

RECUPERACIÓN HISTÓRICA



MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EN EL PARTO
ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO



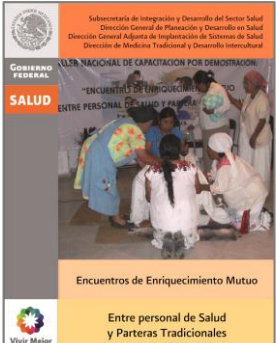
GOBIERNO DE
MÉXICO





RECUPERACIÓN HISTÓRICA¹ DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO INTERCULTURAL Y SEGURO








DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL






ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
Interculturalidad se abre al género 2003 – 2010	<p>Se identifica que la categoría de género está íntimamente interconectada con la intercultural. Primero porque se explica como una construcción cultural; y segundo, porque la atención a las mujeres en los servicios de salud es generalmente bajo preceptos androcéntricos patriarcales de discriminación y violencia, sin escuchar la visión de las mujeres.</p> <p>Se incorpora esta relación en las sensibilizaciones interculturales.</p> <p>Se aplica el enfoque intercultural desde esta mirada a enfermedades de la mujer como el cáncer cérvico-uterino y mamario.</p> <p>Se realizó un programa piloto con parteras tradicionales donde se les enseñó a realizar detección del cáncer de mama con maniobras manuales, en dos unidades de salud del estado de Morelos.</p>	<p>El diseño de metodologías participativas que favorecen la escucha intercultural y pretenden el desarrollo de empatía con diversos grupos poblacionales usuarios de los servicios, especialmente con las mujeres.</p> <p>Se identifica la aplicación del enfoque intercultural al estudio de enfermedades de salud sexual y reproductiva como el cáncer cérvico-uterino y mamario.</p> <p>La metodología de detección temprana del cáncer cérvico uterino con parteras tradicionales, demostrando la habilidad y sensibilidad requeridas.</p>	<p>Faltó mayor claridad para proponer la identificación de las barreras de género presentes en los servicios de salud, para el diseño de estrategias para su erradicación.</p> <p>Aunque las parteras tradicionales demostraron tener habilidades y sensibilidad para realizar la detección manual del cáncer mamario, las autoridades del estado no estuvieron dispuestas a retribuirles más por el tiempo y trabajo que requerían para realizar dicha actividad, por lo que ya no se continuó con ella.</p>	<p>Presentación en PPT sobre género e interculturalidad.</p> <p>Dinámica sobre La flor de la identidad cultural.</p> <p>Díptico sobre <i>el enfoque intercultural para el fortalecimiento de las estrategias de prevención y atención del cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. Secretaría de Salud. México, 2008.</i></p>  <p>Díptico: <i>Guía Intercultural para la atención, prevención y atención del cáncer cérvico uterino y de mama, para personal de Caravanas de la Salud.</i></p>  <p>La metodología de capacitación a las parteras tradicionales en la detección temprana del cáncer de mama.</p>	<p>Con la Dirección de Salud y Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), favoreciendo talleres conjuntos y elaborando dípticos con enfoque intercultural, de género y de derechos humanos de manera conjunta.</p> <p>Con el Área de Caravanas de la Salud con quien se tomó el curso para detección del cáncer de mama.</p> <p>Con el Instituto Nacional de Cancerología quien impartió el curso presencial para la detección manual del cáncer de mama.</p> <p>Con el área de salud reproductiva responsable de la detección del cáncer de mama del estado de Morelos.</p>	<p>Que la interculturalidad y la perspectiva de género pueden ir de la mano, fortaleciéndose mutuamente.</p> <p>Que las parteras tradicionales pueden aportar mucho para problemas específicos de salud, como la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario, si existe la apertura institucional suficiente y si se les integra en las redes de servicios de salud.</p> <p>Se encontró que ellas tienen una gran sensibilidad en las manos, lo que les permitió aprender las técnicas manuales de detección del cáncer de mama de manera muy fácil. Además, las mujeres les tienen confianza, por lo que son el personal idóneo para la detección temprana.</p> <p>Que es fundamental definir estrategias para identificar las barreras y violencias de género presentes en los servicios de salud, así como proponer estrategias para erradicarlas.</p>


¹ Metodología desarrollada en Educación Cultura y Ecología, A.C. México, 1998, con el propósito de aprender del pasado para fortalecer el futuro. Versión simplificada.

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p>Se tipifican las barreras culturales y se diseña e implementa la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM) 2003 – 2008</p>	<p>Resultante del reporte de 11 casos de muerte materna en Aquismón, SLP, en 2003, se derivó en una visita en 2004 de un comité un comité para averiguar las causas. Se identificaron barreras culturales tanto con las usuarias como con parteras tradicionales, responsables de la muerte materna.</p> <p>Se sistematiza y tipifica los tipos de barreras culturales presentes en la muerte materna y se diseña la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM) entre personal de salud y parteras tradicionales, que se aplica primero en Aquismón, S.L.P. en Julio de 2004 y posteriormente en 17 Estados más, aprovechando la propuesta de educación intercultural y negociación intercultural ya desarrolladas.</p>	<p>Desarrollo de propuestas y metodologías de educación y negociación intercultural.</p> <p>Diseño y aplicación de la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM) entre parteras tradicionales y personal de salud.</p> <p>La aplicación de la metodología del EEM en Aquismón, SLP en 2004, derivó en acuerdos entre las parteras tradicionales, mujeres participantes y el personal directivo del hospital, con la incorporación de estrategias interculturales, como la incorporación de posiciones verticales en la atención del parto y el que parteras tradicionales pudieran entrar al hospital. Se contrató una partera profesional. Ello y otras acciones, provocaron una reducción sustantiva e impactante en la muerte materna, desde 2005.</p> <p>Los resultados se presentaron en 2006 en el curso de capacitación por demostración sobre los EEM, realizado en Cd. Valles, S.L.P. donde participaron 15 entidades federativas, con la presencia de 4 secretarios de salud.</p> <p>A partir de allí se realizaron EEM en Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en el Distrito Federal ahora Ciudad de México (CDMX), con acuerdos importantes que, favorecen la coordinación entre ambos modelos y propician la disminución de barreras culturales responsables de la Muerte Materna.</p>	<p>Faltó seguimiento a algunos acuerdos derivados de los EEM.</p>	<p>Propuesta de tipificación de las barreras culturales.</p> <p>Identificación de las principales barreras culturales responsables de la MM a nivel general.</p> <p>Dinámica de “<i>Tengo Miedo</i>” como metodología de lectura participativa para sensibilizar sobre las barreras culturales que padecen las mujeres cuando acuden a los servicios de salud.</p> <p>Metodología y presentaciones en Microsoft PowerPoint de <i>Educación Intercultural y Negociación Intercultural</i>.</p> <p>Metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, como negociación intercultural, impresa y difundida.</p>  <p>Sistematizaciones realizadas en los EEM de algunos Estados.</p> <p>Vídeo elaborado con Comunicación Social sobre la atención del parto en posición vertical en los servicios de salud con parteras tradicionales. Link: http://youtu.be/M3nuHxmi32w.</p>	<p>Con la Dirección de Desarrollo Comunitario del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en el desarrollo de los EEM.</p> <p>Se busca una relación mayor con la Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal.</p> <p>Dirección General de Comunicación Social.</p>	<p>Que los EEM son un instrumento de escucha y negociación privilegiado que se puede llevar a cabo con otras parteras tradicionales y muchos otros sujetos.</p> <p>Que los EEM deben de tener reglas muy claras para que el personal escuche a las parteras sin imposiciones y descalificaciones.</p> <p>Que en los EEM, es mejor cuando las mismas parteras toman la minuta de sus aportes.</p> <p>Que es muy valioso que mujeres usuarias puedan participar en los EEM con sus posiciones y puntos de vista.</p> <p>Que es fundamental el llevar una memoria gráfica y visual de los EEM.</p>

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p>Modelo de atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud 2006 - 2009</p>	<p>Desde las aspiraciones de las mujeres indígenas de contar con lo mejor del modelo médico hospitalario y del modelo tradicional de atención del parto, se elabora un modelo que presenta como uno de los puntos más importantes la posición vertical, demanda significativa de las mujeres indígenas y se pone a disposición de todas las mujeres del país.</p> <p>Se profundiza en los aspectos científicos, culturales y legales.</p> <p>A través de consultas interculturales con el personal de salud, se define que se requieren condiciones para facilitar su operación en los servicios de salud, por lo que se diseña en conjunto con CENETEC y Rochester México, mujeres, médicos obstetras y parteras profesionales, la mesa para la atención intercultural del parto en posición vertical, con base a una serie de criterios que se definieron en colectivo, tomando en cuenta las condiciones operativas y económicas de los servicios de salud, así como las características culturales de la población usuaria.</p>	<p>La elaboración y difusión del modelo en los servicios de salud de todo el país. Se inicia la discusión permeando instituciones y servicios estatales.</p> <p>El diseño y elaboración de la "mesa obstétrica para la atención intercultural del parto en posición vertical" elaborada con obstetras humanizados y opiniones de mujeres de manera intercultural, que permite la participación de una persona acompañante y la atención del parto en varias posiciones verticales. Se presentó en la Feria Flaixa de la UNAM con comentarios muy positivos.</p> <p>La implantación del modelo en el Hospital civil de Oaxaca, Dr. Aurelio Valdivieso en 2008 y la sistematización de los primeros 100 partos con base en un instrumento de seguimiento diseñado por la DMTDI.</p>	<p>El modelo se elabora con elementos parciales, identificando la atención intercultural del parto con la posición vertical.</p> <p>Se presenta propuesta para participar en el proceso de actualización de la NOM 007, en una instancia que no es la adecuada.</p>	<p>Modelo impreso y difundido</p>  <p>Primer cartel presentado en evento realizado en Washington en mayo de 2008 sobre partería.</p>  <p>Criterios para el diseño de la mesa obstétrica para posición vertical.</p>  <p>Mesa para atención intercultural del parto en posición vertical con CENETEC y Rochester México</p> <p>Cartel para participación en FLAISA, feria de la UNAM en 2008 sobre inventos y propuestas innovadoras</p>  <p>Díptico resumen</p>  <p>Video realizado en Oaxaca y subido a YouTube</p>  <p>https://www.youtube.com/watch?v=Hl_6PKTVCHo&t=36s</p>	<p>Con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC).</p> <p>Con Rochester México.</p> <p>Con Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud.</p> <p>Con el área de parteras tradicionales del CNEGySR.</p>	<p>Que es posible y exitoso diseñar modelos e implementos bajo las metodologías interculturales de consulta con todos los involucrados.</p> <p>El valor que tiene la difusión de materiales y modelos.</p> <p>Que en esta época se sembró la semilla, que se ha cosechado en etapas posteriores. Que hay que tener claridad en la visión, paciencia, constancia y estrategias concretas.</p>

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p>Enfoque integral del modelo de atención intercultural de las mujeres en el parto 2009 - 2012</p>	<p>Se profundiza en los argumentos científicos, el enfoque basado en evidencias y los derechos humanos.</p> <p>Se evidencia y estudia la violencia obstétrica. Se elabora artículo para la Revista de Género y Salud en Cifras.</p> <p>Se define un modelo de capacitación teórico-práctico para el personal de salud, que incorpora los temas de las recomendaciones de la OMS, las evidencias científicas, las barreras culturales, el modelo intercultural de atención, la violencia obstétrica, los derechos humanos y la posada de nacimiento. Incluye materiales de apoyo como presentaciones en Microsoft PowerPoint manuales, videos, carteles.</p> <p>Se pilotea en 2009 en Oaxaca y en 2010 en el Estado de México, Tlaxcala y Morelos.</p> <p>En 2011, se aplica junto con la Dirección de Salud Materna y Perinatal del CNEGySR en la capacitación de personal de 12 hospitales del Distrito Federal ahora CDMX, San Luis Potosí, Jalisco, Campeche, Yucatán, Hidalgo, Chihuahua, Querétaro y Oaxaca. En 2012 se aplica en dos estados más (Baja California y Chihuahua).</p> <p>Se elabora la primera versión de la propuesta de "Posada de nacimiento", en conjunto con el CNEGySR, que definió ese término después de utilizar "casa de parto seguro".</p> <p>Con mujeres se diseña la ropa humanizada: bata, calentadores y zapatos.</p> <p>Artículo de nacimiento humanizado con la revista SC.</p> <p>Elaboración y difusión del cartel elaborado con el Comité por una maternidad sin riesgo.</p> <p>Con parteras, se diseñó el banco obstétrico ergonómico; así como, las competencias de la formación en partería tradicional.</p>	<p>Se trabajó en conjunto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) desde 2011 en capacitación.</p> <p>Se incorporan otros elementos al modelo a la par que la posición vertical, entre los que destacan el acompañamiento psicoafectivo y el apego inmediato.</p> <p>Modelo teórico-práctico de capacitación en el modelo.</p> <p>Formación de un grupo de médicas capacitadoras a nivel teórico-práctico en este modelo; así como, de un grupo de obstetras humanizados de los servicios de salud, que respaldan y participan en los cursos.</p> <p>El diseño y elaboración del banco ergonómico para la atención del parto en posiciones verticales, realizado de manera intercultural con parteras tradicionales como fruto de los EEM de Morelos y Puebla.</p> <p>La elaboración y difusión de los artículos de violencia obstétrica y nacimiento humanizado en la revista de Salud y Género en Cifras.</p> <p>La elaboración y difusión de un díptico sobre el marco legal de la medicina y partería tradicional.</p> <p>La elaboración de las competencias de la partera tradicional indígena a partir de los EEM y en conjunto con las parteras participantes en el Encuentro Nacional de Parteras.</p> <p>La tramitación del código de la partera tradicional indígena ante Recursos Humanos, (M02120) después de perder el de la partera asistencial.</p> <p>En regiones donde se realizó los encuentros de enriquecimiento mutuo, se establecieron acuerdos de trabajo conjunto, con la mejora en la calidad de la atención de las mujeres.</p>	<p>Después de tramitar el código de la partera asistencial (M02117) que ampararía la figura de la partera tradicional y la partera técnica, fue cambiado por el de partera técnica a solicitud del CNEGySR, perdiendo el código para la partera tradicional.</p> <p>No se logra que los Estados echen a andar las estrategias para autorizar a las parteras tradicionales, de acuerdo con el Reglamento de Atención Médica.</p> <p>Faltó seguimiento a hospitales sensibilizados.</p>	<p>Presentaciones en Microsoft PowerPoint sobre los temas de: el modelo intercultural de atención a las mujeres durante el parto, las recomendaciones de la OMS, las barreras culturales, la violencia obstétrica y la posada de nacimiento.</p> <p> Bata humanizada, calentadores y zapatos de tela, tomando en cuenta opiniones de mujeres usuarias.</p> <p> Banco ergonómico diseñado con parteras tradicionales.</p> <p>Se fortaleció el modelo de la mesa obstétrica para atención intercultural del parto en posición vertical.</p> <p>Carteles con Comunicación Social y el Comité Mexicano por una Maternidad Sin Riesgo, para erradicar la violencia obstétrica</p> <p>  </p> <p>Díptico con el marco legal de la medicina y partería tradicional.</p> <p>Competencias de la partería tradicional indígena.</p> <p>Primera versión del Modelo de Posada de Nacimiento.</p> <p>Artículos en revista de Género y Salud en Cifras.</p> <p> </p>	<p>Con la Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal del CNEGySR y sus dos direcciones: Salud Materna y Perinatal y Desarrollo Comunitario.</p> <p>Con el CENETEC, el diseño, fortalecimiento e impulso de los implementos diseñados.</p> <p>Con el CDI, acciones conjuntas en la montaña para posicionar a las casas de la mujer con partera frente a los Hospitales Básicos Comunitarios.</p> <p>Se abre la relación más intensa con la sociedad civil, especialmente con Kinal Antzetic y CIDEM, A.C. Participando en actividades conjuntas en contra de la violencia obstétrica (en Veracruz, Guerrero y Oaxaca).</p> <p>Con la estrategia de "emergencia obstétrica" conducido por DGPLADES, se aportaron elementos interculturales en apoyo.</p> <p>Con CIFRHS- DGCEs, se definieron con personas expertas en la materia, competencias para la formación de la partera técnica, consideradas también como las competencias mínimas para la aplicación del modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro.</p>	<p>Que el modelo es mucho más que la pura posición vertical.</p> <p>Que es fundamental la alianza con el CNEGySR para la proyección del modelo de atención intercultural del parto.</p> <p>Que es fundamental la voluntad política a nivel estatal y de las autoridades del hospital para garantizar su implantación.</p> <p>Que es muy importante conservar y estrechar la relación con el CDI y la sociedad civil.</p> <p>Que es fundamental conservar nuestra posición con respecto a las parteras tradicionales a pesar de otras posiciones en la SSA.</p>

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p align="center">Ampliación e implantación del modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Participación de las mujeres como eje de la misma. 2013 – 2014</p>	<p>La Línea de Acción 4.2.3. del Programa Sectorial de Salud 2013–2018: <i>"Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad"</i>, que enfatiza en atribuciones de la DGPLADES, sustenta el impulso del modelo y se difunde con más instituciones y estados.</p> <p>"En conjunto con el CNEGySR se le cambia el nombre a: <i>"Atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro"</i>.</p> <p>Se elabora material visual en conjunto con el CNEGySR: Un video para capacitación del personal y dos carteles.</p> <p>Se identifica la potencialidad de grupos de mujeres para demandar sus derechos en el parto y se impulsan, como el eje central de la política de atención intercultural del parto.</p> <p>Se profundiza el enfoque de derechos en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>Se elabora la Guía de implantación: <i>"Atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro"</i>. Se cuenta con enriquecimiento del Comité por una Maternidad sin riesgo. Se trabaja en conjunto con el CNEGySR para su revisión y difusión. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional de Bioética la revisan, enriquecen y validan.</p> <p>Se trabaja intensamente con el Área de Nuevos Modelos de la DGPLADES para concluir el modelo de Unidad de Posada de Nacimiento y se enriquece con el área de Certificado de Necesidades.</p> <p>Se elabora y difunde la presentación de las causas del dolor en el parto y estrategias para manejarlas.</p> <p>Se definen estrategias con algunos Estados para asegurar procesos para autorizar a parteras Tradicionales. Se elabora guía.</p> <p>Se participa en 2014 en la modificación de la Guía de Práctica Clínica del manejo del parto con expertos del IMSS, del Comité Mexicano promotor por una maternidad segura y obstetras del Hospital de Tula.</p> <p>Se realiza la sensibilización del modelo en conjunto con personal de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud del D.F. ahora Ciudad de México.</p> <p>Eventos de sensibilización en Hidalgo, Chihuahua, Veracruz (con la Delegación Note del IMSS).</p> <p>Capacitación en área de labor en el Hospital de especialidades de la mujer de Querétaro.</p>	<p>Se logra una coordinación con el CNEGySR que se concreta en productos específicos: video y carteles.</p> <p>Cartas de consentimiento firmadas por parejas participantes en el video de atención del parto elaborado con el CNEGSR. Aprobación por Comunicación Social.</p> <p>Implantación del modelo en Hospitales de Chihuahua (Parral y Guadalupe y Calvo), Durango (la Guajolota), Ajusco Medio en el D.F., ahora CDMX, en Hidalgo (Tula-Tepeji y San Bartolo Tutotepec), y en el Edo. Mex. en Temazcalcingo.</p> <p>Procesos para constitución de centros de capacitación en los hospitales Ajusco Medio en el D.F., ahora Ciudad de México y en Tula, Hgo.</p> <p>La guía de implantación se actualiza con todos los elementos para facilitar la implementación del modelo de atención.</p> <p>Aprobación de la Unidad de Posada de Nacimiento por el área de Certificado de Necesidades para permitir que entidades federativas envíen sus propuestas.</p> <p>Se incluye en el modelo el tema del dolor en el parto, como un derecho para humanizar la atención.</p> <p>Se logra la incorporación del Código M02120 de la partera tradicional indígena en el tabulador de códigos de puestos de Recursos Humanos y Hacienda. Incidencia en Política Pública.</p> <p>Se definen como centros regionales de capacitación los Hospitales Ajusco Medio en el D.F., ahora Ciudad de México y Tula-Tepeji en el Estado de Hidalgo.</p> <p>Se inicia programa de sensibilización en 11 hospitales del D.F., ahora Ciudad de México, en coordinación con Salud Reproductiva de la entidad.</p> <p>El Hospital General de Tula implanta el modelo al 100% desde febrero de 2014. El Secretario de Salud lo informa en el C.N.S. con un video. Se celebra en julio en Tula. Se capacitan 2 doulas y entra en operaciones el centro de capacitación.</p> <p>Se consigue la elaboración de una segunda actualización 2014 de la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del parto con el área responsable del IMSS, se desarrolla con expertos y se consigue su aprobación e institucionalización.</p> <p>Se realiza capacitación a parteras tradicionales de Hidalgo. Para facilitar el proceso de autorización.</p>	<p>No se logró la tramitación de la patente de los implementos diseñados en conjunto con el CENETEC, por circunstancias institucionales.</p>	<p>Guía de implantación: <i>"Atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro"</i>.</p>  <p>Video de <i>atención a las mujeres en el parto: Enfoque humanizado, intercultural y Seguro</i>.</p>  <p>Modelo de Unidad de Posada de Nacimiento.</p> <p>Carteles con el CNEGySR sobre el modelo y lineamientos interculturales</p>  <p>Código M02120 de la partera tradicional indígena para su contratación.</p> <p>La inclusión de los indicadores de posición vertical y apego inmediato en la atención del parto (su anuncio).</p> <p>Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional.</p>  <p>Se cuenta con video elaborado en el Hospital de Tula, Hidalgo.</p>  <p>Guía 2014 de Práctica Clínica, de Vigilancia y Manejo de Trabajo de Parto de Bajo Riesgo</p>	<p>Con CIEMER, GIRE y otras organizaciones de mujeres como CIDEM.</p> <p>Con las nuevas autoridades de Salud Materna y Perinatal del CNEGySR.</p> <p>Al interior de la DGPLADES con las Direcciones de Nuevos Modelos, Certificado de necesidades y Convenio de Emergencia Obstétrica.</p> <p>Con el IMSS Oportunidades y el área de parteras tradicionales.</p> <p>Con la Dirección de Derechos Humanos del Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la SSA.</p> <p>Con la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>Con los Servicios de salud de Hidalgo y el Hospital Regional de Tula.</p> <p>Con el área de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud del D.F., ahora Ciudad de México.</p> <p>Con los servicios de salud de Querétaro.</p> <p>Con el área de guías de práctica clínica del IMSS, el hospital de Tula y el Comité promotor por una maternidad segura.</p> <p>Con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional de Bioética (COMBIOÉTICA).</p> <p>Con redes de obstetras, pediatras y anestesiólogos humanizados</p>	<p>En esta etapa se valoran los resultados sembrados desde etapas anteriores.</p> <p>La importancia de considerar a la mujer como el sujeto preferencial de la política de parto intercultural humanizado.</p> <p>Que, para el cambio del personal de salud, no basta con la sensibilización en el modelo. Es indispensable la experiencia con la práctica.</p> <p>La importancia de considerar el manejo del dolor como elemento fundamental de la humanización del parto.</p> <p>El papel que tiene el modelo de la partería tradicional indígena en la humanización de la atención del parto.</p> <p>El sentido de la perseverancia a pesar de las dificultades.</p> <p>El tener visión de elementos estratégicos (como la modificación de la GPC) y definir caminos para lograrlo. Paciencia y constancia.</p> <p>El aprovechar el conocimiento y expertiz de áreas diversas (CNEGSR, CNDH y COMBIOÉTICA), así como de redes de obstetras humanizados, para fortalecer el modelo.</p>

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p align="center">Replicación del modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, con énfasis en los derechos humanos 2015 – 2019</p>	<p>Para facilitar el seguimiento a nivel institucional del <i>modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro</i>, en conjunto con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se solicita al Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE), la inclusión de 4 indicadores y considerados en la GPC) en el Capítulo de Procedimientos Obstétricos del Catálogo de Procedimientos Médicos de la CIE-9MC: posición vertical, acompañamiento psicoemocional, Apego inmediato, y manejo activo del 3er periodo de trabajo de parto.</p> <p>Se presenta el modelo en la Asamblea General de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) para que se incorpore el modelo en la formación curricular.</p> <p>Se realizaron talleres teórico prácticos para la formación de replicadores en el modelo citado en los estados de Chiapas, Coahuila, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Jalisco, Quintana Roo, Sonora, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala. En Chiapas, Guanajuato, Querétaro y Tlaxcala, se replicó.</p> <p>En la CDMX con el Hospital de Ginecopediatría 3A del IMSS, con ginecobstetras jefes de servicio de todos los turnos.</p> <p>Durante 2016 se participó con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) para la elaboración de la Recomendación General 31/2017 sobre violencia obstétrica, logrando que no se criminalice al personal de salud y que se defina en positivo como se requiere realizar la atención del parto. Lo mismo con respecto al derecho de las mujeres indígenas de atenderse con la partería tradicional.</p> <p>Se formaron docentes en el modelo citado en la Escuela de Enfermería del IMSS.</p> <p>Se participó en la realización de un Foro sobre Derechos Humanos y Salud Intercultural, en conjunto con la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) y la CNDH el 17/04/18.</p> <p>Se elaboró y envió a los Secretaríos de Salud, lineamientos interculturales para la atención de las mujeres en el parto y la articulación con las parteras tradicionales.</p> <p>En septiembre de 2018 se llevó a cabo una reunión con grupos de mujeres de la sociedad civil para definir estrategias para fortalecer los derechos de las mujeres en el parto. Las agrupaciones de mujeres se organizan para solicitar la atención de acuerdo al marco normativo y de derechos humanos.</p>	<p>Posicionamiento del Modelo con la Estrategia 4.2.3 del Programa Sectorial de Salud 2013– 2018: <i>"Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad."</i></p> <p>Como respuesta del CEMESE y de la DGIS se incorporan los 4 indicadores propuestos en el Capítulo de Procedimientos Obstétricos del Catálogo de Procedimientos Médicos de la CIE-9MC: 73.A1 Atención del periodo expulsivo en posición vertical, 73.A2 Acompañamiento psicoemocional, 73.A3 Apego inmediato, 73.A4 Manejo activo del 3er periodo de trabajo de parto.</p> <p>Se actualiza la Norma Oficial Mexicana relativa a la atención del parto y se publica en el DOF el 7 abril de 2016, la cual incluye aportes propuestos por la DGPLADES/DMTDL con el nombre NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.</p> <p>Procesos de implantación del modelo en: Chiapas (8 unidades), Chihuahua (3), Ciudad de México (4), Colima (1), Durango (1), Estado de México (2), Guanajuato (20), Guerrero (4), Hidalgo (1), Morelos (8), Oaxaca (1) Puebla (1), Querétaro (2), Quintana Roo (2), San Luis Potosí (1), Sonora (2), Tabasco (3), Tlaxcala (5) y Veracruz (1). En el Hospital de Ginecopediatría 3A del IMSS con un área de Prelabor.</p> <p>Se consolida una metodología para la formación de replicadores que se implementa desde 2017 en los talleres de capacitación de los estados de Querétaro, Tlaxcala, Tabasco, Chiapas, Guanajuato, Oaxaca y Guerrero con excelentes resultados. Como resultado de esta replicación, estos estados presentan los resultados ya señalados.</p> <p>El fortalecimiento de los elementos prácticos del curso para mejorar la fisiología de la mujer, reducir el dolor y reestablecer el vínculo perdido entre el personal de salud y la mujer.</p> <p>La Escuela de Enfermería del IMSS incorpora el modelo en la enseñanza.</p> <p>La Recomendación General 31/2017 de la CNDH sobre violencia obstétrica en los servicios de salud, indica en la tercera recomendación particular la implementación del <i>modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro</i>. En la quinta la articulación con las parteras tradicionales para facilitar el derecho de las mujeres indígenas de atenderse con las parteras tradicionales.</p> <p>En julio de 2018 se difundieron a las entidades federativas los lineamientos para la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención del parto con parteras tradicionales, se encuentran en la página de la SSA.</p>	<p>Faltó seguimiento para lograr la articulación con el CNEGySR como se llevaba en periodos anteriores; sin embargo, ha sido suficiente para impulsar el modelo.</p>	<p>Catálogo de Procedimientos Médicos CIE-9MC que incluye los 4 indicadores propuestos. Estos indicadores se incorporan en el Formato SIS-SS-12-P del primer nivel de atención y en el SAEH para el segundo nivel.</p> <p>Se termina con la Dirección de Espacios de la Salud de la DGPLADES, la Unidad de Parto Humanizado (Anteriormente Posada de Nacimiento), como espacio desmedicalizado pero seguro.</p> <p>Un paquete de presentaciones y videos, estructurado para facilitar la replicación en los talleres teórico prácticos.</p> <p><i>La actualización del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro</i>, con los nuevos elementos normativos.</p> <p>Elaboración conjunta con el UNICEF de la Guía de Referencia Rápida: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo.</p>  <p>Se terminaron de elaborar instrumentos de indicadores con el Instituto Nacional de Salud Pública para medir la calidad de la atención obstétrica desde la mirada de la mujer participante, que forma parte de la construcción de <i>Indicadores de Calidad de la Atención durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido</i> (CAEPPyRN), y se probó en el Hospital CIMIGEN en la CDMX en 2017.</p> <p>El banco ergonómico diseñado con CENETEC se ha utilizado en la enseñanza teórico práctica del modelo con alto impacto. Varios estados lo han adquirido, elaborado o están en proceso.</p> <p>Elaboración y envío a todos los Secretaríos Estatales de Salud de los siguientes lineamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro". Consideraciones y lineamientos para su implementación, en el marco de respeto a los derechos humanos de las mujeres y la persona recién nacida. • "Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales". Consideraciones y lineamientos para su implementación con enfoque intercultural, en el marco de respeto a los derechos humanos de las mujeres indígenas y la no discriminación. 	<p>Con la Dirección de Espacios de la Salud de la DGPLADES.</p> <p>Con el Área de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública.</p> <p>Con la Dirección General de Estudios, Promoción y Desarrollo de los Derechos Humanos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN).</p> <p>Con la 4º Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).</p> <p>Con la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>Con grupos de la sociedad civil que demandan una atención digna de las mujeres en el parto sustentada en los derechos humanos.</p> <p>Con organizaciones de parteras tradicionales que pretenden una articulación intercultural horizontal con los servicios de salud, que les permitan brindar atención digna y segura desde sus marcos prácticos y conceptuales tradicionales.</p>	<p>En esta etapa se consolida el modelo, valorando los resultados sembrados desde etapas anteriores.</p> <p>La importancia de contar con una metodología de capacitación teórico práctica que facilita la formación de replicadores en los estados.</p> <p>Se comprende que no es suficiente sensibilizar y capacitar en el modelo, si no existe un compromiso de los servicios de salud a nivel estatal y hospitalario.</p> <p>Ahora se definen procesos de implantación en relación con los estados, donde la capacitación es sólo una parte, definiéndose calendarios de acción con seguimiento específico.</p> <p>Ha sido fundamental entender que desde 2011 vivimos en un país diferente, debido a los cambios en el artículo 1º Constitucional, que en cascada ha modificado todo el marco normativo, incluyendo la LGS, la NOM, la G.P.C y la misión de la SSA.</p> <p>Reconocer que México es una Sociedad de Derechos donde todo el personal de salud, directivo y operativo, considerado como Servidor Público, debe de cumplir con todo el marco normativo mexicano, así como el marco de derechos humanos reconocidos en la constitución y en los tratados internacionales suscritos por México, independientemente de su formación médica, sus afinidades operativas y creencias.</p> <p>La importancia fundamental de trabajar con el personal de salud el restablecimiento del vínculo con la mujer, para lo cual los elementos prácticos del método de capacitación han sido fundamentales.</p> <p>El enriquecerse con las Recomendaciones de la OMS de febrero de 2018, que ponen acento en obtener experiencias positivas en el nacimiento.</p> <p>Se reafirma la importancia en incorporar estrategias desmedicalizadas para disminuir el dolor como elemento fundamental de la humanización del parto.</p> <p>Se reconoce la importancia de la participación de la sociedad civil organizada, específicamente de grupos de mujeres, para impulsar una atención de acuerdo a sus derechos, tomando en cuenta las evidencias científicas y el marco normativo mexicano.</p> <p>El papel importante que han tenido en algunos estados los enlaces interculturales y otros funcionarios de los servicios de salud, para la difusión y promoción de la implantación del modelo.</p> <p>La constitución de grupos de whatsApp en los estados de Chiapas, Tlaxcala, Tabasco, Guanajuato, Oaxaca, Guerrero y Querétaro, con personal participante, ha sido importante para continuar con el seguimiento, retroalimentación y difusión del modelo.</p>

ETAPA	DESCRIPCIÓN	LOGROS, ACIERTOS Y APORTES	LIMITACIONES, ERRORES Y FRACASOS	PRODUCTOS	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	APRENDIZAJES
<p align="center">Replicación del modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, de manera virtual, en condiciones de Pandemia de COVID - 19 2020 – 2022</p>	<p>Los días 5 y 6 de marzo del 2020 se llevó a cabo un taller interinstitucional presencial para socializar el contenido y metodología del taller teórico-práctico de formación de replicadores para la implantación del modelo, para que autoridades responsables de los programas de salud reproductiva e interculturalidad de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX), del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNECySR) y del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, conocieran la metodología de implantación y puedan aprovecharla y promoverla.</p> <p>Se participó en la elaboración de un curso virtual con los servicios estatales de salud de Querétaro, para la actualización del modelo de atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado intercultural y seguro, en condiciones de seguridad en el contexto del COVID-19.</p> <p>Se preparó un programa de taller virtual teórico-práctico del modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado intercultural y seguro, que se aplicó con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los Servicios de Salud de Sonora en febrero del 2021 en el contexto del Plan de Justicia para el Pueblo Yaqui, con 38 personas de 11 hospitales, 1 Centro de Salud, las Jurisdicciones Sanitarias IV, V y VI de los Servicios Estatales de Salud. El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga, en marzo del 2021, con la participación de 22 personas. Los servicios de Salud Perinatal de los estados de Tamaulipas, Tabasco, Morelos, Campeche, Sinaloa y el CNECySR, los días 7, 14, 21 y 28 de mayo del 2021, con 50 personas. Personal de 5 hospitales y servicios de salud del ISSSTE de los estados de Campeche, Chihuahua y Baja California los días 18, 19, 21 y 26 de enero de 2022. Más de 100 personas, el 26 de mayo; 2, 9 y 16 de junio del 2022. De la Secretaría de salud, participaron los estados de Chihuahua, Sonora, Estado de México y Yucatán. Del ISSSTE, de Baja California y del IMSS de Baja California y Yucatán. Seis entidades federativas: Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Oaxaca y Yucatán; el 6, 13, 20 y 27 de octubre de 2022, participaron 219 personas de 32 hospitales. <p>Capacitación presencial en el Hospital de Tepetlixpa, Estado de México en abril 2022. Participaron 40 personas de hospitales de Tepetlixpa, Lerma y Amecameca.</p> <p>Con el Hospital de Ginecopediatría 3A del IMSS, se impartió un taller presencial teórico práctico en respuesta a la Recomendación 31/2017 de la CNDH, que se llevó a cabo el 31 de marzo; 7, 21 y 28 de abril de 2022.</p>	<p>La modificación de la impartición del taller para hacerlo de manera virtual, cuidando la parte práctica, de manera que ésta se pueda entender, realizar y monitorear.</p> <p>Los primeros talleres virtuales se realizaban por Entidad Federativa e institución. Posteriormente se decidió hacerlos abiertos, interinstitucionales y de manera periódica, de manera que pudieran sumarse libremente. La plataforma soportó 300 conexiones sin límite de tiempo.</p> <p>Cómo era complicado el hacer el seguimiento de implementación del modelo con los hospitales sensibilizados, se decidió hacerlo en la modalidad de Encuentros de Seguimiento. El primero se realizó en septiembre del 2022. Se contó con la participación de 25 hospitales de 9 Estados, de la SSA, IMSS e ISSSTE. Ello permite la retroalimentación entre ellos.</p> <p>La relación con la Coordinación de Mortalidad Materna y Emergencia Obstétrica de la Dirección Normativa en Salud del ISSSTE. Además de su participación en los talleres virtuales de enero, junio y octubre, nos invitaron en julio de 2022 a impartir de manera conjunta y virtual, el tema de "Aportes Interculturales al Modelo de las Tres Demoras", contando con la participación de 750 personas de 49 unidades.</p> <p>La realización de los talleres de manera virtual y periódica, nos permite el sensibilizar y capacitar a más hospitales del SNS de todo el país, al mismo tiempo.</p>	<p>La realización de los talleres de manera virtual permite llegar a más unidades hospitalarias y a más gente; sin embargo, se pierde el contacto directo con las personas participantes, el seguimiento puntual directo a la parte práctica, así como al acompañamiento en la atención de partos.</p> <p>Los primeros años se llevó una articulación adecuada con la Dra. Bianca Fernanda Vargas Escamilla, Directora de Atención a la Salud Materna y Perinatal del CNECySR. Posteriormente esa relación disminuyó.</p>	<p>Programa teórico práctico del <i>Taller de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro</i>, ajustado para modalidad virtual.</p> <p>Presentaciones en Microsoft PowerPoint para facilitar su aplicación por las personas replicadoras, enriquecidas.</p> <p>Link donde las personas participantes a los talleres pueden consultar y bajar todas las presentaciones, así como material complementario:</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/15sRIWdq-z04xllusqxCz3cAdBdsDnqHd</p>	<p>Con los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX).</p> <p>Con la Coordinación de Mortalidad Materna y Emergencia Obstétrica de la Dirección Normativa en Salud del ISSSTE.</p> <p>Con la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.</p> <p>Con la Dirección del Hospital de Gineco-Pediatría 3ª del IMSS.</p> <p>Con diferentes entidades federativas a través de los Coordinadores, Enlaces Interculturales y de las personas responsables de Salud Reproductiva.</p>	<p>Nos queda muy claro que las experiencias exitosas de implantación del modelo, son resultado de la claridad, conciencia y compromiso de las personas que la impulsan en diversos hospitales, más allá de que cuenten con recursos institucionales. Un caso concreto es el del Hospital de Tepetlixpa en el Estado de México.</p> <p>Es muy valioso el poder llevar a cabo las capacitaciones de manera presencial, porque favorece el contacto directo, toma el pulso de los avances colectivos, y permite la verificación de las actividades prácticas; sin embargo, ante la imposibilidad de realizarlo en los primeros años de la pandemia, la adaptación a la modalidad virtual, permitió el no detener la actividad y continuar promoviendo el modelo. Una ventaja, no considerada al inicio, fue la posibilidad de integrar a múltiples unidades hospitalarias de todo el país y de diferentes instituciones al mismo tiempo.</p> <p>Ha sido muy importante, tanto en los talleres presenciales, cómo en los virtuales, involucrar el último día al cuerpo directivo del hospital para definir compromisos concretos y proponer un cronograma. Ciertamente es más fácil en los talleres presenciales; sin embargo, lo hemos podido realizar también en los virtuales.</p> <p>Fue valiosa la propuesta y ejecución de la estrategia de Encuentros de Seguimiento, dada la dificultad para realizarlo de manera telefónica. Ello permitió en un solo día, contar con la participación e información de muchas unidades al mismo tiempo, de una manera activa, que posibilitó la retroalimentación y enriquecimiento entre ellas.</p>

RETOS PARA EL FUTURO

Que el sistema de salud reconozca que el personal debe de actuar de acuerdo al marco normativo y de derechos humanos. Lograr incorporar el modelo como una política pública en este sentido y que se forme una instancia de seguimiento de la calidad en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Enfatizar en la atención de las mujeres en el parto, la realización del apego inmediato y la promoción de la lactancia materna inmediata al nacimiento, incluyendo las personas recién nacidas por fórceps y cesárea, si ellas y sus madres se encuentran en buen estado de salud.

De acuerdo a las últimas recomendaciones de la OMS, resaltar la importancia de facilitar a la mujer en trabajo de parto, que un acompañante de su elección la acompañe.

Continuar la promoción de estrategias para la desmedicalización de la atención del parto, a través de la Unidad de Parto Humanizado (Posada de Nacimiento) / Unidad de Atención a las Mujeres en el Parto para una Experiencia Positiva de Nacimiento, la atención del parto en el primer nivel y la atención por parteras tradicionales en condiciones de seguridad, que brinden las condiciones para que los partos normales se atiendan fuera de los hospitales.

Consolidar la aplicación de los elementos que se encuentran en el marco legal y el marco de derechos humanos, de acuerdo a la Recomendación General 31/2017 de la CNDH.

Resaltar en la capacitación del modelo las temáticas de barreras culturales, el manejo del dolor en el parto, la importancia del acompañamiento y el apego inmediato.

Fortalecer el seguimiento a los procesos de capacitación e implantación del modelo. Dar seguimiento a las personas que en las entidades federativas promueven la atención humanizada e intercultural del parto y promover su articulación. Para todo ello, aprovechar la metodología de los Encuentros Nacionales de Seguimiento, que permite la retroalimentación entre las personas participantes. Se recomienda continuar haciéndolos de manera periódica.

Consolidar la formación de equipos de replicadores/as a nivel nacional y estatal, con personas interesadas en impulsar el modelo de nacimiento humanizado, para facilitar la replicación de talleres de capacitación teórico-práctica.

Fortalecer la relación intra-institucional con el CNEGySR, DGCES y la Oficina del Abogado General (anteriormente la Comisión Nacional de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos), con respecto a esta temática.

Continuar extendiendo el modelo con instituciones del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, etc.), a través de procesos de información, capacitación teórico-práctica conjunta, formación de replicadores y acuerdos interinstitucionales operativos.

Continuar influyendo en la currícula de formación del médico y enfermera para incluir el conocimiento y manejo del modelo, con base en la normatividad vigente, las evidencias científicas y los derechos humanos.

Consolidar las propuestas de modificación de infraestructura en la atención obstétrica hospitalaria para considerar cubículos individuales (cuartos combinados) en lugar de salas de labor amplias, en las que puedan participar acompañantes. Incluir las *Salas de Prelabor*, como elemento que permite armonizar dos evidencias confrontadas y mejorar la experiencia de nacimiento.

Fortalecer las estrategias en contra de la violencia obstétrica a través de la difusión e implantación del *Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro*, fortaleciéndose con la recomendación de la CNDH.

Establecer una estrategia para recuperar la opinión de las mujeres que se atienden durante el embarazo y el parto en instituciones públicas y privadas, para escuchar aciertos, conocer las formas de trato y sus propuestas para mejorar los servicios de salud.

Profundizar la relación y promoción con grupos de mujeres que demandan sus derechos en torno a la atención del embarazo, parto y puerperio.

Lograr la implantación de los indicadores acordados con la DGIS en los Estados y darles seguimiento.

Presentar el modelo ya citado a la OPS y a la OMS.

Impulsar la investigación sobre los efectos de la atención intercultural del parto en las mujeres, las/os recién nacidos y sus familias.

Profundizar en el estudio del modelo tradicional mesoamericano para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, buscando su fortalecimiento, posicionamiento y promoviendo su práctica.

Identificar y dismantlar las resistencias y barreras estructurales en torno a la partera tradicional, para facilitar su autorización y ejercicio en las redes de servicios de salud, con la atención del embarazo, parto y puerperio bajo el modelo tradicional, reconociéndola como un personaje valioso e imprescindible, tomando en cuenta la recomendación general de la CNDH. Aprovechar la estrategia de Autorización de las Parteras Tradicionales como personal de salud no profesional y promover la difusión y aplicación de lineamientos para el registro de las Parteras Tradicionales Indígenas Mexicanas que cuenten con reconocimiento de su comunidad.

Continuar con la realización de talleres teórico – prácticos de capacitación en modalidad virtual y periódica, para instituciones del Sistema Nacional de Salud. Además, promover la realización de talleres presenciales en hospitales y estados que se consideren estratégicos.