanto varios de los datos provienen de las mismas personas, por lo que los datos no son independientes. En consecuencia, el presente estudio trató como unidad principal de análisis a los 304 partos, pero también tomó en consideración al subgrupo es 71 primeros partos que atendieron cada uno de los proveedores. Esto se hizo con el fin de poder efectuar un análisis de sensibilidad para comprobar si diferencias entre los resultados de análisis principal y de análisis de subgrupo).

5.7.1 Análisis descriptivo

Se efectuó un análisis descriptivo univariado y bivariado. Tomando en consideración que los datos no son independientes, en vez de calcular la prueba Ji-cuadrada para la asociación entre variables, se calculó el valor de p según cada categoría con el análisis regresión logística tomando como categoría de referencia para cada variable a las PPT y ajustando el error estándar con los 24 clusteres de los centros de salud. Se tomó en consideración a los centros de salud debido a que la unidad de agrupación y aleatorización del estudio original fueron las unidades médicas del primer nivel de atención.

5.7.2 Análisis cluster

Con el objeto de ver cuáles de las acciones que efectúan los proveedores durante la atención de los partos vaginales son similares se tomará como base las recomendaciones efectuadas por la OMS (28) sobre la buena práctica obstétrica y se efectuará un análisis cluster.

Para ello, en primer lugar se agruparon las acciones efectuadas por los proveedores en tres categorías de acuerdo a lo propuesto por la OMS (28): Promoción de prácticas que han demostrado ser útiles, Eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces y Realización con cautela de prácticas con escasa evidencia.

Las acciones de promoción de prácticas que han demostrado ser útiles tomadas en consideración son las siguientes: a) Toma de signos vitales, b) Realización de examen pélvico, c) Realización de examen físico, d) Revisión

de contracciones, e) Monitoreo de los latidos fetales, f) Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, g) Ofrecimiento de hidratación oral, h) Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, i) Libertad de movimiento materno, j) Uso de posición no supina durante la fase de pujo, k) Uso de posición no supina durante el parto, l) Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes (familiares), m) Revisión rutinaria de la placenta y membrana, n) Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa, o) Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé y p) Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto.

En todas estas prácticas se asignó el valor "1" (Sí), cuando los proveedores realizaron estas acciones consideradas dentro de la acción adecuada y "0" (No) en caso negativo. Por lo tanto estas respuestas fueron recodificadas como "acción adecuada"=1 en el caso de tener "1" y "acción inadecuada"=0 en el caso de tener "0".

En relación con la eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces, se tomó en consideración las siguientes: 1) Uso rutinario de depilación pública, 2) Aplicación rutinaria de enema evacuante, 3) Uso rutinario de infusiones intravenosas, 4) Administración no controlada de oxitocina, 5) Uso rutinario de episiotomía y 6) Limpieza rutinaria de la cavidad uterina.

En las prácticas anteriormente descritas se asignó el valor "1" (Sí) cuando los proveedores realizaron estas acciones y valor "0" (No) cuando no las efectuaron. Por lo tanto estas respuestas fueron recodificadas como "acción

adecuada” en el caso de tener “0” y “acción inadecuada” en el caso de tener “1”.

Respecto a las acciones que deben realizarse con cautela de debido a la escasa evidencia sobre su utilidad, se tomaron en consideración las siguientes: Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación y Pinzamiento temprano del cordón umbilical. Se asignó el valor "1" (Sí) cuando los proveedores realizaron estas acciones y valor "0" (No) cuando no las efectuaron. En este caso, las respuestas a estas acciones fueron recodificadas como “acción adecuada” en el caso de tener “0” y “acción inadecuada” en el caso de tener “1”.

Posteriormente se creó una variable aditiva que añadió 24 acciones de buena práctica obstétricas recomendadas por la OMS (28). Esta variable tuvo una distribución promedio de 14.0 acciones, con un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 21, una mediana de 14 y una desviación estándar de 2.92.

Después se crearon dos clusters de atención (nivel alto y bajo), utilizando el método de kmedians como tipo de partición, y con la similaridad de Matching para variables dicotómicas. Se utilizó la opción de comienzo con firstk.

Por último se hicieron gráficas con densidad de Gauss-Kernel para ver la similaridad de las acciones de cada modelo de atención.

5.7.3 Análisis de regresión logística

Con el objeto de ver cuál modelo de atención es el que más se apega a la atención de parto humanizado, se realizó un análisis de regresión logística.

5.7.3.1 Creación de los índices

A continuación se describen los índices aditivos que fueron creados para efectuar el análisis de regresión logística.

Índice de parto humanizado

De acuerdo con la revisión de la literatura, se tomó en consideración 13 acciones que los proveedores efectúan en los partos vaginales de bajo riesgo y que son consideradas dentro del parto humanizado. Estas acciones son: a) Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, b) Libertad de movimiento materno, c) Ofrecimiento de hidratación oral, d) Uso de posición no supina durante la fase de pujo y durante el parto, e) Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes (familiares), f) Uso de oxitocina profiláctica, g) Contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé, y h) Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto. Se asignó el valor "1" (Sí), cuando los proveedores realizaron estas acciones consideradas dentro del parto humanizado y "0" (No) en caso negativo. Por lo tanto estas respuestas fueron recodificadas como "práctica de parto humanizado"=1 y "práctica de parto medicalizado"=0.

También se tomaron en cuenta algunas acciones consideradas como prácticas de parto medicalizado, las cuales son: a) Uso rutinario de depilación

pública, b) Uso rutinario de infusiones intravenosas, c) Administración no controlada de oxitocina, y d) Uso rutinario de episiotomía. Se asignó el valor "0" (Sí) cuando se realizaron estas prácticas y valor "1" cuando no las efectuaron los proveedores. Por lo tanto, estas respuestas fueron recodificadas como "práctica de parto humanizado" en el caso de tener "0" y "práctica de parto medicalizado" en el caso de tener "1".

Posteriormente se creó una variable aditiva que añadió todas las acciones sobre parto humanizado y las acciones sobre parto medicalizado. Esta variable tuvo una distribución promedio de 7.13 acciones de parto humanizado, con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 12, una mediana de 7 y una desviación estándar de 1.96.

Con base en lo anterior, el punto de corte para determinar un parto humanizado o medicalizado fue el percentil 75; por lo tanto el índice tiene dos rangos:

- **Parto medicalizado:** si se realizaron de 1 a 7 de las 13 prácticas.
- **Parto humanizado:** si se realizaron de 8 a 13 prácticas.

Índice de las variables confusoras

Para efectuar el modelo de regresión logística se tomó en consideración las variables confusoras y se creó un índice como a continuación se explica.

Índice de infraestructura

Tomando en consideración la infraestructura que se encuentran en las unidades médicas del primer nivel se creó un índice aditivo de infraestructura, el cual considera si cada centro de salud tenía luz, comunicación y transporte. En relación con la variable “luz” se indagó sobre la existencia de interrupción de la luz en el centro de salud y de acuerdo a las respuestas se asignó el valor "1" cuando se respondía que no había luz “alguna vez por año o casi nunca” y valor "0" cuando respondían que la luz faltaba “alguna vez por mes o semana, o casi diario”. De igual manera, respecto a la “comunicación” se indagó si el centro de salud tenía “teléfono fijo, móvil o radio, o existía cabina telefónica” asignándole valor "1" si lo tenía y valor "0" si no tenía “ninguno”.

Respecto al “transporte” se averiguó sobre la disponibilidad de transporte para traslado de paciente cuando las respuestas eran “ambulancia o carro municipal” se asignó el valor "1" y cuando mencionaban “transporte público o propios medios” se asignó valor "0".

Posteriormente se creó una variable aditiva que añadió todas variables de infraestructura. Esta variable tuvo una distribución promedio de 1.35 insumos de infraestructura adecuados, con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 3, una mediana de 2 y una desviación estándar de 1.02.

Con base en lo anterior, el punto de corte para determinar si los insumos de infraestructura eran adecuados fue el percentil 50, por lo tanto el índice tiene dos rangos:

- **Insumos de infraestructura inadecuados:** si tenía valores de 0 y 1.
- **Insumos de infraestructura adecuados:** si tenía valores de 2 y 3.

Índice de insumos materiales

Asimismo, se tomó en consideración los insumos materiales que hay en cada centro de salud, con lo cual se creó un índice aditivo de insumos de materiales, contemplando si cada centro de salud tenía: a) Esfigmomanómetro, b) Termómetro, c) Estetoscopio, d) Guantes esterilizados, e) Guantes no esterilizados f) Estetoscopio de Pinard, g) Doppler, h) Pinzas arteriales, i) Venoset, j) Aguja y jeringa, k) Gasas, l) Sutura, m) Pinzas de disección, n) Tijeras, o) Porta-agujas, p) Solución intravenosa y q) Oxitocina. En relación con los materiales, se asignó el valor "1" (Sí), cuando los materiales considerados estaban disponibles y "0" (No) en caso negativo. Por lo tanto estas respuestas fueron recodificadas como "adecuado"=1 y "inadecuado"=0.

Posteriormente se creó una variable aditiva que añadió todas variables de insumos de materiales. Esta variable tuvo una distribución promedio de 15.39 insumos de materiales adecuados, con un valor mínimo de 11 y un valor máximo de 17, una mediana de 16 y una desviación estándar de 1.49.

Con base en lo anterior, el punto de corte para determinar unos insumos de materiales adecuados fue el percentil 50; por lo tanto índice tiene los siguientes dos rangos:

- **Insumos materiales inadecuados:** si tenía valor de 11 a 15.

- **Insumos materiales adecuados:** si tenía valor de 16 y 17.

Índice de insumos de recursos humanos

También se creó un índice aditivo de insumos de recursos humanos, tomando en consideración cuánto personal tenía cada centro de salud. El personal considerado fue el siguiente: a) Número total de PPT, b) Número total de LEO, c) Número total de MG, d) Número total de médicos pasantes y e) Número total de enfermeras generales.

Posteriormente se creó una variable aditiva que añadió todos los insumos de recursos humanos. Esta variable tuvo una distribución promedio de 3.91 personas, con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 7, una mediana de 4 y una desviación estándar de 1.49.

Con base en lo anterior, el punto de corte para determinar si los insumos de recursos humanos eran adecuados fue el percentil 50; por lo tanto índice tiene los siguientes dos rangos:

- **Insumos de recursos humanos inadecuados:** si tenía valor de 1 a 3.
- **Insumos de recursos humanos adecuados:** si tenía valor de 4 a 7.

5.7.3.2 Selección del modelo

En primero paso para la selección del modelo, fue confirmar que no hubiera correlación entre las variables independientes (proveedores (PPT, LEO, MG_i y MG_c) y sitio de atención), el modificador de efecto (entidades federativas) y

las variables confusoras (índice de insumos, infraestructura, materiales, y recursos humanos). Como resultado se obtuvo una alta correlación entre “sitio de atención” y “PPT” (0.5), y “sitio de atención” y “MGc” (-1.0), por lo que se decidió no incluir la variable “sitio de atención” en el modelo.

La variable dependiente en este modelo es el índice de parto humanizado.

El segundo paso consistió en calcular el “cambio en el estimador (change-in-estimate)” con el método “forward” (39). Según esta teoría, cuando hay más de 10% o menos de -10% de cambio en el análisis crudo de cada variable independiente (PPT, LEO, MG_i y MG_c) en relación con la variable dependiente (índice de parto humanizado), se necesita meter esta variable al modelo para ajustarlo. En el presente estudio, las variables PPT, LEO, MG_i y MG_c cumplen con esta condición por lo que se considerarán en el modelo ajustado. La única variable que cumple con el criterio de exclusión es la de “Entidad federativa”, ya que el porcentaje de cambio en LEO fue -5.56, en MG_i fue -5.58 y en MG_c fue -5.45, por lo que no se necesita meter al modelo. En cambio, existen otras variables que no satisfacen la condición de exclusión totalmente ya que en uno de los proveedores tiene un valor menor al 10% y en otro proveedor tiene un valor mayor al 10% (Cuadro 3).

Cuadro 3. Cálculo de cambio en el estimador según los tres modelos de atención

variables	LEO		MG _i		MG _c	
	OR	Cambio (%)	OR	Cambio (%)	OR	Cambio (%)
Crudo	3.613		0.394		0.055	
Entidad federativa	3.412	-5.56	0.372	-5.58	0.052	-5.45

Infraestructura	3.281	-9.19	0.370	-6.09	0.053	-3.64
Materiales	4.740	31.19	0.426	8.12	0.060	9.09
Personal	25.718	611.82	1.243	215.48	1.000	1718.18

Como resultado de este proceso de selección, el modelo final de este estudio es el que está ajustado por las variables confusoras (índice de infraestructura, insumos materiales y insumos recursos humanos).

5.7.3.3 Diagnóstico de la regresión logística

En primero paso para efectuar el diagnóstico de la regresión logística fue la prueba de Hosmer-Lemeshow (40), donde un valor de p mayor al 0.05 indica que el modelo propuesto ajusta razonablemente bien a los datos. En este caso se obtuvo un valor de $p = 0.15$ por lo que el modelo ajusta bien los datos.

En segundo paso, consistió en diagnosticar la multicolinealidad. Según la teoría de este diagnóstico (41), los valores del factor de inflación de la varianza (VIF) de cada variable deben ser menores de diez, y el promedio de VIF tiene que ser menor de tres. En este caso, los valores de VIF del modelo final cumplieron estas condiciones. Por lo tanto, el modelo final propuesto ajusta razonablemente bien a los datos (Cuadro 4).

Cuadro 4. **Diagnóstico de multicolinealidad entre variables considerados para el análisis**

Variabes	VIF
LEO	1.71
Mgi	1.29
MGc	1.56
Infraestructura	1.23
Materiales	1.29
Recursos	1.20

6 Resultados

A continuación se efectúa un análisis descriptivo de los resultados encontrados tomando en consideración a las PPT, LEO y MG divididos en dos categorías dependiendo si éstos estaban en los centros de salud donde había PPT o LEO (MGi) y si éstos estaban en centros de salud donde no había los dos modelos alternativos (MGc).

6.1 Distribución de los partos, proveedores y centros de salud según los tres modelos de atención en cuatro categorías

Del total de partos que se atienden en los centros de salud, se les preguntó a los proveedores sobre la atención de los tres últimos partos de cada mes, obteniéndose información sobre la atención de 304 partos en 23 centros de salud atendidos por 71 proveedores. De los 304 partos, 102 partos fueron atendidos por las diez PPT en nueve centros de salud, 51 partos fueron atendidos por el cuatro LEO en cuatro centros de salud, 46 partos fueron atendidos por MGi en 11 centros de salud y 105 partos atendidos por MGc en 12 centros de salud (Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución de los partos, proveedores y centros de salud según los tres modelos de atención en cuatro categorías (Partera Profesional Técnica (PPT), Licenciada en Enfermería y Obstetricia (LEO), Médico General en el grupo de intervención (MGi) y Médico General en el grupo de control (MGc)) (N=304)

	Total	PPT		LEO		MGi*		MGc*	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de partos	304	102	33.6	51	16.8	46	15.1	105	34.5
Número de centros de salud	23 **	9	39.1	4	17.4	11	47.8	12	52.2

Número de proveedores 71 10 14.1 4 5.6 22 31.0 35 49.3

PPT=Parteras Profesionales Técnicas, LEO=Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, MGi=Médicos Generales en los centros de salud de intervención, MGc= Médicos Generales en los centros de salud de control.

*Incluye médicos pasantes en servicio social.

**Sólo centros de salud que atendieron partos.

6.2 Acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica

Con el objeto de ver cuáles de los tres modelos de atención tienen prácticas similares en la buena práctica obstétrica, como paso inicial, a continuación se describen las siguientes acciones recomendadas por la OMS: promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles, la eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces, y la realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación (28).

Promoción de prácticas que han demostrado ser útiles

Durante el encuentro inicial

Una de las primeras acciones que deben efectuar los proveedores durante el encuentro inicial es el monitoreo de los latidos fetales, los resultados muestran que se encontraron diferencias en la realización de esta acción entre PPT y MGc ($p=0.030$), ya que en el 93.1% de los partos atendidos por PPT y en el 72.4% de los partos atendidos por MGc lo hicieron (Cuadro 6).

Durante el trabajo de parto

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal también fue estadísticamente significativa entre PPT y MGi ($p=0.000$), y entre PPT y MGc ($p=0.005$), ya que 95.1% de partos atendidos por PPT hicieron esta acción, en tanto que sólo

58.7% de partos atendidos por MG_i y 74.3% de partos atendidos por MG_c lo realizaron (Cuadro 6).

En el ofrecimiento de hidratación oral también se encontraron diferencias entre PPT y LEO ($p=0.007$), PPT y MG_i ($p=0.000$), y PPT y MG_c ($p=0.000$) ya que 80.4% de partos atendidos por PPT ofrecieron líquidos a las mujeres parturientas, mientras que sólo 56.9% de partos atendidos por LEO, 21.7% de partos atendidos por MG_i y 20.0% de partos atendidos por MG_c lo hicieron (Cuadro 6).

La utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor también fue estadísticamente significativa entre PPT y LEO ($p=0.028$), PPT y MG_i ($p=0.000$), y PPT y MG_c ($p=0.045$), acción que fue efectuada en mayor grado en 86.3% de los partos atendidos por LEO, en cambio las PPT lo realizaron en el 51.0% de partos, y sólo en 13.0% de los partos atendidos por MG_i y en 16.2% de los partos atendidos por MG_c (Cuadro 6).

La libertad de movimiento materno durante el trabajo de parto también se encontraron diferencias en la realización de esta acción entre PPT y MG_c ($p=0.000$), ya que en el 83.3% de los partos atendidos por PPT y sólo en el 44.8% de los partos atendidos por MG_c lo hicieron (Cuadro 6).

En la fase activa

En relación con el respeto a la elección de la mujer de sus acompañantes también fue estadísticamente significativo entre PPT y LEO ($p=0.000$) a favor de las LEO ya que esta acción se efectuó en el 43.1% de los partos atendidos

por PPT y en el 76.5% de los partos atendidos por LEO (Cuadro 6).

Periodo neonatal

También se encontró diferencias respecto a la práctica del contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé lo efectúan entre PPT y LEO ($p=0.002$); de esta forma, lo realizaron 72.6% de los partos atendidos por PPT, en cambio en 96.1% de los partos atendidos por LEO se efectuó esta acción (Cuadro 6).

La ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto también mostró un comportamiento similar entre PPT y LEO ($p=0.010$), ya que la efectuaron 83.3% de los partos atendidos por PPT y 96.1% de los partos atendidos por LEO (Cuadro 6).

Eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces

Durante el trabajo de parto

Se encontraron diferencias entre modelos en la realización de prácticas perjudiciales o ineficaces para la salud de la madre. De esta forma, la administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento fue estadísticamente significativa entre PPT y MG_i ($p=0.010$), y PPT y MG_c ($p=0.000$), ya que efectuaron en 6.9% de los partos atendidos por PPT, en 21.7% de los partos atendidos por MG_i y en 51.4% de los partos atendidos por MG_c (Cuadro 6).

En la fase activa

También se encontró diferencias el uso de episiotomía lo efectúan entre PPT y

MGc ($p=0.000$); de esta forma, lo realizaron 19.6% de los partos atendidos por PPT y 38.1% de los partos atendidos por MGc (Cuadro 6).

Durante la tercera etapa

En relación con la limpieza rutinaria de la cavidad uterina después del nacimiento, también se encontraron diferencias entre PPT y MGc ($p=0.000$), PPT y MGc ($p=0.000$), en 30.4% de los atendidos por PPT, en 82.6% de los partos atendidos por MGc y en 80.0% de los atendidos por MGc (Cuadro 6).

Realización con cautela de prácticas con escasa evidencia

Durante el trabajo de parto

Los hallazgos muestran la existencia de diferencias en la amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación entre PPT y LEO ($p=0.034$), ya que en 58.8% de los partos atendidos por PPT y en 25.5% de los partos atendidos por LEO se efectuó esta acción (Cuadro 6).

Durante la tercera etapa

El pinzamiento temprano del cordón umbilical también se efectuó en diferente grado entre PPT y LEO ($p=0.031$), PPT y MGc ($p=0.000$), y PPT y MGc ($p=0.017$), ya que en 32.4% de los partos atendidos por PPT, en 9.8% de los partos atendidos por LEO, en 63.0% de los partos atendidos por MGc y en 75.2% de los partos atendidos por MGc se hizo el pinzamiento temprano, de esta forma son las PPT las que en menor grado lo efectúan (Cuadro 6).

Del conjunto de datos analizados se observa que los MGc son los que en

menor número de los partos atendidos realizan acciones para una buena práctica obstétrica comparados con las PPT, excepto en revisión rutinaria de placenta y membranas. Son ellos mismos los que en mayor grado efectúan prácticas perjudiciales e ineficaces o acciones que deben efectuarse con cautela hasta que haya evidencia científica, excepto en la amniotomía temprana de rutina en la fase de dilatación.

Como se mencionó anteriormente se realizó un análisis de sensibilidad del primer parto atendido por cada proveedor, de los cuales 10 partos fueron atendidos por PPT, 4 partos por LEO, 46 partos por MGí y 105 partos por MGc. En comparación con el total de partos, la distribución de cada modelo es muy diferente; la del principal análisis, las PPT atendieron el 33.6% de los partos, las LEO el 16.8%, los MGí el 15.1% y los MGc el 34.5%. En cambio la distribución en el análisis de sensibilidad es que las PPT atendieron el 14.3% de los partos, las LEO el 5.6%, los MGí el 29.6% y los MGc el 50.7%.

El problema con esta muestra es que PPT y LEO generalmente no trabajan en los centros de salud, por lo que la muestra de estos modelos de atención es muy pequeña, teniendo en consecuencia poco poder.

Cuadro 6. Distribución de las Acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica en los partos atendidos (N=304) por los tres modelos de atención en cuatro categorías

	Total (N=304)		PPT (n=102)	LEO (n=51)	MGí (n=46)	MGc (n=105)
	n	%	%	%	%	%
Promoción de prácticas que han demostrado ser útiles						
<i>Durante el encuentro inicial</i>						
Toma de signos vitales, sí	252	82.9	88.2	90.2	82.6	74.3
Realización de examen pélvico, sí	272	89.5	93.1	82.4	95.7	86.7
Realización de examen físico, sí	45	14.8	15.7	15.7	13.0	14.3
Revisión de contracciones, sí	247	81.3	88.2	76.5	80.4	77.1
Monitoreo de los latidos fetales, sí	259	85.2	93.1	96.1	84.8	72.4 *
<i>Durante el trabajo de parto</i>						

Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, sí	245	80.6	95.1	84.3	58.7	***	74.3	**
Ofrecimiento de hidratación oral, sí	142	46.7	80.4	56.9	**	21.7	***	20.0
Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, sí	119	39.1	51.0	86.3	*	13.0	***	16.2
Libertad de movimiento materno, sí	200	65.8	83.3	74.5		65.2		44.8
<i>En la fase activa</i>								
Uso de posición no supina, sí								
durante la fase de pujo, sí	21	6.9	10.8	17.7		2.2		0.0
durante el parto, sí	9	3.0	6.9	2.0		2.2		0.0
Respeto a la elección de la mujer respecto a los acompañantes (familiares), sí	148	48.7	43.1	76.5	***	45.7		41.9
<i>Durante la tercera etapa</i>								
Revisión rutinaria de la placenta y membranas, sí	7	2.3	1.0	2.0		0.0		4.8
Uso de oxitocina profiláctica, sí	282	92.8	92.2	100.0		100.0		86.7
<i>Periodo neonatal</i>								
Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé, sí****	232	76.3	72.6	96.1	**	76.1		70.5
Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto, sí	241	79.3	83.3	96.1	*	76.1		68.6
Eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces								
<i>Durante el trabajo de parto</i>								
Uso rutinario de depilación pública, sí*****	5	1.6	0.0	2.0		2.2		2.9
Aplicación rutinaria de enema evacuante, sí	8	2.6	2.0	2.0		4.4		2.9
Uso rutinario de infusiones intravenosas, sí	282	92.8	90.2	90.2		95.7		95.2
Administración no controlada de oxitocina, sí	76	25.0	6.9	9.8		21.7	*	51.4
<i>En la fase activa</i>								
Uso rutinario de episiotomía, sí	79	26.0	19.6	21.6		17.4		38.1
<i>Durante la tercera etapa</i>								
Limpieza rutinaria de la cavidad uterina, sí	165	54.3	30.4	23.5		82.6	***	80.0
Realización con cautela de prácticas con escasa evidencia								
<i>Durante el trabajo de parto</i>								
Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación, sí	145	47.7	58.8	25.5	*	45.7		48.6
<i>Durante la tercera etapa</i>								
Pinzamiento temprano del cordón umbilical, sí	146	48.0	32.4	9.8	*	63.0	***	75.2

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 en comparación con PPT

****En la primera media hora

*****PPT nadie se realizó esta acción, por lo tanto referencia de esta acción fue LEO

6.3 Análisis cluster

Una vez que se describieron las prácticas de atención de los partos vaginales de bajo riesgo de acuerdo con la propuesta de la OMS para la buena práctica obstétrica, a continuación se describen los principales resultados encontrados en el análisis cluster en donde se busca ver cuáles modelos tienen prácticas similares. Se obtuvo que el nivel de atención quedó dividido en dos categorías de atención: 53.0% de nivel de atención alto y 47.0% de nivel de atención bajo. Por modelos, en el nivel alto están las PPT con 86.3%, las LEO con 84.3%, los MG_i con 19.6% y los MG_c con 20.0% (Cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución de clusters de las acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica según los tres modelos de atención en cuatro categorías

	Total		PPT		LEO		MGi		MGc	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de atención alto	161	53.0	88	86.3	43	84.3	9	19.6	21	20.0
Nivel de atención bajo	143	47.0	14	13.7	8	15.7	37	80.4	84	80.0

La similitud de acciones que se realizaron en el momento del parto por cada modelo con el análisis cluster en el nivel de atención alto se presenta en la Figura 2. Se obtuvo como resultado de este análisis que las acciones que realizaron las PPT y LEO son muy similares en cuanto a la densidad y tendencia. Por otra parte, las acciones que realizaron por MGi y MGc no se parecen a las efectuadas por PPT ni LEO. La de los MGi son más bajas en densidad. La tendencia de las acciones efectuadas por los MGc son mucho menores que las otras (Figura 2).

Como resultado de este análisis se obtiene que las acciones efectuadas por las PPT y LEO obstétrica; en comparación aquellos centros de las que más se al OMS. Destaca el hay modelos de tendencia de acción (Figura 3)

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

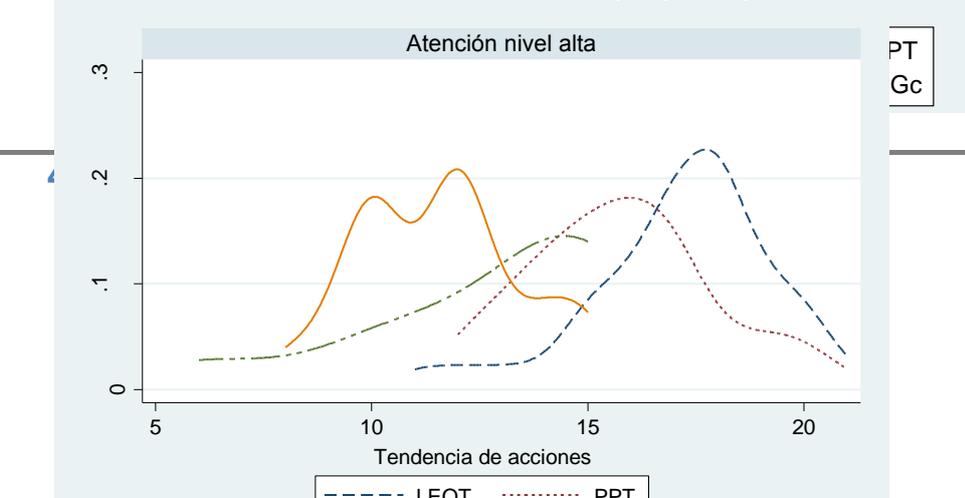
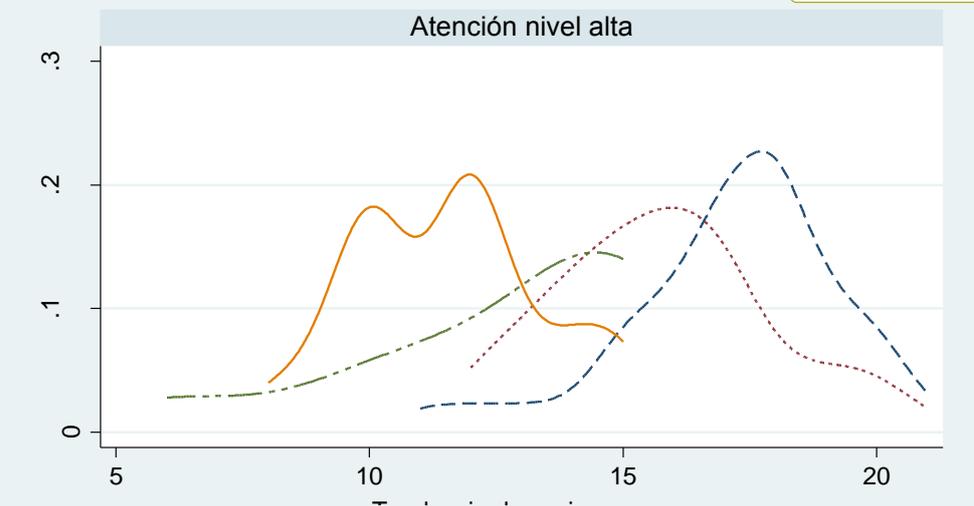


Figura 2. Cluster de nivel de atención alto de acuerdo con las acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica según los tres modelos de atención

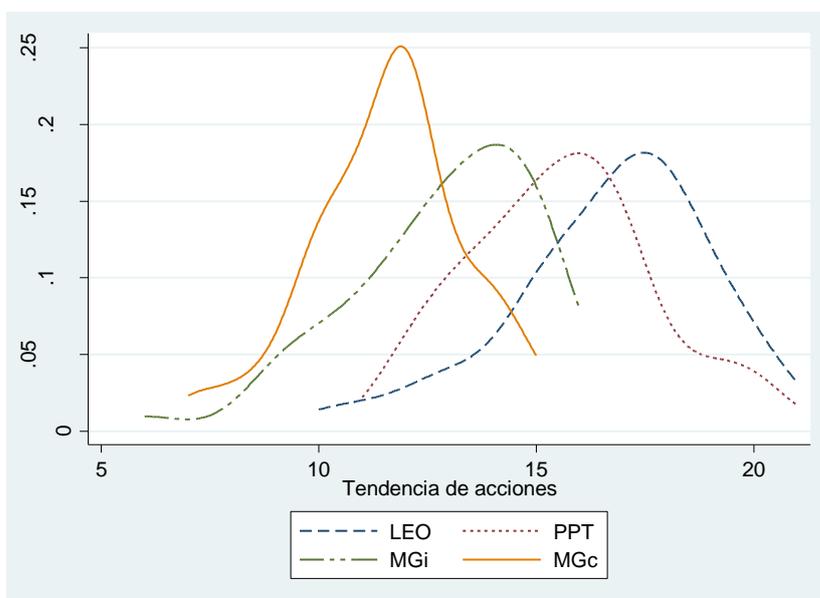


Figura 3. Distribución general de acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica según los tres modelos de atención

6.4 Prácticas de parto humanizado

Ahora bien, centrando el análisis en las prácticas de parto humanizado por modelo de atención, en el cuadro 8 se muestran todas las acciones encaminadas al parto humanizado de acuerdo con la literatura científica

revisada. Vale la pena destacar que en la atención de cada uno de los partos vaginales atendidos por los tres modelos, ningún proveedor efectuó todas las acciones de parto humanizado enumeradas en este cuadro (13 acciones) de forma conjunta.

Los principales hallazgos de las prácticas de parto humanizado³ muestran que son las LEO respecto a las PPT las que efectúan en mayor medida cuatro acciones vitales del parto humanizado: utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, respeto a la elección de la mujer de los acompañantes, contacto temprano piel a piel entre la madre y el hijo y ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera media hora posparto. Sólo en el caso de la hidratación oral las PPT la efectúan en mayor proporción que las LEO.

Si ahora se compara la atención que dan las PPT respecto a los médicos generales en los sitios donde hay o no hay proveedores alternativos se obtienen diferencias en la atención entre PPT y éstos a favor de ellas. De esta forma, las PPT utilizan en mayor proporción métodos no farmacológicos para el manejo del dolor y ofrecimiento de hidratación oral respecto a MG_i y MG_c, y mayor libertad de movimiento respecto a los MG_c.

En relación con la práctica medicalizada, las PPT efectúan en menor medida administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento respecto a los MG_i y MG_c y menos uso de episiotomía respecto a los MG_c

³ Las cuales fueron anteriormente analizados descriptivamente de forma detallada en el apartado de página 38 a 40.

(Cuadro 8).

Cuadro 8. Distribución de las Prácticas de parto humanizado en los partos atendidos (N=304) por los tres modelos de atención en cuatro categorías

	Total (N=304)		PPT (n=102)		LEO (n=51)		MGi (n=46)		MGc (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prácticas de parto humanizado										
<i>Durante el trabajo de parto</i>										
Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, sí	119	39.1	51.0	86.3 *	13.0	***	16.2	*		
Libertad de movimiento materno, sí	200	65.8	83.3	74.5	65.2		44.8	***		
Ofrecimiento de hidratación oral, sí	142	46.7	80.4	56.9 **	21.7	***	20.0	***		
<i>En la fase activa</i>										
Uso de posición no supina durante la fase de pujo, sí	21	6.9	10.8	17.7	2.2		0.0			
durante el parto, sí	9	3.0	6.9	2.0	2.2		0.0			
Respeto a la elección de la mujer respeto a los acompañantes (familiares), sí	148	48.7	43.1	76.5 ***	45.7		41.9			
<i>Durante la tercera etapa</i>										
Uso de oxitocina profiláctica, sí	282	92.8	92.2	100.0	100.0		86.7			
<i>Periodo neonatal</i>										
Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé, sí****	232	76.3	72.6	96.1 **	76.1		70.5			
Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto, sí	241	79.3	83.3	96.1 *	76.1		68.6			
Prácticas de parto medicalizado										
<i>Durante el trabajo de parto</i>										
Uso rutinario de depilación pública, sí*****	5	1.6	0.0	2.0	2.2		2.9			
Uso rutinario de infusiones intravenosas, sí	282	92.8	90.2	90.2	95.7		95.2			
Administración no controlada de oxitocina, sí	76	25.0	6.9	9.8	21.7 *		51.4	***		
<i>En la fase activa</i>										
Uso rutinario de episiotomía, sí	79	26.0	19.6	21.6	17.4		38.1	*		

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 en comparación con PPT

****En la primera media hora

*****PPT nadie se realizó esta acción, por lo tanto referencia de esta acción fue LEO

6.5 Regresión Logística

Una vez efectuado el análisis descriptivo de cada una de las acciones del parto humanizado, a continuación se efectúa un análisis de regresión logística para encontrar asociación entre el índice de parto humanizado (variable dependiente) y los modelos de atención y características seleccionadas de los centros de salud. Los principales hallazgos encontrados con los datos ajustados por la infraestructura, insumos materiales y recursos humanos muestran los MGc tienen la posibilidad de efectuar parto humanizado 94% menos que PPT (RM=0.06, 95%IC: 0.02-0.17) y los MGi

55% menos que PPT (RM=0.45, 95%IC: 0.16-1.30), y estos son estadísticamente significativos. Las LEO tienen la posibilidad de efectuar parto humanizado 5.0 veces más que PPT, pero sin significancia estadística (95%IC: 0.88-14.87). Es decir que no hay diferencia entre PPT y LEO desde el punto de vista de parto humanizado (Cuadro 9).

Cuadro 9. Razones de momios crudas y ajustadas según los tres modelos de atención

en cuatro categorías

Proveedores	Parto humanizado (%)	Crudo		Ajustado*	
		RM (IC 95%)	p	RM (IC 95%)	p
PPT (n=102)	61 (59.8)	1.00		1.00	
LEO (n= 51)	43 (84.3)	3.61 (0.88 - 14.87)	0.075	5.04 (0.79 - 32.15)	0.087
MGi (n= 46)	17 (37.0)	0.39 (0.15 - 1.00)	0.051	0.45 (0.16 - 1.30)	0.141
MGc (n=105)	8(7.6)	0.06 (0.02 - 0.13)	0.000	0.06 (0.02 - 0.17)	0.000

*Ajustado por los índices de infraestructura, insumos materiales e insumos de recursos humanos

En vista del resultado anterior se creó una nueva categoría en donde se agruparon a los dos modelos de atención alternativos (PPT y LEO) y se compararon con los MGc y con los MGc. Se obtuvo con datos ajustados por la infraestructura, insumos materiales y recursos humanos que los MGc tienen la posibilidad de efectuar parto humanizado 71% menos que las PPT y LEO juntas (RM=0.29, 95%IC: 0.12-0.66), y que MGc tienen la posibilidad de efectuar parto humanizado 96% menos que PPT y LEO juntas (RM=0.04, 95%IC: 0.01-0.10), y estos son estadísticamente significativo (Cuadro 10).

Cuadro 10. Razones de momios crudas y ajustadas sobre parto humanizado según los tres modelos de atención en tres categorías

Proveedores	Parto humanizado	Crudo	Ajustado*
-------------	------------------	-------	-----------

	(%)	RM (IC 95%)	p	RM (IC 95%)	p
PPT y LEO (n=153)	104 (68.0)	1.00		1.00	
MGi (n=46)	17 (37.0)	0.28 (0.12 - 0.66)	0.004	0.29 (0.12 - 0.66)	0.004
MGc (n=105)	8 (7.6)	0.04 (0.02 - 0.09)	0.000	0.04 (0.01 - 0.10)	0.000

*Ajustado por los índices de infraestructura, insumos materiales e insumos recursos humanos

7 Discusión

7.1 Hallazgos y discrepancias

Este estudio es un primer acercamiento al tema de parto humanizado mediante la medición de las acciones que efectúan diferentes modelos de atención del parto. Ya la evidencia científica anterior había demostrado que las PPT y LEO son personal alternativo calificado para la atención del parto vaginal de bajo riesgo en áreas rurales. Aquí se exploró cuáles de las prácticas efectuadas por los tres modelos de atención durante la atención del parto se asemejan más a la buena práctica obstétrica de acuerdo con la propuesta por la OMS, así como quiénes son los que practican en mayor medida acción a favor del parto humanizado. Los principales resultados obtenidos muestran que las prácticas realizadas por PPT y LEO son similares en cuanto a la buena práctica obstétrica, así como que son ellas mismas las que dan atención que se asemeja más a un parto humanizado.

Con estos resultados, se puede alentar la continuación de una serie de estudios de investigación que tomen en consideración algunas otras acciones de parto humanizado no consideradas en este trabajo para crear mayor evidencia científica y promover la atención humanizada del parto en general, y en particular por los modelos de atención alternativos como el de

las PPT y el de las LEO, y que esta atención se dé sobre todo en las áreas rurales del país y con ello garantizar la salud y el bienestar de las madres y los niños (23–26,42). Debido a que los modelos de atención aquí analizados no existen en otros países y además en México, no hay un lineamiento específico del parto humanizado es difícil encontrar literatura científica para comparar con otras realidades del ámbito internacional. No obstante, hay poca comparación de México con otros países, ya que no existen todos los profesionales de atención y en el país.

7.1.1 Acciones recomendadas por la OMS para la buena práctica obstétrica

El resultado del presente estudio mostró variedad en el porcentaje de realización. Por ejemplo, en las acciones de la promoción de prácticas que se han demostrado ser útiles, el uso de posición no supina durante el parto se realizaron sólo 3.0% y el uso de oxitocina profiláctica fue de 92.8%. Respecto a la eliminación de las acciones de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces, el uso rutinario de depilación púbica se realizaron en sólo el 1.6% y el uso rutinario de infusiones intravenosas fue del 92.8%. Esto significa que existen algunas acciones ya estandarizadas.

La Norma Oficial Mexicana 007 (5) y los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada (15,43) están basados en el lineamiento de la OMS (25). Por lo tanto se necesita enfocar a las acciones que todavía no se han estandarizado para mejorar la calidad de la atención del parto en México.

7.1.2 Prácticas del parto humanizado

La práctica del parto humanizado no presentó diferencias estadísticamente significativas entre la de PPT y LEO, pero la de las LEO estuvo más alta que otras. Esto significa que no se cumplió la hipótesis respecto a que las PPT harían un mayor número de acciones apegadas al parto humanizado, pero confirmó que el personal alternativo realiza más prácticas de parto humanizado que los médicos generales.

A pesar que el resultado de realización del parto humanizado entre PPT y LEO no mostró diferencias estadísticamente significativas, se encuentran grandes disparidades entre estos dos modelos de atención alternativos respecto al modelo médico hegemónico (59.8% de PPT y 84.3%, de LEO *versus* 37.0% de MG_i y 7.6% de MG_c⁴) Las diferencias en la realización de parto humanizado entre los médicos generales de los sitios en donde hay PPT o LEO respecto a los sitios donde no hay sugiere que el trabajo de PPT y LEO puede estar influenciando al trabajo de MG_i. Generalmente los MG no trabajan con PPT y LEO en centros de salud tal como es el caso de los MG_c, pero los MG_i sí trabajaron en conjunto con PPT y LEO. Esto puede explicar la gran diferencia entre los resultados de MG_i y de MG_c.

La forma de trabajo en los centros de salud donde interactúan PPT, LEO, MG_i y MG_c se puede considerar un tipo de educación multiprofesional.⁵ Los

⁴ Para mayor información ver cuadro 9.

⁵ La OMS reportó la definición de la educación multiprofesional como la siguiente: "Proceso por el que un grupo de estudiantes (o profesionales) de las especialidades relacionadas con la salud, con diferentes antecedentes educativos, durante determinados períodos de su formación, con la interacción como meta importante, aprenden juntos a colaborar en la prestación de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación o de otro tipo en relación con la salud" (44). La palabra "educación multiprofesional" se describe en varias formas, la educación puede expresar aprendizaje, trabajo en equipo y colaboración, y la multiprofesional puede expresar interdisciplina y multidisciplinaria (45).

profesionales de la salud tienen que tener a la vez múltiples habilidades y colaboración para que puedan satisfacer las necesidades de la población (44,46). El aprendizaje multiprofesional puede ser beneficioso en la prevención de las barreras que surgen entre los diferentes grupos de profesionales a través del intercambio de conocimientos y generar respeto de todos sobre los roles que cada uno de ellos debe jugar (44,47).

Desde finales de 1980, varios informes claves han hecho hincapié en la urgencia de establecer un enfoque integrado entre los diferentes grupos profesionales en el sector de la salud y el bienestar (48). Sin embargo, en México, no se encuentra información de cómo funciona en la práctica en el servicio de salud (49).

El presente estudio es un primer acercamiento al tema y evaluó la atención del parto con la construcción de un índice del parto humanizado. Esta evaluación cuantitativa sobre el parto humanizado, sólo considera las prácticas realizadas en el momento de parto, desde la hospitalización hasta unas horas después del parto.

7.1.2.1 Prácticas del parto humanizado incluidas en el presente estudio

Uso de posición no supina

La acción del uso de posición no supina no está estandarizada, durante la fase de pujo se realizaron 6.9% y durante el parto fue 3.0% en total.

Universalmente desde la más alejada antigüedad, las mujeres utilizaban

posiciones verticales variadas (de pie, sentada con apoyo, en cuclillas, de rodillas, apoyando manos y rodillas, etc.) adoptadas durante todo el trabajo de parto como un fenómeno natural (50,51). En la edad media y el renacimiento, el parto estaba en manos de las mujeres (parteras) (52). Sin embargo, más tarde en el renacimiento, aparecen los colegios médicos formados por varones, la persecución de parteras acusadas de brujería y la concepción del parto se transformó a ser considerado como enfermedad (52). En siglo XVII, el parto en posición de decúbito dorsal (litotomía) es “facilitaba la vigilancia y ejecución de maniobras” por los médicos y quitaron a las mujeres del centro del parto (50).

La OMS concluye que la posición materna durante la segunda etapa, las mujeres pueden adoptar cualquier posición que les guste, al mismo tiempo evitando preferentemente largos periodos en posición supina. Se les debe animar a experimentar con lo que se siente más cómodo y debe ser apoyado en su elección. Los proveedores del parto necesitan formación para guiar y realizar los partos en otras posiciones a la posición supina con el fin de no ser un factor inhibitor en la elección de la posición” (28).

La revisión de Cochrane de 19 estudios con 5764 participantes determinó los posibles beneficios y riesgos del uso de diferentes posiciones del parto en el momento de la expulsión. Ese estudio demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en la posición de decúbito dorsal (litotomía) fue más doloroso para la mujer, causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más intervención médica del uso de los

fórceps y más mujeres con incisiones en el canal del parto, sin embargo, hubo menos pérdidas sanguíneas. También se sugirió en la parte de conclusión que se debe estimular a las mujeres para que tengan su parto en la posición que sea más cómoda para ellas (53).

En el caso de México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 señala en la parte de 5.4.1.2 que “Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica” (5).

Sin embargo, como se mostró en el resultado de presente estudio, el uso de la posición no supina, especialmente en el momento de expulsión, es muy baja. Por lo tanto Secretaría de Salud de México publicó varios documentos y se realizó unos proyectos para promover el uso de la posición no supina (54–61).

Como la OMS menciona, gran parte de los efectos positivos de la posición vertical depende de las capacidades del proveedor y su experiencia con cualquier posición distinta de la posición supina, además de una cierta cantidad de conocimiento de las ventajas y la voluntad de asistir a las mujeres en varias posiciones, pueden hacer una gran diferencia en el parto (28). Por lo tanto el primer desafío es el fortalecimiento de formación a los proveedores para promover realización del uso de posición no supina. Sin embargo, como se menciona en el documento, en México continúa faltando

en la formación del personal de salud (56).

El “Proyecto humanización del nacimiento y parto vertical con enfoque de interculturalidad” ejecutó el parto vertical en un hospital general de segundo nivel en estado de Oaxaca (59) y tuvo éxito. El proyecto mostró tres resultados sobre la instalación de parto vertical como sigue: a) Los médicos y el personal de salud han manifestado la comodidad y sencillez para adoptar este modelo en su práctica clínica, b) Favorecen aplicar las recomendaciones por la OMS y c) Las pacientes y sus acompañantes se mostraron satisfechas con el modelo de atención de parto vertical humanizado con enfoque intercultural (60).

Simultáneamente con la ejecución del proyecto, se inauguró un centro de salud para ejecutar atención humanizada en junio de 2010, se estableció el centro estatal de capacitación en parto humanizado en el centro de salud con servicios ampliados (CESSA) Tlaxiáctac de Cabrera, Oaxaca (59). Además se extendió a la realización del un proyecto al centro de salud para reactivar la atención del parto de bajo riesgo en el primer nivel de atención (60). Actualmente se está difundiendo el centro de capacitación en parto humanizado en dos estados más, Distrito Federal y San Luis Potosí (58).

Los resultados y el proceso de la difusión del efecto de este proyecto, expresan la necesidad e importancia de ejecutar la posición vertical y la atención humanizada. El lineamiento concluyó con que sabemos que no es suficiente cambiar la posición en el trabajo de parto, para que la atención sea humana, respetuosa, participativa y digna; sin embargo es un paso importante,

que debe tomarse en cuenta en una visión integral (56). Sin embargo, como los documentos y los proyectos se tratan juntos el uso de posición no supina y atención humanizada, además los proveedores manifestaron la comodidad y sencillez para adoptar parto vertical en su práctica clínica. Por lo tanto, el uso de la posición no supina puede ser primer paso de un parto humanizado.

Respeto a la elección de la mujer respecto al acompañamiento

La realización de la acción de respetar la elección de la mujer respecto al acompañamiento fue 48.7% en total. En general en los hospitales mexicanos no permiten a parturientas ingresar con ningún acompañamiento familiar ni doula. Este dato, de casi la mitad, se obtuvo porque la información proviene de unidades médicas del primer nivel de atención, no de los hospitales. Sin embargo esta práctica tampoco está estandarizada en México.

Históricamente las mujeres siempre han ayudado a otras mujeres para parir. Prácticamente en todas las sociedades ofrecieron y siguen ofreciendo a las parturientas el apoyo continuo de otras mujeres. Desde mediados del siglo XX, debido a que el lugar del parto se trasladó de la casa al hospital, este ingrediente vital en el parto comenzó a desaparecer (62,63). Sin embargo, el movimiento mundial de parto natural de los años 1950 y 1960 en países desarrollados resucitó el interés en el parto natural y el deseo de un acompañamiento de soporte durante el parto. A finales de 1970, se estableció el concepto de la atención centrada en la familia y se hizo hincapié en mantener la familia unida durante el proceso de embarazo y parto (64).

La OMS en la parte de apoyo en el parto mencionó “Una mujer en el trabajo debe estar acompañado de las personas en las que confía y se siente cómodo con; su pareja, mejor amigo, doula⁶ o partera profesional. En algunos países en desarrollo, esto podría incluir también la partera tradicional. En general, estos serán personas que ella eligió durante el transcurso de su embarazo. Las parteras profesionales deben estar familiarizadas tanto con el apoyo y las tareas médicas que tienen y son capaces de realizar tanto con competencia y sensibilidad. Una de las tareas de apoyo del cuidador es dar a las mujeres tanto la información y la explicación que desean y necesitan” (28).

La revisión de Cochrane de 16 ensayos con 13,391 mujeres mostró el apoyo continuo en el trabajo de parto aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, no identificó efectos adversos y produjo resultados de mayor satisfacción a las experiencias de sus partos. También mostró un resultado importante que los efectos del apoyo continuo en el trabajo de parto variaron según el tipo de prestador. Las mujeres recibieron apoyo de mujeres que no eran miembros de la institución y tuvieron una magnitud superior de la reducción de partos quirúrgicos y el aumento de partos en comparación con las mujeres que recibieron apoyo de mujeres que eran miembros de la institución. Este estudio concluyó que *“El apoyo continuo durante el trabajo de parto debe ser la norma, en lugar de la excepción. Se debe permitir y*

⁶ La palabra “doula” se empezó utilizar para expresar la mujer que proporciona apoyo continuo a una mujer durante el embarazo, parto y puerperio por Dana Rafael, Antropóloga médica, en 1976 (63,65,66). El origen de esta palabra es griega y significa “mujer cuidadora experimentada” y ella describió “doula” como “uno o más individuos, a menudo mujeres, que dan el estímulo psicológico y asistencia física a la madre recién parida” (67). Y en la década de 1980 las doulas ganaron. El rol de la doula son el apoyo social, emocional y físico, incluye ofrecer Información y comunicación como una mediación entre la mujer y el personal médico (28,62–69).

alentar a todas las mujeres a tener personas de apoyo con ellos de manera continua durante el trabajo de parto”. Además informó que ningún estudio tuvo resultados negativos al apoyo continuo (62).

En el caso de México, como se menciona anteriormente, todavía no se permiten a las parturientas ingresar con ningún acompañamiento. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, es un lineamiento para atender la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, no menciona sobre acompañamiento al parto (5). Sin embargo, en el PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010 se menciona en la parte de atención de embarazo como sigue: Proporcionar información completa a la embarazada y familiares, sobre la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto, en el que se identifique la unidad de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de emergencia (5.2.1.2.11) (6).

Se publicaron cuatro artículos científicos con el tema de doula. Los resultados de estos estudios mostraron aspectos positivos al parto y al bienestar emocional de las mujeres como se mostró resultado de la revisión de Cochrane (68–70), y de último mostró los beneficios y desafíos percibidos de la incorporación de las parteras tradicionales, su actuación como doulas formalmente en el sistema de salud pública (71).

Como se ha descrito hasta ahora, Incluyendo a México, mundialmente se reconocen muchas ventajas sobre el acompañamiento al parto. La

necesidad del acompañamiento al parto también ha sido descrita en los proyectos que se mencionó en la parte del uso de la posición no supina (58–61). Aún no llega a ser promulgada, pero la norma está en proceso de renovarse, y está considerando un plan concreto adecuado a la cultura mexicana como una propuesta de la incorporación de las parteras tradicionales.

Esta propuesta puede proporcionar varios beneficios a la población mexicana. En primer lugar, como se mostró en los resultados, va a disminuir las probabilidades de intervenciones médicas al parto, mejorar el nivel de la satisfacción al parto de las mujeres y el personal médico. En segundo, se puede esperar que la población que llega al servicio de salud pública con alguna dificultad cultural, llegar con una partera tradicional al servicio, es decir, que mejora la accesibilidad. En tercero, si se incorporan a las parteras tradicionales al sistema de salud público, se puede realizar la educación multiprofesional entre parteras tradicionales y personal médico. Estos beneficios pueden mejorar la calidad de atención y disminuir la morbilidad materna.

7.1.2.2 Otras prácticas del parto humanizado

Como se menciona anteriormente, para crear el índice de parto humanizado se realizó la revisión de artículos científicos que tratan el tema de parto humanizado. Ya se explicaron las prácticas que se incluyeron al índice. Las prácticas que se encontraron, pero no se incluyeron al índice por falta de datos son las siguientes: a) Educar a mujeres y parejas desde cuando se

embarazan (72,73), b) Limitar el número de tactos vaginales y de personal (9,72), c) Conservar el ambiental de sala, como eliminar ruido, controlar la temperatura y la luz (9), d) Mantener la privacidad (9,11,74), e) Ofrecer la información de proceso de parto (9,17,75), f) Tomar decisiones y expresar libertad sobre movimiento maternal, intervención médica, entre otras (9–11,13,16,30,75–78), g) Promocionar el empoderamiento de la mujer para efectuar su plan de parto (10,16,17,35,75,78), h) Guiar sin interferir (35), i) Menores intervenciones médicas como las prácticas medicalizadas (10,36,73,74), j) Tratar con respeto a la mujer, el bebé y la pareja (16,35,75,77,78), k) Ofrecer la atención con calidad y calidez (35), y l) Apoyar el periodo de puerperio como amamantar, cuidar al recién nacido y así misma (72,73,75).

También se encontraron prácticas de parto medicalizado como las siguientes: a) Movimiento innecesario como desde sala de labor hasta sala de parto (9,72), b) Monitorización rutinario (72), c) Someter al bebé a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios (74), y d) cesárea innecesaria (9,10,17).

En un parto que la mujer está al centro, la mujer tiene que controlar su parto basada por conocimiento de su cuerpo, tanto física como psicológicamente, para eso, se necesita conocer el proceso de parto natural antes de empezar su parto y tener el plan de su parto (62,66,68,69). Por lo tanto, se necesita la educación prenatal. Si no se tiene el conocimiento sobre parto natural y la práctica adecuada en el momento de parto, la mujer no

puede juzgar si la práctica es adecuada o no. En un estudio, se mostró en el resultado, una mujer con tactos vaginales cada 30 minutos pensó que el médico la estuvo atendiendo bien aunque sentía dolor y vergüenza (69). Ella no pudo juzgar si esta práctica estuvo inadecuada por falta de conocimiento.

Es importante que la mujer tome decisiones y exprese libertad para realizar el parto humanizado, para eso, el personal médico y el acompañante tienen que promover el empoderamiento de la mujer. El parto humanizado es una manera de respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas (75,78,79). El tema de Semana Mundial por un Parto Respetado de 2012 fue “Derecho de elegir dónde, cómo, cuándo y con quién parir y nacer”. En México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), junto con Parto Libre AC, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) patrocinaron y celebraron el foro de “El parto humanizado: un derecho humano de las mujeres” (80).

Para propagar el parto humanizado extensamente y rápidamente se necesita un lineamiento en donde se describan las prácticas muy concretas. En el caso de México, ya está en proceso de renovar la norma e incluye la atención humanizada, se publicaron varios documentos, se realizaron varios proyectos y se está ejecutando el parto humanizado en varias asociaciones civiles. Si cada institución se adhiere en la misma dirección y colabora, se puede mover a la sociedad y cambiar la política pública. Sin embargo, falta evidencia científica que enfoca al parto humanizado. Se documentaron otras

prácticas del parto humanizado que no se pudieron evaluar por falta de datos por lo que se recomendará incluirlas en otras investigaciones.

7.1.3 Limitaciones

Existen algunas limitaciones en este estudio que es necesario considerar. En primer lugar, la falta de evidencia previa sobre parto humanizado especialmente en estudios científicos cuantitativos, sólo existen estudios cualitativos efectuados en otros países como en Brasil, Japón, Estados Unidos y los países de Sudamérica (9–12,16,30).

En segundo lugar, este estudio es un análisis secundario de un proyecto cuyo diseño de estudio no fue especialmente para analizar el tema de parto humanizado. Las acciones analizadas en el proyecto original se basan en las recomendaciones de la OMS para la atención del parto, por lo tanto faltaron algunas acciones desde el punto de vista de parto humanizado.

En tercer lugar, puede haber sesgos de memoria de los proveedores que dieron la información de los tres últimos partos atendidos cada mes; no obstante, para minimizar este sesgo cuando se efectuaron las entrevistas se contaron con expedientes en mano de los partos. Por último, otra limitación es partir del supuesto de que las acciones declaradas por los proveedores fueron las que se realizaron a las pacientes al momento del parto. No obstante, aún con estas limitaciones se considera que este trabajo puede ser de utilidad para comenzar a promover el parto humanizado.

7.2 Conclusión

Es necesario fomentar la participación de PPT y LEO en los centros de salud en la atención de parto humanizado para mujeres con embarazo de bajo riesgo y parto vaginal eutócico, para que las pacientes disfruten el nacimiento de su nuevo miembro de la familia con sus familias en una atmósfera apropiada.

La propuesta de la incorporación de PPT y LEO en los centros de salud rurales significa que los MG pueden dedicarse a atender partos complicados, bajando con ello sus cargas de trabajo y con mayor posibilidad de disfrutar su trabajo (61,71). En lugar de la lucha por la autoridad, es necesaria la convivencia y la división precisa de la profesión mediante el enfoque de educación multiprofesional.

Dada la situación institucional actual de la salud en México, es difícil realizar inmediatamente las prácticas de parto humanizado, sin embargo podrías realizarse algunas de las acciones tomadas en consideración en el índice que aquí se construyó sobre parto humanizado. De esta forma, es posible que se realicen algunas prácticas de parto humanizado como respeto a la elección de la mujer y a los acompañantes, el ofrecimiento de la hidratación oral durante el parto y el contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé en los centros de salud de primer nivel que es donde hay más partos de bajo riesgo.

Si se puede adoptar la propuesta de incorporar a las parteras tradicionales como las doula en los hospitales públicos mexicanos (71) y si se

puede mostrar mejoramiento de morbimortalidad materna, se puede demostrar la eficacia del parto humanizado con una nueva manera de respeto a la propia cultura de América Latina.

8 Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. World Health Organization, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities, World Bank, World Health Organization, Reproductive Health and Research. Trends in maternal mortality, 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [cited 2013 Jul 1]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44874/1/9789241503631_eng.pdf
3. UNFPA. Programme Manager's Planning Monitoring & Evaluation Toolkit Tool Number 6: Programme Indicators Part II: Indicators for Reducing Maternal Mortality. 2004 Mar.
4. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? Am J Public Health. 1999;89(4):480–2.
5. Ministerio de Salud. 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. [Internet]. [cited 2013 May 16]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
6. Diario Oficial de la Federación. 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. [Internet]. [cited 2013 Apr 24]. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012
7. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:S3–S4.

8. Freyermuth G, Sesia P. La Muerte Materna 2 Acciones y Estrategias hacia una maternidad Segura. México; 2009.
9. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From “culture of dehumanization of childbirth”to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:S67–S72.
10. Wagner M. Fish can’t see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:S25–S37.
11. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10(1):25.
12. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The components of humanized birth care that bring satisfaction to women in a tertiary hospital. *Pregnancy: Risk Factors, Management and Recovery (Obstetrics and Gynecology Advances)*. Nova Science Publishers; 2012. p. 185–204.
13. Misago C, Umenai T, Onuki D, Haneda K, Wagner M. Humanized maternity care [Internet]. 1999 p. 1391–2. Available from: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673605762504.pdf?id=a02f57d1811fcb77:524f7ce2:13dd97a7b38:4ab41365156796843>
14. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.
15. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida. 2008.
16. Page L. Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:S81–S88.
17. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:S55–S58.
18. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriardi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Rep* [Internet]. 2010 [cited 2013 May 21]; Available from: <http://www.who.int/entity/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

19. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436–7.
20. Instituto Nacional de Salud Pública. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. 2012.
21. EL PARTO CE. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA. [cited 2013 Jul 14]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
22. WHO | Steps towards achieving skilled attendance at birth [Internet]. [cited 2013 May 20]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-052928/en/#>
23. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? *J Midwifery Womens Health*. 2012 Feb;57(1):18–27.
24. Walker D, Demaria L, Gonzalez-Hernandez D, Padron-Salas A, Romero-Alvarez M, Suarez L. Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*. 2013 Oct;29(10):1199–205.
25. Walker D, Suárez L, González D, DeMaria LM, Romero M. Partera profesionales técnicas y enfermera obstetras: ¿una opción para la atención obstétrica en México? Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de las Mujeres; 2012.
26. Cragin L, DeMaria LM, Campero L, Walker DM. Educating skilled birth attendants in Mexico: do the curricula meet international confederation of midwives standards? *Reprod Health Matters*. 2007;15(30):50–60.
27. Estado Mundial de la Infancia 2012 / State of the World's Children 2012. United Nations Pubns; 2011.
28. Health M, Programme SM. Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization; 1996.
29. Proganti JM, Porfirio AB, Pereira AL de F. Nurse training in Japan: contribution to the foundation of the Casa de Parto birthing center in Rio de Janeiro. *Texto Contexto-Enferm*. 2013;22(1):193–200.

30. Santos OM, Siebert ER. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2001 Nov;75 Suppl 1:S73–79.
31. Sibley LM, Sipe TA. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? *J Health Popul Nutr.* 2006;24(4):472.
32. UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 1999.* New York U.S.A.; 1999.
33. Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, et al. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública México [Internet].* 2013 [cited 2013 Oct 7];55(suplemento 2). Available from: <https://siid.insp.mx/textos/com-5363126.pdf>
34. Consejo Nacional de Población. ENADID 2009 [Internet]. 2010 [cited 2013 May 20]. Available from: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Enadid2009/Index.html>
35. Puchulu SV, Obstetra PH del P. EL PARTO HUMANIZADO: MODELOS DE APOYO EMOCIONAL Y CONCEPTO DE PARTO NATURAL. *Humaniz Proceso Reprod Mujer-Niño-Fam.* 145.
36. HUMANIZADO VEP. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(2):133–40.
37. Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas de la Secretaría de Salud . [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de las Mujeres y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2011 Jul p. 131. Report No.: Cuadernos de trabajo 23. Available from: <http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/ct23.pdf>
38. Walker D., Cragin L., Campero L., Suárez L., Valencia A., Ventura C., et al. Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Enfermeras obstétricas, médicos generales y parteras profesionales técnicas. Cuernavaca, México: Dirección de Salud Reproductiva y Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias de la Reproducción de la universidad de California, San Francisco; 2008 Sep p. 54.
39. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public*

Health. 1989;79(3):340–9.

40. Jr DWH, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons; 2004. 397 p.
41. Kleinbaum DG, Klein M. Logistic Regression [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [cited 2014 Jul 27]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1742-3>
42. Instituto Nacional de Salud Pública. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen ejecutivo. Morelos, México; 2011. 39 p.
43. Reproductiva MS de SDG de S. Manual de atención: Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Secretaría de Salud; 2001. 60 p.
44. Approach WSG on ME of HP the T, Organization WH. Aprender juntos a trabajar juntos por la salud: informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Educación Multiprofesional del Personal de Salud, el Criterio de Equipo [se reunió en Ginebra del 13 al 16 de octubre de 1987]. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach [meeting held in Geneva from 12 to 16 October 1987] [Internet]. 1988 [cited 2014 Jul 18]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41234>
45. Leathard A. Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care. Routledge; 2004. 393 p.
46. Hurst K. Educational implications of multiskilled healthcarers. Med Teach. 1999 Mar;21(2):170–3.
47. Ker J, Mole L, Bradley P. Early introduction to interprofessional learning: a simulated ward environment. Med Educ. 2003;37(3):248–55.
48. Leathard A. Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare. Routledge; 2002. 259 p.
49. Alonso Castillo MM, López García KS, Esparza Almanza S, Martínez Maldonado R, Guzmán Facundo FR, Alonso Castillo BA. Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Investig En Enferm Imagen Desarro. 2011;11(1):81–95.

50. Carvajal AC, Calderón SM. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales [Internet]. Sevilla, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2006. 64 p. Available from: http://www.aamatronas.org/web/htmls/documentos/parto_vertical.pdf
51. Botell ML, Bermúdez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. (Spanish). Labor Differ Positions Sci Hist Cult Engl. 2012 Jan;38(1):134–45.
52. Bernardo A. Parir como las diosas: recuperando el parto vertical. Triple Jornada [Internet]. 2004 May 4; Available from: http://www.jornada.unam.mx/2004/05/03/pdf/pdf_paginas/completo.pdf
53. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En Bibl Cochrane Plus [Internet]. 2008;No.8. Available from: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006>
54. DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL. LA POSICIÓN TRADICIONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO (PARTO VERTICAL), EN LOS SERVICIOS DE SALUD [Internet]. México: DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL; p. 21. Available from: <http://www.nuevelunas.org.mx/Leyes,%20Normas%20e%20Iniciativas/Modelo%20de%20parto%20vertical%20en%20la%20S%20de%20Salud%20MEXICO.pdf>
55. DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL, Y DESARROLLO INTERCULTURAL. LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DEL TRABAJO DE PARTO EN POSICIÓN VERTICAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD [Internet]. México: DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL; p. 27. Available from: http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf
56. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación de Sistema de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud [Internet]. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D2.pdf
57. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Interculturalidad en

Salud. México, D.F.; 2008.

58. Almaguer González JA. MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO [Internet]. Available from: <http://cidem-ac.org/maternidad/wp-content/uploads/2012/07/PP.-Dr.-Alejandro-Almaguer-G..pdf>
59. Quintero Michel FA. PROYECTO HUMANIZACION DEL NACIMIENTO Y PARTO VERTICAL CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD [Internet]. 2010; Oaxaca, México. Available from: <http://cidem-ac.org/maternidad/wp-content/uploads/2012/PP.-%20Dr.%20Felix%20A.%20Quintero.pdf>
60. SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA. PROYECTO PILOTO DE ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD. 2010 Mar; Oaxaca, México.
61. Quintero Michel FA. EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DEL TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO Y PARTO VERTICAL [Internet]. 2011 Nov 11; D.F., México. Available from: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/3semint_IDS_presentaciones/11.pdf
62. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida) [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. 55 p. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003766sp.pdf>
63. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. The Doula Book: How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth. Third. Da Capo Press; 2012. 295 p.
64. Kayne MA, Greulich MB, Albers LL. Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. Clin Obstet Gynecol. 2001;44(4):692–703.
65. Papagni K, Buckner E. Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. J Perinat Educ. 2006;15(1):11–8.
66. Meyer BA, Arnold JA, Pascali-Bonaro D. Social Support by Doulas During Labor and

the Early Postpartum Period. *Hosp Physician*. 2001;57.

67. Raphael D. *The Tender Gift: Breastfeeding*. Schocken Books; 1976. 200 p.
68. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1998 Oct 1;105(10):1056–63.
69. Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med* 1982. 1998 Aug;47(3):395–403.
70. Trueba G, Contreras C, Velazco MT, Lara EG, Martinez HB. Alternative Strategy to Decrease Cesarean Section: Support by Doulas During Labor. *J Perinat Educ*. 2000;9(2):8–13.
71. Smid M, Campero L, Cragin L, Hernandez DG, Walker D. Bringing Two Worlds Together: Exploring the Integration of Traditional Midwives as Doulas in Mexican Public Hospitals. *Health Care Women Int*. 2010 Jun;31(6):475–98.
72. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CENTRO DE PUBLICACIONES;
73. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup 2):S419–S427.
74. UNICEF Ecuador - Salud y Nutrición - Parto Intercultural Humanizado [Internet]. [cited 2013 Oct 24]. Available from: http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm
75. Ministerio de Salud de la nación de Argentina. Ley Nacional 25.929 – Ley de Parto Humanizado [Internet]. 2004. Available from: http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?view=article&catid=279%3Anc-derecho-de-los-padres-durante-el-nacimiento&id=390%3Aley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&format=pdf&option=com_content&Itemid=225
76. DeMaria L, Campero L, Vidler M, Walker D. Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives. *Hum*

Resour Health. 2012 Apr 25;10(1):6.

77. Alonso C, Gerard T. EL PARTO HUMANIZADO COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MEJORA DE LA SALUD MATERNO - INFANTIL. La Muerte Materna 2 Acciones y Estrategias hacia una maternidad Segura. México; 2009. p. 88–93.
78. Araceli G. Humanización del parto y nacimiento. La Muerte Materna Acciones y Estrategias hacia una maternidad Segura [Internet]. Primera. México; 2009. p. 101–9. Available from: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf
79. Marsden Wargner. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. Med Natur. 2006;10:598–610.
80. Diariojuridico.com.mx. El parto humanizado, un derecho humano de las mujeres: CDHDF [Internet]. 2012. Available from: <http://diariojuridico.com.mx/actualidad/noticias/el-parto-humanizado-un-derecho-humano-de-las-mujeres-cdhdf.html>