



Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social

Documento Estratégico Institucional.

San José, Costa Rica.

2017



EQUPO ELABORADOR (ORDEN ALFABETICO)	Carballo Quesada Lidieth, Asesora de Gerencia Médica – CCSS Gríos Dávila Carla Verónica, Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia Ledezma Izard Luis Guillermo, Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia Rodríguez Bejarano Gloria, Máster Enfermería Obstétrica Ugalde Salazar Griselda, Máster Enfermería Obstétrica	
APOYO METODOLOGICO Y LOGISTICO (ORDEN ALFABETICO)	PhD. Campos Saborío Natalia Dr. Chacón Ramírez Hugo MSc Guzmán Cervantes. Rocío PhD. Núñez Rivas Hilda	Coordinador del Programa de Normalización de Atención a la Mujer. CCSS PhD en Educación Investigación Educativa y Diseño Curricular Coordinadora Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) PhD en Educación – Máster en Salud Pública. Investigadora
COORDINACION TECNICA	Dra. Gríos Dávila Carla Verónica	Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia - CCSS
COORDINACION GENERAL	Dra. Carballo Quesada Lidieth	Asesora de Gerencia Médica - CCSS
SOCIALIZADO CON: (ORDEN ALFABETICO)	ABARCA ELIZONDO MERCETH ALVAREZ ALVAREZ RANDALL ALVAREZ GONZALEZ ALEXANDER ALVAREZ GUTIERREZ YELMIS AMES SOTO ELENA ARAYA CASTILLO LUIS ARCE BARRANTES MILTON ARGUELLO CASTRO CARLOS BADILLA ALLAN HELENA BARRIENTOS ORTEGA EVELYN BERMUDEZ OTAROLA MELISSA BRENES PACHECO GUISELLE C. CARBALLO ALEXANDRA CALERO MIRANDA DEYANIRA CALVO CASTRO EDWIN CAMPOS BALTODANO MILAGROS CASTAÑEDA CASCO MARIA CASTAÑEDAS LOPEZ DARLYN CASTILLO PACHECO STEVE CASTILLO SOLANO RAFAEL CASTRILLO CARDENAS KERIL CHACON PICADO NANCY SUSANA CHAVES DURAN RAQUEL CHAVES PIZARRO NYDIA CORDERO CONEJO ANA CECILIA COTO SAENZ ARELLYS DELGADO QUESADA KATTIA DIAZ LEIVA CESAR DUARTE TENCIO TATIANA ELIZONDO AGUILAR PAOLA ENRIQUEZ SEGURA VANESA ESQUIVEL ALVARADO LEYLIN FALLAS SANABRIA MELISSA FALLAS ZUÑIGA ANA CECILIA	FERNANDEZ VARGAS ALCIDES FURGESON REDGUARD ODETTE GARCIA ARRIETA JENNER GOMEZ HERRERA RODNY GRANADOS RIVERA JORGE GUTIERREZ RAMIREZ ALINA GUZMAN CERVANTES ROCIO HERNANDEZ CHAN ADRIANA HERNANDEZ CHAVES OLGA HERRERA RIVERA YAHARA HUERTAS ROJAS SANDRA JIMENEZ VEGA ANDREA LOAIZA MADRIZ CARMEN LOPEZ BADILLA MILI LOPEZ LOPEZ JACQUELINE M. WARD ADRIAN MACIAS BRAONES ALEXANDRA MARIN MONGE NURIA MARIN VENEGAS ELIETH MARTINEZ ABARCA WILLIAM MARTINEZ THOMPSON YORLIN MAYORGA QUIROS KAREN MENA GOMEZ MARJORIE MONESTEL NAVARRO ANA YANCY MONS ISAAC SILVIA MONTERO RONY GERALD MONTES LOPEZ RAFAEL MORA GRANADOS JEISON MURILLO CERDAS SONIA NAVARRO DIAZ MELVIN OTAROLA SALAS LILIANA P. MONGE NOEMY PADILLA QUESADA KARLA PEREZ CHAVES MAYRA PERICON N. CARLOS PICADO MENDEZ MARIO



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

VERSIÓN: 1

	PORRAS ROJAS HELLEN QUESADA BORGES ROCIO QUESADA MENA KENIA QUESADA SOLIS JUDY RAMIREZ CHACON INGRID RAMIREZ VILLEGAS VIRGINIA ROBLETO FLORES FABIA ROJAS GUTIERREZ DIXIE RUIZ OBANDO JESSICA SALAZAR SANDI ANDREA SANCHEZ CORDERO VILMA SANDOVAL CHAVES LUCIA SANDOVAL SEQUEIRA ZIANNE SINCLAU JOHNSON LORENA SOLANO CASTRO OMAR SOLANO DELGADO ERICKA	SOLIS C. JOSIAS SOLIS RODRIGUEZ SURET STELLER MUÑOZ RONALD T. GARCIA JUAN JOSE TORRESTES SERRANO ANNY TRIGUEROS FENANDEZ ANDRES UGALDE SALAZAR MARIA UMAÑA CORTES YORLENY UMAÑA CORTES YORLENY VALVERDE BERMUDEZ ELIAM VALVERDE ESQUIVEL MARJORIE VARELA CHINCHILLA VITZHA VEGA MAIS PRISCILA ZAMORA MORENO JUANITA
APROBADO POR:	Dra. María Eugenia Villalta Bonilla	Gerente Médica - CCSS
FECHA DE EMISION		AGOSTO 2017
PROXIMA REVISION		2019



Contenido

1. Nombre del modelo de atención	7
2. Introducción.....	7
3. Antecedentes.....	8
3.1 Recomendaciones acerca de las gestiones clínica y administrativa.....	11
3.2 Recomendaciones respecto a la infraestructura, la tecnología y el equipamiento.	11
3.3 Recomendaciones acerca de los recursos humanos	12
3.4 Recomendaciones respecto al sistema de información	13
3.5 Recomendaciones para fomentar la participación ciudadana	13
4. Justificación	16
5. Identificación del problema.....	23
6. Objetivos del proyecto.....	24
6.1 Objetivo general.....	24
6.2 Objetivos específicos	25
7. Resultados esperados.....	25
8. Vinculación con políticas, planes y estrategias de desarrollo – fundamentación del lineamiento	27
9. Determinación del área de influencia	29
10. Beneficiarios del modelo de atención humanizada.	30
11. Descripción del modelo de atención.....	30
11.1 A nivel de sistema de salud	35
11.2 A nivel de la Comunidad.....	38
11.3 A nivel de las mujeres	39
12. Definiciones.....	39
12.1 Labor de parto (trabajo de parto).....	39
12.2 Parto	40
12.3 Entorno habilitante	40
12.4 Participación Social.....	41
12.5 Familia gestante.....	41
12.6 Usuaria	41
12.7 Acompañante.....	42
12.8 Gestión de Red	42
12.9 Gestión de calidad y calidez.....	43



12.10	Gestión clínica.....	43
12.11	Gestión del conocimiento.....	44
12.12	Gestión administrativa.....	44
12.13	Pertinencia cultural.....	44
12.13.1	La pertinencia intercultural:.....	45
12.13.2	Pertinencia de género	46
13.	Actividades a desarrollar	46
13.1	Componente proceso de admisión.....	46
12.1.1	Atención en la Unidad de Admisión o ingreso (Emergencias Ginecobstétricas o Consulta Externa Especializada)	46
14.	Componente del preparto, parto y postparto.	48
14.1	Manejo de la fase latente	49
14.2	Manejo de la fase activa de labor	50
14.3	Manejo del período expulsivo	53
14.4	Manejo del tercer período del parto: alumbramiento	54
14.5	Componente de la atención de la madre en el posparto inmediato	55
14.6	Otras estrategias para la implementación del modelo	56
15.	Documentación	59
16.	Insumos Básicos	59
17.	Viabilidad	60
18.	Evaluación	61
18.1	Componentes de la evaluación.....	62
18.2	Metodología	63
19.	Acatamiento.....	63
20.	Responsables del cumplimiento	63
21.	Vigencia.....	64
22.	Contactos para Consultas	64
23.	Anexos	64
23.1	Indicadores propuestos	66
23.1.1	Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido / a	66
23.1.2	Estándares e indicadores de proceso: Atención del parto.....	67
23.1.3	Estándar e indicador de proceso de atención del post – parto vaginal y post – cesárea	72



23.1.4 Estándar e indicar del proceso standar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a término	73
23.1.5 Estándares e indicadores de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado	74
23.1.6 Estándares e indicadores de salida para la atención de parto hospitalario	77
23.1.7 Estándares e indicadores de trato a la usuaria	82
23.1.8 Indicadores del entorno habilitante: infraestructura	86
23.2 Dispositivos Médicos y Equipos Básicos	91
24. Referencias Bibliográficas.....	93
24.1 Bibliografía citada	93
24.1 Bibliografía consultada	96



1. Nombre del modelo de atención

Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad y de gestión humanizada en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2. Introducción

El presente documento es un esfuerzo institucional cuyo propósito es proporcionar lineamientos generales para un Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto, el cual será implementado en las maternidades públicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y está basado en experiencias exitosas en este ámbito tanto a nivel Nacional como Internacional.

Este modelo se fundamenta en los principios derivados de la Atención integral y Maternidades Seguras, centrado en las personas, con enfoque de género y de derechos, como parte del fortalecimiento de la prestación de los Servicios de Salud. Se encuentra en ejecución en su totalidad en el Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria de Puntarenas, el cual ha servido como piloto en la implementación del mismo; lo cual proporciona validez basada en la evidencia.

Este documento ubica al lector(a) en el marco de referencia, el diagnóstico situacional que dio origen al modelo, el marco conceptual y las bases filosóficas del mismo. Se plantea como debe desarrollarse, construirse y adaptarse este modelo a cada una de las maternidades del país y la operativización básica del mismo. Por último se plantea el proceso de la evaluación propuesta.

La ejecución del mismo significa una revisión profunda de la estructura y cultura de nuestro sistema de salud, tanto en la forma de funcionamiento y en su proyección social. Constituye un replanteamiento de los valores, la visión, las actitudes, la forma de pensar y las maneras de actuar de los proveedores de salud tanto a nivel operativo como administrativo; lo que generará cambios profundos en el abordaje de los problemas y necesidades de salud reproductiva de las mujeres durante el curso de vida. Estos cambios no sólo incidirán en el personal de salud, sino en la población usuaria de los servicios, las familias, comunidades y otros grupos involucrados.



3. Antecedentes

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública, su prevalencia evidencia debilidades en los sistemas de salud, principalmente en la detección y tratamiento oportuno de complicaciones de salud que pueden afectar a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio y por tanto limitan el ejercicio de su derecho a una maternidad segura. Es uno de los indicadores que refleja con mayor claridad inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres y constituye una prioridad del país y de la región.

Costa Rica en los últimos 16 años ha implementado mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico por parte del Ministerio de Salud. La declaración obligatoria de muertes maternas ha generado un sistema que permite realizar control cruzado con las estadísticas oficiales de modo que se emitan recomendaciones dirigidas al mejoramiento de la atención en salud y por lo tanto la formulación de políticas públicas para mejorar la cobertura y la calidad en la atención¹.

La razón de mortalidad materna (número de muertes de mujeres cuya causa está asociada al estado de embarazo, parto o puerperio, ocurridas durante un período determinado, entre el total de nacimientos ocurridos durante este mismo período) en Costa Rica según el instituto Nacional de Estadística y Censo para el año 2015 es de 2.6 por diez mil nacidos vivos².

En nuestro país, el comportamiento de la mortalidad materna sobre todo en los últimos 10 años ha sido considerablemente irregular. Ha mostrado un comportamiento fluctuante, la mayor disminución se experimentó en al año 2010 con reducción a menos de un 30/10 mil nacimientos y en relación a los años noventa ha habido una disminución del 45% según la tasa estimada para el año 2015³.

La composición de las muertes maternas en la última década, ha mostrado un predominio de causas obstétricas directas, a excepción de los años 2007,2008 y 2013; alcanzando un peso relativo para el año

¹INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

²INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

³INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015



2015 de 76.5%. Dentro de estas defunciones destacan las causadas por preeclampsia severa⁴.

En nuestro país al igual que en el resto de países en desarrollo las condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de la mortalidad materna; ya que estas condiciones ubican a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte. Según los certificados de defunción de estas mujeres podemos realizar un primer acercamiento a la caracterización de estos determinantes sociales. Uno de los factores es la edad, especialmente la edad avanzada, que sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico, potencializan dicho riesgo. Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y el bajo peso al nacer son eventos adversos que se asocian con la edad avanzada⁵.

En nuestro país durante el año 2015 se evidencia que son los grupos de edades de 30 años y más quienes representan una mayor probabilidad de experimentar una muerte materna, a pesar de que este grupo tiene una menor cantidad de población expuesta al riesgo de experimentar el embarazo, parto y puerperio; dado su menor aporte en el total de nacimientos de acuerdo a la estructura de la fecundidad del país⁶.

El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica, la cual trasciende la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita el acceso libre a la Seguridad Social directa. En este sentido, al analizar las muertes maternas sobresale el hecho de que un 65% aproximadamente no contaba con trabajo remunerado. Esta mayor representación de las mujeres que no participa en el trabajo remunerado parece sugerir que el hecho de no contar con trabajo podría ser un factor que influye en una mayor vulnerabilidad de estas mujeres⁷.

⁴ INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

⁵ INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

⁶ INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

⁷ INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015



Otra variable demográfica que se considera constituye un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal, hecho descrito desde 1995; sin embargo en Costa Rica se observa que las

mujeres no unidas tienen una probabilidad de muerte materna mayor que las unidas, no obstante esta brecha no es tan significativa para nuestro caso; otras variables como alfabetismo, desnutrición, sobrepeso entre otras, son factores coadyuvantes⁸.

Muy probablemente la mejora en esta tasa de mortalidad materna se debe a un mejor control por parte de las autoridades competentes sobre los casos reportados, los cuales son sometidos a un escrutinio interinstitucional. El otro factor incluyente es la accesibilidad de los servicios y la atención por personal calificado para el parto, aunque la equidad sigue siendo un tema país al cual se le debe de adjudicar una mayor importancia en el análisis de mortalidad materna. La Seguridad Social en el país tiene una amplia cobertura nacional, con altos porcentajes de partos con atención hospitalaria pública, a esto se suma lo que se atiende en el sector privado, sumando un 99.1% de parto institucional. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil al primer semestre del 2016 para el nivel nacional es de 8,02 donde predominan las afecciones relacionadas con el período perinatal⁹.

La mortalidad materna persiste siendo un reto, el país no ha logrado que la misma presente una tendencia decreciente sostenida y al interior del país el comportamiento no es homogéneo. Es importante considerar que el país para el año 2015 ocupa el lugar 62 del ranking de 180 países para los que Naciones Unidas estima este indicador. Dentro de la región latinoamericana Costa Rica es superada únicamente por Uruguay y Chile.

De acuerdo con el diagnóstico elaborado por la Comisión para el Análisis de la Atención Calificada del Parto 2015-2016, se estableció el estado de la situación de las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se señalaron puntos críticos de intervención a nivel de redes, infraestructura, recursos humanos, gestión clínica, gestión administrativa, sistema de información (necesidades, retos y desafíos); y acerca de la participación social.

⁸ INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015

⁹ INEC - Costa Rica Mortalidad Infantil y Evolución Reciente, 2016



Se establecieron las siguientes recomendaciones:

3.1 Recomendaciones acerca de las gestiones clínica y administrativa

- a) A las Direcciones Regionales a las Direcciones de Hospitales Médicas y de Enfermería la presentación de un Plan de mejora desde una perspectiva de trabajo en equipo multidisciplinario, con enfoque social equitativo y con pertinencia cultural.
- b) Desarrollar un módulo educativo que comprenda los estándares e indicadores de calidez, calidad, de habilitación de valores (axiológico), derechos humanos, determinantes sociales de la salud, usando la metodología de una supervisión capacitante para la transformación, que se lleve a cabo en cada hospital y sus áreas de salud bajo la modalidad educativa, participativa, de aprender haciendo.
- c) Priorizar y apoyar de la puesta en práctica de las propuestas de atención del parto calificado , humanizado y con pertinencia cultural, que han presentado maternidades de hospitales nacionales, regionales y periféricos que persiguen el fomento de la confianza el respeto y el reconocimiento de la población usuaria.
- d) Promover los procesos de supervisión desde: la decisión (señalando los propósitos, los objetivos y las políticas), la planeación, la organización, la programación, la ejecución, la información, la vigilancia y la evaluación.

3.2 Recomendaciones respecto a la infraestructura, la tecnología y el equipamiento

- a) Establecer los lineamientos para que cada maternidad cumpla los requisitos de una maternidad con cuidados obstétricos esenciales



y neonatales(COENS): instrumentos de evaluación tal como el partograma, aplicación de las recomendaciones para un parto seguro y sin riesgo, mantener la hidratación de la usuaria en el trabajo de parto, contar con cortinas grado médico que faciliten la intimidad y acompañamiento de la usuaria en toda la labor de parto y parto, camillas que faciliten la adopción de libre posición en la labor de parto y parto, sillas para que pueda sentarse la persona acompañante, eliminación de exceso de ropa verde (pierneras), en sitios calurosos, la oportunidad de aire acondicionado regulado, esferas, sillas de parto y duchas con agua caliente, acceso a la guía del manejo activo del tercer período del parto, adaptaciones para la atención a la mujer (discapacidad, culturalidad, diversidad entre otras).

- b) Establecer un plan de readecuación de la infraestructura física y equipamiento de los servicios de maternidades de acuerdo con el modelo de Atención Humanizada del Parto con pertinencia cultural a nivel nacional.
- c) Para instalaciones nuevas diseñar un Modelo de Maternidad con infraestructura física, tecnología y equipamiento que responda a los criterios de atención calificada del parto humanizado y con pertinencia cultural.

3.3 Recomendaciones acerca de los recursos humanos

- a) Las Direcciones Generales, Direcciones de Enfermería, Direcciones Administrativas y Jefaturas de los Servicios se actualizarán en la metodología de recursos humanos, que comprenda: la composición, la categorización, la dotación y la distribución del recurso humano para una solicitud del mismo en forma racionalizada y que responda a las necesidades de la población (corto plazo).
- b) En los Servicios de Emergencias incorporar en los tres turnos personal de enfermería obstétrica, que facilite una atención individualizada, diferenciada, acorde con las necesidades de las usuarias y la normativa existente.
- c) Establecer convenios para mejorar la formación y la capacitación del recurso humano con universidades, colegios profesionales, e instituciones involucradas y los mecanismos que brinden la



oportunidad de actualización que permitan el mejoramiento del juicio clínico, el trato humanista y el pensamiento crítico de los profesionales.

- d) Estimular la innovación, la creatividad, la empatía y el clima organizacional, mediante incentivos, con base en resultados de la evaluación del desempeño y de la opinión de la usuaria y acompañante respecto a la atención recibida de parte de los miembros del equipo de salud.
- e) Coordinar con la Dirección de comunicación organizacional, la estrategia de sensibilización y capacitación, dirigidas al personal de salud y usuarias, para el fortalecimiento de la comunicación social asertiva y afectiva.

3.4 Recomendaciones respecto al sistema de información

- a) Implementar un Sistema Único de Información que permita la estandarización, la recolección, y el procesamiento de los datos estadísticos, entre otros de naturaleza cualitativa de tal manera que se facilite el análisis para la toma de decisiones y la investigación de campo tanto de tipo cuantitativa como cualitativa y mixta.
- b) Actualizar e implementar el Sistema Informático Perinatal que comprende la historia perinatal, el carné perinatal y el sistema informático software (corto plazo).

3.5 Recomendaciones para fomentar la participación ciudadana

- a) Coordinar acciones interinstitucionales (INAMU, ONGS, mujeres organizadas, entre otros grupos) para la capacitación del empoderamiento de la mujer, la familia y la comunidad gestante.
- b) Organizar en los establecimientos de salud equipos interdisciplinarios de acompañamiento para el desarrollo de grupos focales que participen en el desarrollo de un modelo de atención para el embarazo, el parto, el posparto y la primera infancia con participación social y perspectiva de género.



Entre las alternativas de mejora para el desarrollo de una Atención Obstétrica Calificada realizadas por la Institución, podemos mencionar

- Curso de **atención integral a la mujer gestante y niño(a) menor de un año**: contempla tópicos esenciales de conocimientos básicos del embarazo, de la niñez, médicos y de enfermería para el personal de salud I nivel de atención.
- Elaboración del **manual de educación perinatal para mujeres gestantes y su familia**. contempla tópicos de interés de la atención y preocupaciones de la mujer durante el embarazo, sentimientos, dudas y procesos psicoafectivos, para funcionarias(os) de los tres niveles de atención.
- Capacitaciones en **«Educación perinatal, dignificación y trato humanizado a la mujer gestante»**: Incluye temáticas de movimiento humano, adicciones, derechos y deberes de las usuarias, maternidad y paternidad responsables, entre otros. Participa INAMU.
- Proyecto de trabajo dirigido a: diseño curso virtual con temáticas; salud sexual, salud reproductiva, mujer y discapacidad; coordinación con INAMU y Coordinación de Accesibilidad sin exclusión la elaboración de un módulo básico de sensibilización y capacitación en discapacidad, desde una perspectiva de género.
- Comisión de alto nivel para la atención calificada en las maternidades. análisis la situación de las 25 maternidades del país, CCSS: incluyendo revisión de la infraestructura, recursos humanos, indicadores de salud y gestión, innovaciones, necesidades, retos y desafíos. Todo ello aplicando un enfoque humanista e integral, concebido desde una atención con personal calificado y con entorno habilitante, fundamentado en el marco conceptual de la maternidad segura y sin riesgo:



Intervenciones esenciales del sector salud para la Maternidad Segura y sin riesgo



Fuente: Adaptado de Yuster EA. Int J Gynaecol Obstet (suppl 2): S59-61, por la Comisión para el Análisis de la Atención Calificada del Parto

- Creación, validación, socialización del instrumento de lista de verificación para la atención calificada de la labor de parto del parto y el posparto inmediato, aplicar una vez validado oficialmente por la institución, en proceso de incorporación como parte del expediente de salud.

La Gerencia Médica instruye entonces a una Comisión para la Atención Calificada del Embarazo, Parto y Posparto para la elaboración de este documento estratégico que modificará la atención brindada en las maternidades públicas del país.

Se procedió a la revisión bibliográfica de documentos de referencia internacional y nacional, tanto en español como en inglés, estos últimos traducidos por los miembros de la Comisión. Se revisaron las



experiencias exitosas desarrolladas en algunas maternidades del país, posterior a lo cual basados en el diagnóstico situacional se elaboró un plan de trabajo para la construcción de este documento, el cual contempló las actividades críticas a desarrollar y la distribución de tareas. Este plan de trabajo fue modificado en el transcurso de la construcción del documento. El documento final se sometió a socialización y lluvia de ideas por parte de grupos focales, actividad que fue llevada a cabo en conjunto con el INAMU y el área de Normalización de Atención a las Personas de la institución lo cual se llevó a cabo el día 8 de julio del presente año para posteriormente incorporar dichas observaciones al mismo. Por último el documento fue enviado a la Jefatura correspondiente para su aprobación final.

4. Justificación.

Se ha desarrollado en nuestro país un movimiento creciente que nos invita a adoptar nuevos paradigmas y a tener otra mirada acerca de la atención del embarazo, el parto y el nacimiento. Todo esto como parte del Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso sociobiológico, integrado, dinámico y contradictorio. El ser humano es un ser social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una mutua transformación. De lo anterior se desprende que la biología de las personas está permanentemente determinada por procesos que surgen en las diferentes dimensiones de la reproducción social, entendida como la forma de organizarse de la vida social, tanto en el conjunto global como en su grupo particular¹⁰.

En cuanto a la relación entre género y salud, podemos decir que mientras las diferencias por sexo son biológicas e inmutables, las de género son diversas y transformables de acuerdo con el desarrollo específico de cada sociedad. En este contexto, el enfoque de género busca explorar cómo y por qué la vivencia de las relaciones poco

¹⁰Breilh, Jaime. Nuevos conceptos y técnica de investigación. Quito CEAS, 1994



equitativas de género, impacta en los perfiles epidemiológicos de hombres y mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital¹¹.

Introducir la perspectiva de igualdad de género en la prestación de servicios de salud, supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud, así como los riesgos de enfermar o morir de mujeres y hombres que trascienden las causas biológicas y que se deben a factores construidos socialmente. Implica la búsqueda de la equidad en salud, entendiendo como tal, que todas las personas tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud como medio para contribuir a la igualdad de género¹².

El eje de las medidas necesarias para fortalecer la prestación de los servicios de salud son las personas, como centro de la atención; bajo este enfoque se procura acercar los servicios a la población y fomentar prácticas sanas que generen el autocuidado, la responsabilidad la participación de la comunidad en el desarrollo del proceso de la salud. Por ello las personas informadas de sus derechos deben ser tratadas con dignidad, se les deben de informar sus opciones terapéuticas y se les debe otorgar la oportunidad de decidir respecto a su salud. El enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención concentrando el interés del prestador de servicios de salud en las personas más que en la enfermedad. Con este enfoque se entrelazan los aspectos familiares y comunitarios que determinan e influyen sobre la salud, por ello incluye individuos, familias y comunidades como sujetos de atención, ya que las familias se encuentran en constante interacción con el contexto comunitario, que es donde las personas nacen, crecen, se educan, trabajan y envejecen¹³.

Es necesario reconocer que no existe democracia ni desarrollo humano sostenible, si no se respetan los derechos humanos universales, incluyendo los derechos particulares, los económicos, los sociales, los derechos sexuales y derechos reproductivos. Es así que se necesita una atención integrada en salud, la cual se define como el conjunto de actividades que realiza el equipo de salud o uno de sus miembros para tener una lectura global que determine la situación de salud de un

¹¹Cordero Velázquez, Tatiana, ed. De otros partos y nacimientos: historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. Quito, Ecuador: OPS, CEPAM, 1996

¹² Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.

¹³ Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.



individuo, grupo o comunidad, facilitando la toma de decisiones conjuntas. La participación de la familia y la comunidad implica el fortalecimiento de su autodeterminación, a través de experiencias que le permitan plantear su propia propuesta de desarrollo de la salud, discutir y concertar las necesidades en salud de la población y el mejoramiento de los servicios en éste ámbito¹⁴.

El movimiento de atención calificada del embarazo, el parto y el nacimiento con el componente de humanización, se inscribe en el marco de los derechos humanos (reproductivos) de las mujeres y en la reivindicación y legitimación de los mismos. Ningún procedimiento debería existir simplemente por intereses del desempeño del personal hospitalario, existen antecedentes de que algunas prácticas han demostrado que facilitan el trabajo pero que no son las más fisiológicas o apropiadas para la atención del parto, por ejemplo la tan utilizada posición de litotomía doral, entre otras. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de las usuarias, y las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer. Las mujeres deben ser las protagonistas en los procesos del parto y el nacimiento.

Las usuarias de nuestros servicios califican la atención de acuerdo con la resolución de su problema de salud, referente a la comprensión y al trato que han recibido. Cuando se realiza la atención desde una perspectiva biopsicosocial y de género, se contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las personas que consultan¹⁵. Calidad de atención en salud es producto de múltiples interrelaciones entre equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad de atención y humanización de los servicios¹⁶. Calidad de atención en salud es la que se inscribe en el concepto de salud integral, que resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de quien la demanda, potenciando la percepción y el ejercicio de su dignidad y derechos¹⁷.

¹⁴ Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.

¹⁵ Matamala, María Isabel y otros. “Calidad de la atención en Salud Reproductiva desde un enfoque de género Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud de occidente de la región metropolitana”. En: “Memorias Taller sobre la calidad de servicios en salud sexual con enfoque de género”, San Salvador, El Salvador, mayo 23-26, 1995 p.1

¹⁶ Op.cit, López, 1999

¹⁷ Matamala, OpCit, 1995.



Esto último supone tener en cuenta la concepción de salud integral desde una visión multidimensional que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales; las personas y familias atendidas en este marco se sentirán fortalecidas en el reconocimiento de su dignidad humana y se favorecerá su autodeterminación, su autonomía.

La significación entonces es el resultado de la interacción entre la entidad de salud y las mujeres usuarias que se traduce efectivamente en el fortalecimiento de la individualización, la autovaloración y autoestima de éstas, lo que a su vez, potencia el empoderamiento e impacta recíprocamente a la institución y a sus funcionarios, significándolos también¹⁸.

El enfoque de pertinencia cultural e intercultural contemplado en este modelo y ratificado en el concepto de Maternidades Seguras y sin riesgos permite superar la funcionalidad biomédica de las maternidades e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad en salud. Se trata de un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos, que busca el desarrollo de nuevos espacios de intercambio y de generación de cultura al interior de las maternidades.

El término interculturalidad construye una convivencia de respeto, comprensión, intercambio y diálogo. Busca articular las diferencias no eliminarlas y aspira a fomentar la unidad en la diversidad. En salud, es una práctica democratizadora que implica la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, que es también social y relacional¹⁹.

Mediante el diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como la incorporación de las mismas dentro de los servicios de salud. Todo lo anterior con el propósito de eliminar las barreras, mejorar el acceso y oportunidad, evitar el rechazo y falta de adhesión en la atención médica mediante el respeto a la diversidad²⁰.

¹⁸ Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. “Una propuesta para su construcción”, Costa Rica. Julio, 2001

¹⁹ Unicef (II Edición). *Maternidad Segura y Centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural - Conceptualización e implementación del modelo. Costa Rica*

²⁰ Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.



La adopción de un enfoque intercultural requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos, incluyendo a las madres en esos procesos. La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la Institución, de tal forma que sea amigable a sus usuarias sin importar el origen étnico, nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y su familia²¹.

La incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicio de salud contribuye a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud. Un servicio de salud amigable significa que se comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las madres y las familias indígenas y no indígenas, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Los pueblos indígenas moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de comprender el mundo.

La cultura es aquel conocimiento constitutivo de un pueblo o sociedad que se manifiesta en la forma en que sus miembros viven, producen y comprenden las relaciones entre sí con el entorno, el ambiente y la naturaleza. Incluye los bienes materiales, simbólicos, normativos, espirituales y artísticos. La cultura se reproduce y transmite a lo largo del tiempo, se transforma y comparte entre los miembros de una sociedad o grupo en tanto se construye familiar y colectivamente²².

La cosmovisión por su parte, es la manera que tienen las culturas o pueblos de interpretar el mundo y sus relaciones, incluyendo los vínculos que establecen las personas para cuidar o restablecer su salud. Para los pueblos indígenas la salud es el resultado de un equilibrio de fuerzas naturales espirituales, individuales y comunitarias. Así han creado categorías, modelos y prácticas muy particulares que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica, el ámbito geográfico y la naturaleza en la que se asienta cada pueblo. Por eso no necesariamente hay respuestas idénticas ni válidas para todas las culturas²³.

²¹Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Segunda Edición. Junio 2012

²²Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Segunda Edición. Junio 2012

²³Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Segunda Edición. Junio 2012



La reforma del Estado ha llevado a definir áreas fundamentales que requieren transformarse, dentro de éstas, la reforma del sector Salud en Costa Rica faculta a las diferentes instituciones de salud, a buscar estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención de modo que se satisfagan las necesidades de la población adscrita a cada Unidad de Salud. Se trata de mejorar la prestación del servicio, donde el proveedor se compromete a conducir su gestión local para el mejoramiento continuo de la atención a las usuarias y de la comunidad. Todo esto acorde con los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas en donde el objetivo cinco está centrado en el mejoramiento de la salud materna, en dicho objetivo a pesar de un progreso significativo es parte de una agenda inconclusa para que todas las mujeres reciban servicios de salud sexual y reproductiva integrales²⁴.

Esta estrategia de salud integral busca fortalecer el trabajo desde la participación social y permite a los líderes comunitarios la auto gestión de recursos para beneficio de sus comunidades y por ende de la salud. Reconoce la necesidad de la participación de diversos grupos sociales en la construcción de acciones que influyen sobre los determinantes de la salud.

Todos estos cambios pretenden una nueva visión de la salud dirigida hacia la producción social y centrada en las personas. Esto conduce a una lectura crítica de las personas, a partir de sus condiciones de vida, de sus necesidades, intereses (prácticos y estratégicos) y de su ubicación en un contexto social.

Este modelo de atención calificada del embarazo, parto y posparto centrado en las personas implica ajustes y cambios importantes a la tradicional manera de trabajo, donde el recurso humano está acostumbrado a sistemas rutinarios y con pocos espacios para la innovación y la creatividad, esto tiene que ser reencontrado y revalorizado. El desarrollo del recurso humano es uno de los ejes fundamentales de transformación en la atención de la salud junto con la planificación participativa con los diferentes actores sociales y manejo estratégico de este recurso humano.

²⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Naciones Unidas Nueva York 2015



Fuente: Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. "Una propuesta para su construcción", Costa Rica. Julio, 2001



5. Identificación del problema

Acorde con el diagnóstico situacional de la Comisión para el Análisis de la Atención Calificada del Parto 2015-2016, en cuanto al rubro de gestión clínica, se demostró que:

- El entorno habilitante para la atención calificada del parto, evidencia la ejecución de prácticas invasivas rutinarias durante la atención del parto
- Existencia de disparidad en la aplicación de protocolos o guías clínicas, ya sea porque adolecen o por desconocimiento del equipo de trabajo.
- Los indicadores de salud están incompletos por lo que no permiten evidenciar la situación respecto a la salud de las mujeres.
- Poca evidencia y sistematización de la clasificación del riesgo intraparto y posparto.
- La existencia de criterios que se aplican en la atención a la mujer en el control prenatal, parto y puerperio que no están acordes con las recomendaciones emitidas por la OMS y las establecidas en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto de la Caja Costarricense de Seguro Social del 2008.

Esta operativización de la Guía antes mencionada permitirá la creación de este entorno habilitante que permita un proceso integral de atención calificada del parto, donde se tengan en consideración las necesidades educativas, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no sólo un cuidado con enfoque patocéntrico. Una atención centrada en las familias, con perspectiva de género y pertinencia cultural. Con esto se logrará:

- ❖ La implementación de la Iniciativa para el mejoramiento de la Calidad de la atención basada en una metodología de estándares de calidad materna-neonatal con pertinencia cultural, que va a permitir que el equipo de salud con conocimientos habilidades y destrezas pertinentes puedan gerenciar con visión estratégica y de alta administración.
- ❖ La incorporación de un enfoque social de equidad, de pertinencia cultural inclusivo y con metodologías de mejoramiento continuo de la calidad.
- ❖ El desarrollo de buenas prácticas seguras, que produzcan resultados evidentes de éxito y provoquen un aumento de la



confianza de la usuaria familia y comunidad hacia los servicios de salud relacionados con los componentes de la salud reproductiva (embarazo, parto, posparto y neonato) y de la consolidación efectiva eficaz de las Redes.

- ❖ La adecuación de la educación continua con modelos educativos innovadores.
- ❖ La adecuación de las plantas físicas para trascender de una visión parto quirúrgico a una atención calificada del parto natural con pertinencia cultural.
- ❖ La actualización y desarrollo del equipo de salud en los tres niveles de atención para una atención respetuosa y digna de la usuaria y su familia con un enfoque de parto calificado.
- ❖ La promoción de procesos de supervisión desde: la decisión de señalar los propósitos, objetivos y políticas; así como la planeación, la organización, la programación, la ejecución, la información, la vigilancia y la evaluación.
- ❖ La priorización y el apoyo de la puesta en práctica de propuestas de atención del parto calificado con pertinencia cultural, humanizado que han presentado maternidades de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos que fomenten la confianza el respeto y el reconocimiento de la población usuaria.
- ❖ Los equipos de salud trascenderán a un trabajo en equipo transdisciplinario, con la promoción del proceso comunicación social, efectivo, eficaz, pertinente y respetuoso.

6. Objetivos del proyecto

6.1 Objetivo general

Desarrollar un modelo de prestación de la atención obstétrica calificada en las maternidades públicas del país, basado en la evidencia científica y en los estándares nacionales e internacionales; centrada en el protagonismo de las mujeres y en su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención segura y sin riesgo.



6.2 Objetivos específicos

- ✓ Implementar en las maternidades del país un entorno habilitante para la mujer y la familia gestante que facilite el proceso de construcción de la salud y permita estrechar los lazos de empatía con respecto al sistema de salud basado en la equidad.
- ✓ Definir estrategias que favorezcan la atención de la mujer gestante y el desarrollo de buenas prácticas durante el embarazo, parto, nacimiento y puerperio, desde un enfoque de género y derechos humanos.
- ✓ Establecer la operativización innovadora y creativa de la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social. 2008 y sus actualizaciones.
- ✓ Promover el desarrollo de la atención obstétrica basada en la calidad y calidez a la mujer y familia gestante que mejore la satisfacción de las usuarias y del equipo de salud que participe en la misma.
- ✓ Fomentar la participación social como estrategia hacia el empoderamiento de las mujeres y demás actores sociales comunitarios e intersectoriales en la identificación de problemas y necesidades, así como su participación activa en la toma de decisiones de la atención obstétrica calificada.

7. Resultados esperados

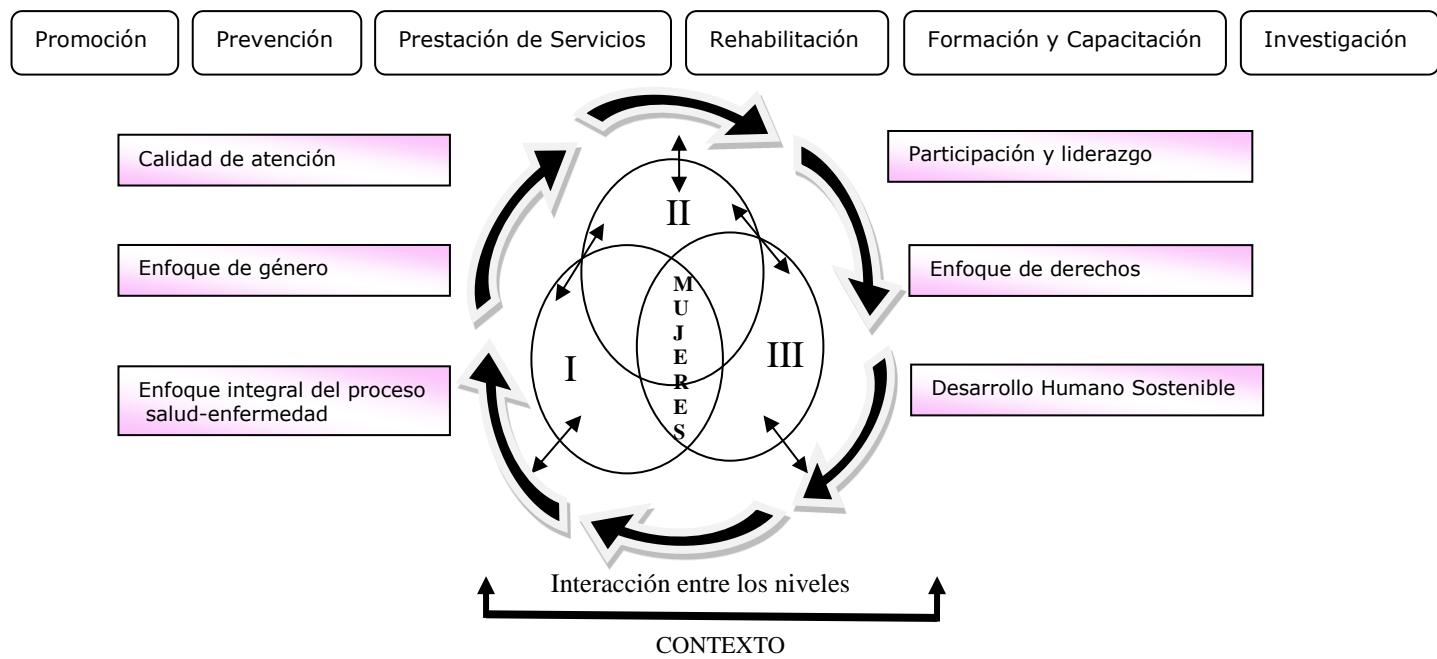
El fortalecimiento de la cobertura universal en salud de la población obstétrica mediante servicios de salud integral, equitativa, oportuna y de calidad; de manera que se aumente la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud.

Establecimientos de salud operando con un modelo de gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en

deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad²⁵.

Este modelo penetrará las acciones desplegadas en los tres niveles de atención, de la salud partiendo del conocimiento de la realidad local e institucional donde se desenvuelve cada establecimiento de salud, sin separar el análisis de la totalidad del contexto social donde se encuentran inmersas las mujeres y sus familias. Esto incluye un plan de capacitación y sensibilización con fortalecimiento del papel de liderazgo comunitario dentro del sector salud en el nivel local; proyectando la perspectiva de género y de pertinencia cultural en las acciones de promoción, prevención, prestación de servicios, rehabilitación, investigación, capacitación y formación en todos los niveles de atención.

AMBITOS DE INFLUENCIA DEL MODELO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. “Una propuesta para su construcción”, Costa Rica. Julio, 2001

²⁵Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2015-2018



8. Vinculación con políticas, planes y estrategias de desarrollo – fundamentación del lineamiento

- El Plan Estratégico Institucional 2015-2018 señala que los temas prioritarios que conforman la agenda de fortalecimiento, deberán ser transformados por la administración en programas o proyectos específicos y posteriormente, serán gestionados en el portafolio de proyectos institucional, de tal forma que se garantice su planificación, implementación, seguimiento y control, así como la respectiva asignación de recursos²⁶.
- En cuanto a la prestación y gestión de servicios de salud en red, acorde con las necesidades de las personas usuarias y de la institución, se plantea un modelo de prestación de servicios de salud y de organización en red, centrados en la persona, la familia y la comunidad y en función de facilitar el acceso, la oportunidad y la atención efectiva de las usuarias. Así mismo este modelo de gestión debe tener criterios de calidad y eficiencia basados en la evidencia y de las acciones costo-efectivas²⁷.
- En este mismo orden de ideas, el Plan Estratégico Nacional para una maternidad e infancia saludable y segura 2006-2015, señala la Política nacional de salud, y establece el Área de intervención de salud sexual y reproductiva, con la siguiente política: Promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva de la población femenina y masculina durante todo el ciclo de vida. Para su aplicación señala las siguientes estrategias:
 - i. Implementar acciones para la reducción de los factores y comportamientos de riesgo estimulando factores protectores y la atención de grupos con necesidades especiales.
 - ii. Disminuir la morbi-mortalidad materno, perinatal e infantil.
 - iii. Desarrollar acciones para la prevención del embarazo no deseado con énfasis de las mujeres adolescentes.
 - iv. Desarrollar procesos de información, sensibilización y orientación sobre métodos anticonceptivos, servicios de atención integral en salud sexual y salud reproductiva, así como maternidad y paternidad responsables.

²⁶Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2015-2018 (pág. 60)

²⁷Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2015-2018 (pág. 61)



- v. Promover la participación activa de los (as) habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- vi. Fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud para la atención integral de la salud sexual y salud reproductiva durante todo el ciclo de vida de las personas.
- vii. Desarrollar procesos de educación para una sexualidad y afectividad de niñas, niños y adolescentes tanto dentro como fuera del sistema educativo (Ministerio de salud, 2015, p. 100-102).

A esto aunamos todo el Marco legal de la atención de salud reproductiva a la mujer, niñez y familia.

- i. Código de niñez y adolescencia. Ley 7739.
- ii. Objetivos del Milenio: Costa Rica cumplió al 2015 con los objetivos relacionados la prevención de la mortalidad materna infantil.
- iii. Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. 2009 – 2021.
- iv. Salud sexual y reproductiva: servicios de atención integral accesibles, programas y proyectos para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades infectocontagiosas, las situaciones de explotación sexual comercial, la trata, la violencia de género, la discriminación por causa de su orientación sexual y cualquier forma de violencia sexual en el ámbito familiar, social, institucional y en los medios de comunicación de cualquier tipo.
- v. Atención prenatal, perinatal y posnatal.
- vi. Política pública de Lactancia Materna. Costa Rica. 2009.
- vii. Decreto 17461-S "Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico Legal".
- viii. Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.
- ix. Decreto N° 39009-S, en el que se establece el "Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil".
- x. Comisiones Hospitalarias de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil (CHEAMMI).
- xi. Norma de control prenatal.
- xii. Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período perinatal, parto y posparto. C.C.S.S. 2008.
- xiii. Guía atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso.
- xiv. Legislación en la madre embarazada y lactante.



- xv. Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva.
- xvi. Código penal.
- xvii. Ley general de salud.
- xviii. Constitución política de la república de Costa Rica
- xix. Política Nacional de salud
- xx. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Diciembre 2016
- xxi. Tamizaje Neonatal Masivo (*) Decreto ejecutivo No. 19504 Marzo, 1990.
- xxii. Ley de Fomento de Lactancia Materna. Ley No. 7430 Octubre, 1994.
- xxiii. Comisión Nacional de Inmunizaciones Decreto Ejecutivo No. 24046 Marzo, 1995.
- xxiv. Ley General de Protección a la Madre Adolescente y sus reformas, Ley No. 7735. Enero, 1998.
- xxv. Decreto Programa Nacional de Tamizaje y Alto Riesgo, Decreto Ejecutivo No. 23931. Mayo, 1998.
- xxvi. Ley de Paternidad Responsable. Ley No. 8101 Abril, 2001.
- xxvii. Ley Nacional de Vacunación. Ley No. 8111 Agosto, 2001.
- xxviii. Norma oficial de Atención Integral a las Mujeres Embarazadas de Bajo Riesgo Obstétrico, Decreto Ejecutivo No. 35262 Mayo, 2009.

9. Determinación del área de influencia

Costa Rica un país centroamericano, cuya población ha nacido bajo los principios de la paz, la libertad y fiel cumplidores de los derechos humanos, tiene una extensión territorial: 51.100 km2. Limita al norte con Nicaragua, al sureste con Panamá, al este con el Mar Caribe y al oeste con el Océano Pacífico. Tasa media de crecimiento del 6,9%. Producto Interno Bruto US\$ 5.885,5.

La componen siete provincias, 81 cantones y 470 distritos. Esperanza de vida al nacer: 75-93 años los hombres y 80-78 años las mujeres. Con una población de 5 046 62, hombres 2 561 706 (50.8%), 2 484 922 8 mujeres (49.2%), 63 603 nacimientos.

Este modelo de atención calificada del parto será implementado en las 25 maternidades públicas del país y otros afines.



10. Beneficiarios del modelo de atención humanizada.

Usuarias que solicitan atención en las maternidades públicas del país, sus familias, sus comunidades y proveedores de salud.

11. Descripción del modelo de atención

Para reducir los obstáculos de acceso a la atención de la salud hay que actuar en el sistema de salud y en la comunidad. El mejoramiento del acceso y la calidad de la atención requiere que sea realizada en diferentes contextos y de manera efectiva; los sistemas de salud deben abordar la planificación y la dotación equitativa del personal, la formación del mismo, la combinación de capacidades y la atención competente regulada.

Los factores determinantes de la salud aportan una rica fuente de información sobre la base de un análisis de género, de los recursos humanos en salud y son útiles para resumir las acciones que pueden realizarse para mejorar la atención de la mujer. La desigualdad de género en la prestación de cuidados de la salud es una cuestión compleja y multifactorial, de enormes proporciones.

Se debe actuar con eficiencia y eficacia para reducir los obstáculos que limitan el acceso a la atención de la salud de las mujeres y promover en los servicios el cumplimiento de la Política de Salud para una atención con calidad y calidez, género sensitiva, intercultural e inclusiva.

El cambio en el modelo de atención está dado por la superación de dos situaciones críticas que tienen profundas implicaciones en la atención, gestión y asignación de los recursos en salud²⁸.

1.- El rompimiento del paradigma hegemónico tradicional de atención de la salud se ha caracterizado por tener un enfoque biológico y médico en el cual la persona se convierte en un órgano o enfermedad por atender. Se sobrevalora el acto médico y se descontextualizan las personas y las usuarias asumen una actitud pasiva como receptores de información. Esto produce la fragmentación en el abordaje y comprensión de las mujeres y sus potencialidades.

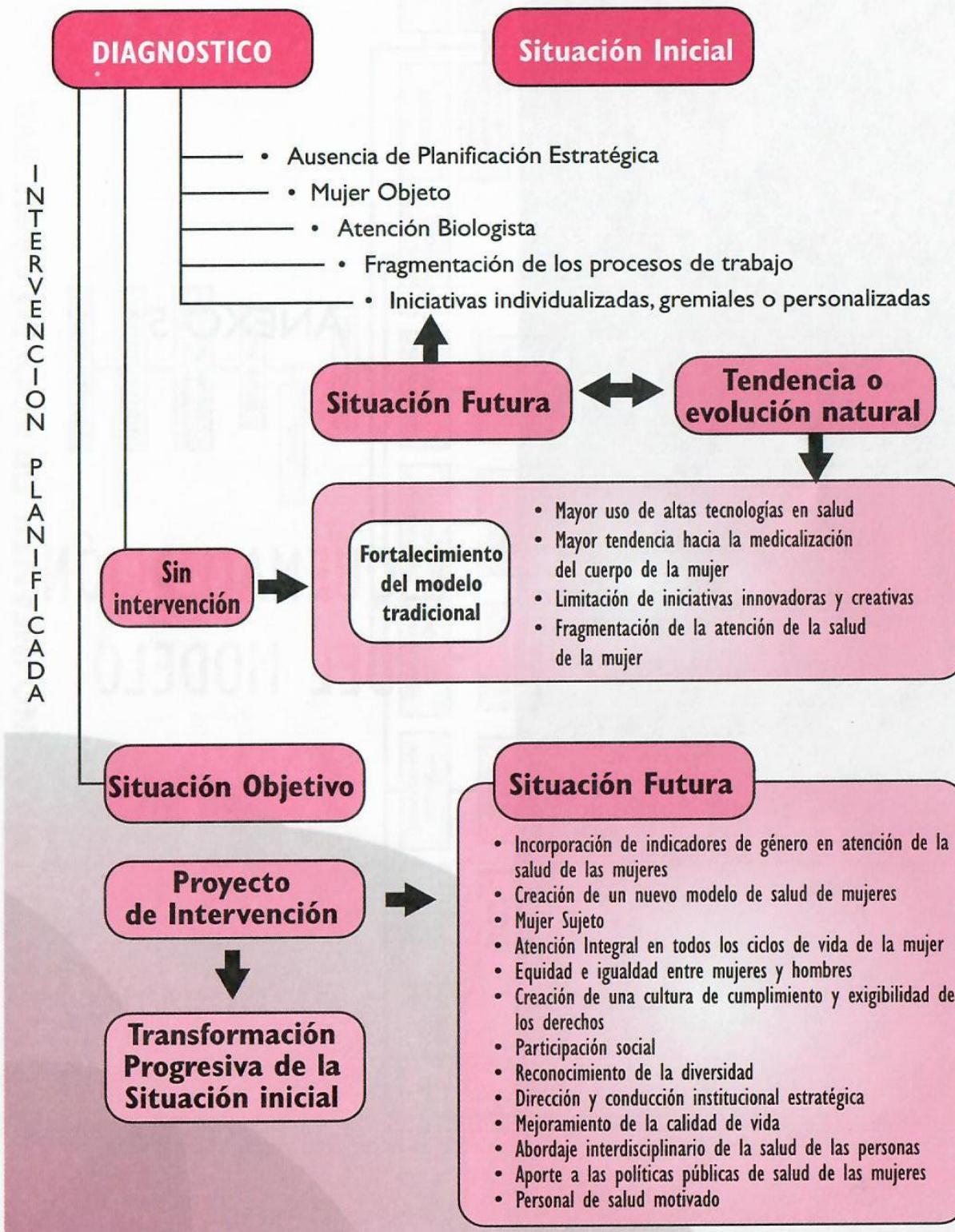
²⁸ Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. “Una propuesta para su construcción”, Costa Rica. Julio, 2001



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

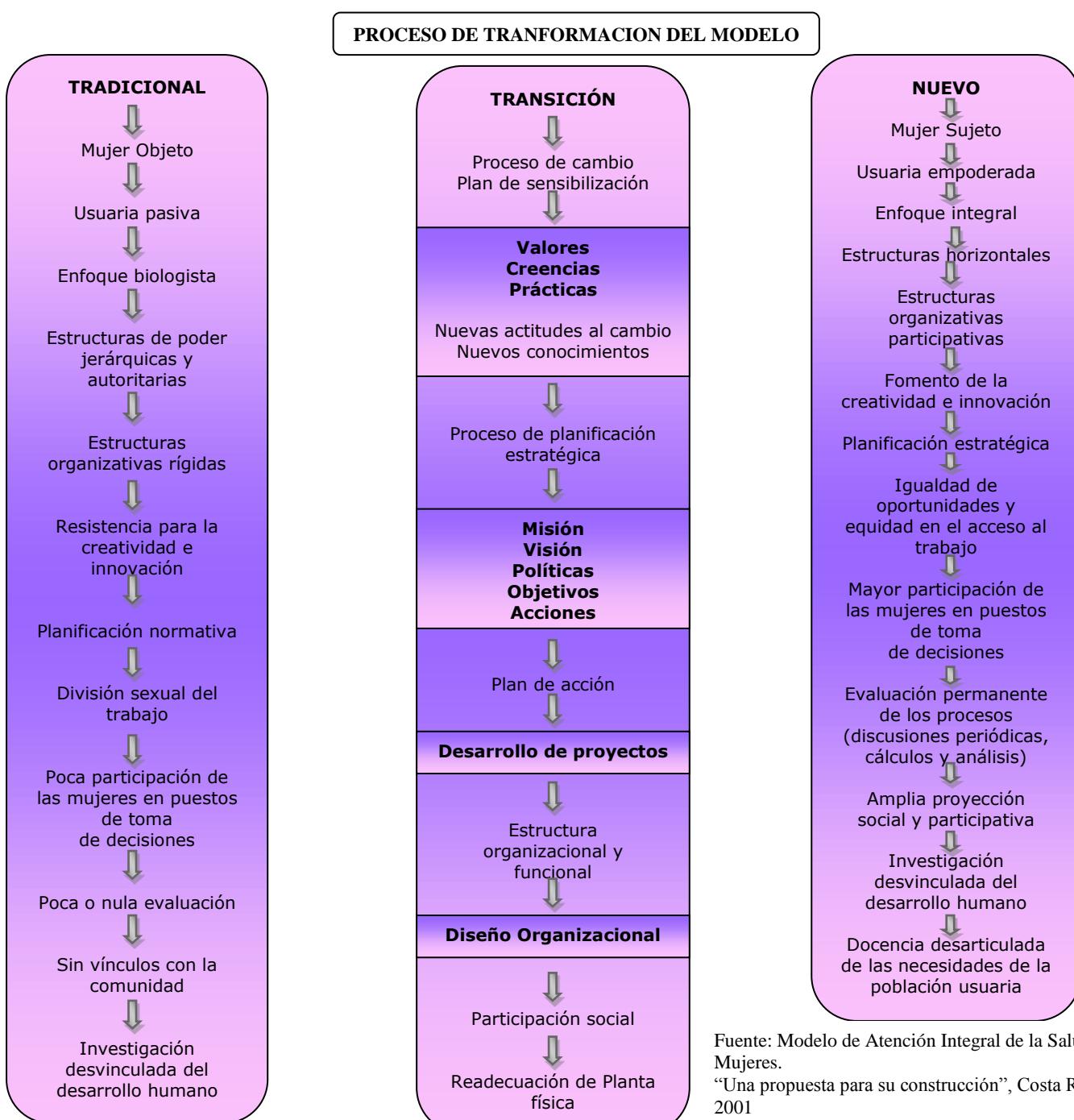
VERSIÓN: 1

ESQUEMATIZACION DEL MODELO DESDE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA



2.- Las instituciones de salud se apoyan en la cultura patriarcal, la institucionalidad se constituye en un espacio donde se reproducen, legitiman y mantienen relaciones sociales marcadas por la desigualdad e inequidad entre los individuos.

Para ello se requieren procesos de transición que implican iniciar un esfuerzo de deconstrucción y construcción sobre lo que por años se ha creído y practicado dentro del sistema de salud y fuera de él. Es un proceso lento en el cual se redimensiona primero lo subjetivo para luego, en forma gradual expresarse en nuevas prácticas, discursos, costumbres, creencias y valores en su cotidianidad.



Fuente: Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.

“Una propuesta para su construcción”, Costa Rica. Julio, 2001



Debe existir entonces una apropiación efectiva de estos procesos. Lo sustentable de este modelo, radica entonces principalmente en la apropiación por parte de los principales actores y actoras de este proceso de cambio: funcionarios y funcionarias de las instituciones del sector salud, mujeres, familias, comunidades y Estado.

Las personas pasan entonces a ser sujetos autónomos y capaces de autodeterminar los aspectos relacionados con su salud y tomar decisiones basadas en la información; incorporando los criterios de diversidad, especificidad, particularidad y heterogeneidad de las mujeres.

En este modelo, el abordaje tiene que ser de trabajo de equipo, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial para una respuesta adecuada. Este trabajo en equipo constituye la base de la atención integral de salud, democratiza los conocimientos, mejora y abre espacios de comunicación, favorece las relaciones horizontales, el crecimiento personal y colectivo, se generan lazos de solidaridad y de apoyo, potencia la capacidad resolutiva de institución y amplia el abordaje de situaciones complejas.

Ubica a las personas en un contexto, detecta necesidades y problemas de salud abordándolos a través de servicios con calidad, calidez y humanizados y se interesa por lo que las usuarias desean conocer, esclarecen dudas y comprende los temores, inquietudes y necesidades de las mismas; respeta los conocimientos, prácticas y creencias en salud que nuestras usuarias poseen.

Genera en los proveedores de salud procesos de concientización con respecto a la condición de género y salud de las mujeres, fomentando un ambiente laboral basado en el respeto de los derechos humanos que busca relaciones igualitarias y equitativas entre hombres y mujeres. Se genera también un ambiente que influye en el bienestar y salud de las familias y comunidades a través de un sistema de redes de apoyo institucional y con la sociedad civil. La participación social es inherente al modelo en todos los momentos de su desarrollo pues permite la comunicación horizontal entre los múltiples actores involucrados.

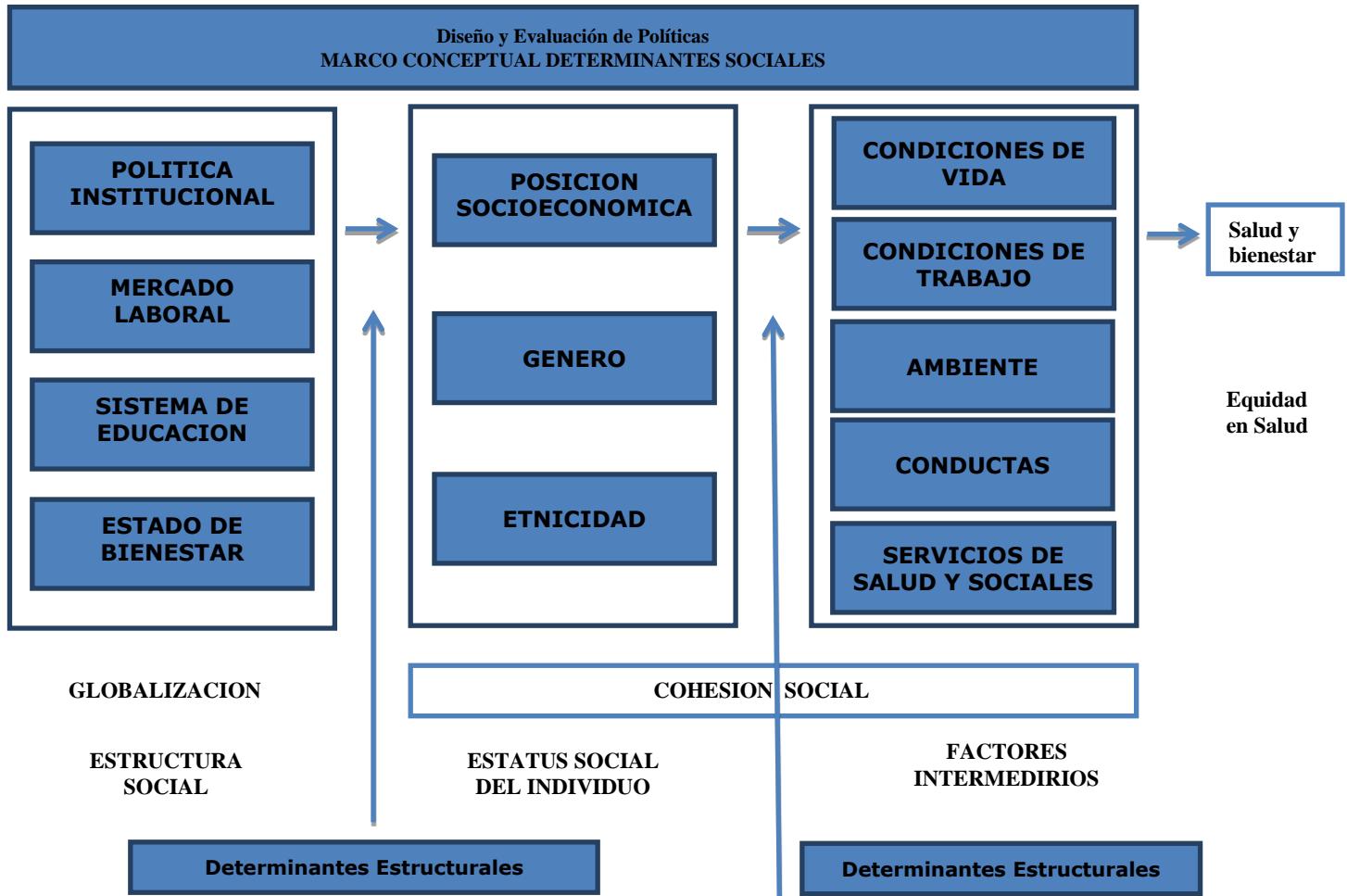
El modelo incluye el fortalecimiento de las capacidades de liderazgo de las mujeres y las organizaciones comunitarias a fin de constituir las en agentes multiplicadoras y que a su vez, conformen una base social amplia que le de sosténimiento.



Por lo tanto, promueve la construcción de un Modelo de Atención transformador de la prestación de servicios con las siguientes condiciones:

11.1 A nivel de sistema de salud

- i. La formación y estructura del entorno de trabajo deben ofrecer un acceso más equitativo al crecimiento y desarrollo profesional, reducir el abuso y la violencia, promover los puestos de liderazgo y toma de decisiones y la calidad de atención.
- ii. Reducir las prácticas insensibles al género de forma que la función de las personas, mujeres u hombres, como líderes y gerentes, garanticen cero tolerancia a las prácticas negativas.
- iii. Abordar la diversidad de problemas que afectan a la salud de las mujeres, en consonancia con la carga de enfermedad y las tendencias locales, lo que mejora la coordinación en red y resuelve la comunicación asertiva.
- iv. Priorizar la atención de las mujeres para abordar sus necesidades de salud a lo largo de su vida y apoyar programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que capaciten a éstas fomentando estilos y modos de vida saludables para reducir riesgos.
- v. Ampliar la red de servicios de salud dentro del contexto de la estrategia nacional y establecer una gama de intervenciones en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- vi. Evitar actitudes críticas e intolerantes que impiden el acceso y la atención a los cuidados de las personas vulnerables.
- vii. Analizar la situación de salud, que debe estar fundamentada en la metodología de determinantes sociales de la salud que oriente al conocimiento y la gestión del cuidado colectivo e individual, basado en el siguiente esquema:



Fuente: Salud contigo, mejor salud.

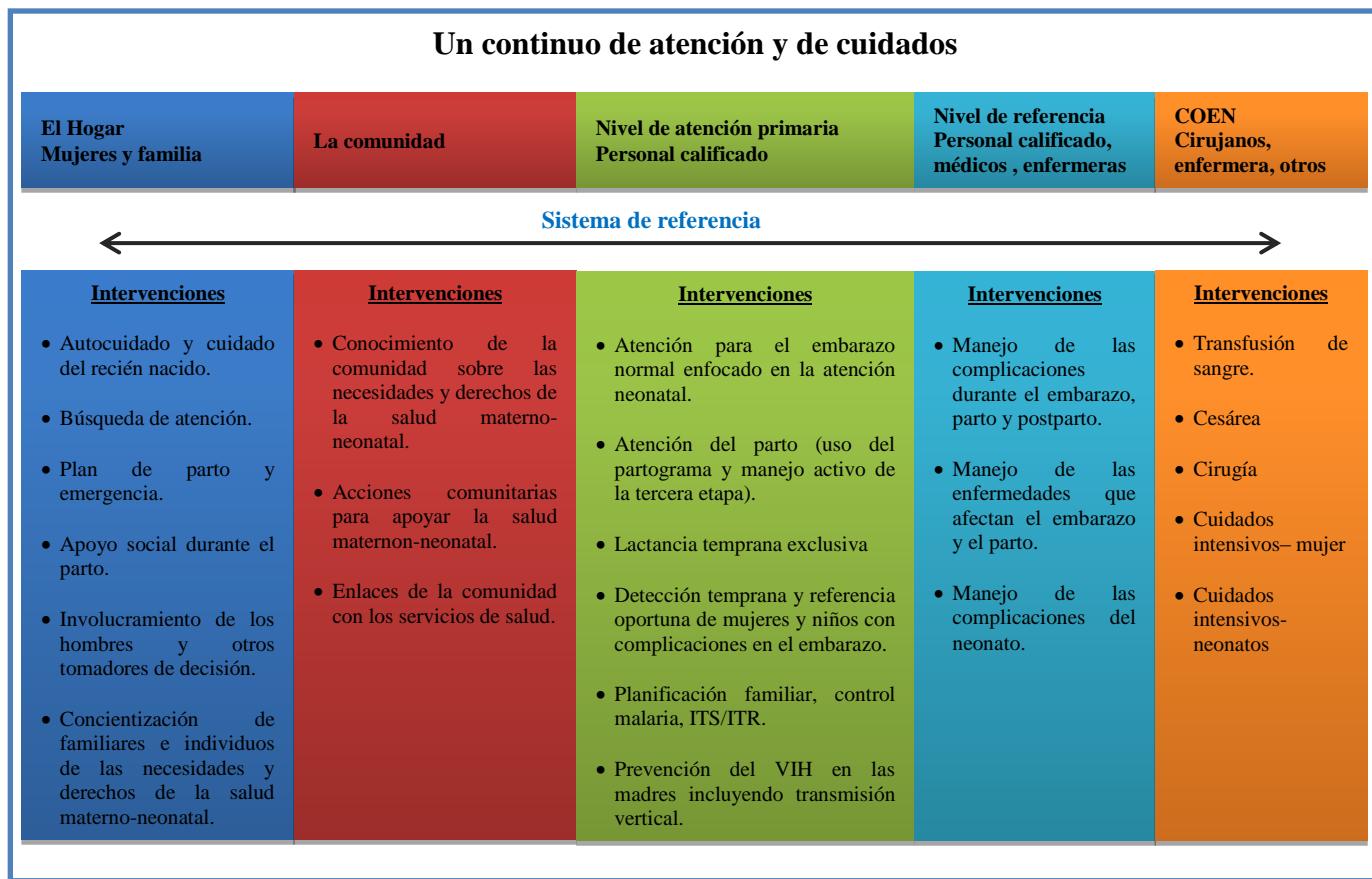
- viii. La atención del parto comprende la visión de Maternidad Segura y sin riesgo y el modelo de Atención Calificada del Parto (personal calificado y entorno habilitante)



Fuente: Presentación ppt. Msc. Griselda Ugalde Salazar – Enfermera Obstetra CCSS



ix. El fundamento para la atención integral de salud está orientado a un enfoque desde el continuo de la atención, como se aprecia en el siguiente esquema para cumplir con los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, que reducen la mortalidad materna, fetal e infantil y a su vez promueve la salud de las mujeres y de la niñez.



Fuente: OMS, 2003

11.2 A nivel de la Comunidad

- Caracterización de la población objeto que permita el análisis participativo de las necesidades, modalidades de intervención y programas a desarrollar.



- Construir con los líderes y grupos de la comunidad la estrategia de incidencia política que favorezca su participación en la toma de decisiones la planificación, ejecución y evaluación del proceso de desarrollo de la atención de la salud.
- La comunidad ahora informada tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. Este aporte enriquece el modelo al incluir características históricas y culturales de la población. En el caso de las familias de pueblos indígenas y países migrantes, la comunidad informada debe participar como parte cooperante de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, atendiendo y respetando sus tradiciones y culturas.

11.3 A nivel de las mujeres

- Legitimar y fortalecer el empoderamiento de las mujeres en la construcción de su autocuidado, participación activa y toma de decisiones consensuada; basada en los derechos sexuales, derechos reproductivos y los principios bioéticos.

12. Definiciones

12.1 Labor de parto (trabajo de parto)

Es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta²⁹. Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer)³⁰.

Decimos que una mujer se encuentra en labor de parto por la presencia de contracciones uterinas de intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el borramiento y dilatación cervical.

²⁹Cunningham G. et al (2015).CAPÍTULO 22: Trabajo de parto normal. Williams. Obstetricia, 24e. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. ISBN: 978-607-15-1277-2.

³⁰Botero, J., Henao, G., Londoño, J. (2015). Capítulo 35 El trabajo de parto normal. Obstetricia y ginecología, 9a Ed. Fondo editorial CIB.



12.2 Parto

Expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto de 500g o más de peso (o de 22 semanas o más de gestación, o de 25 cm de longitud), vivo o muerto. El parto, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, hasta el periodo de salida del bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino³¹.

El parto humanizado, se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas. Reconoce en padres e hijos a los verdaderos protagonistas; reconoce y respeta las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia; respetando la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento favoreciendo la libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto. El parto humanizado es por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.

12.3 Entorno habilitante

Ambiente, clima o contexto que ofrece reconocimiento, libre ejercicio, protección, respaldo y eficacia a la sociedad civil en el desarrollo de sus capacidades, iniciativas y labores cívicas, de acuerdo con el comportamiento de sociedades abiertas y democráticas, en las que existe una institucionalidad estatal cuya organización y actuación obedece a los principios y normas de un estado de derecho, un sistema político democrático que garantiza las libertades y la igualdad de derechos, una serie de mecanismos mediante los cuales se dedican esfuerzos sostenidos a la realización efectiva de todos los derechos humanos y la práctica de consensos sociales, políticos y culturales, basados en la confianza, la construcción de la paz y un diálogo permanente que acepta las críticas y el disenso³².

³¹Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.

³²CIVILIS Derechos Humanos. (2013). Entorno habilitante. Quirón Redes Humanas C.A. Disponible en: <http://derechosoc.civilisac.org/>

	GERENCIA MEDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COMISION DE ALTO NIVEL PARA LA ATENCION CALIFICADA DEL PARTO	Página 41 de 100 Fecha de emisión: 16/08/2017
	MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	VERSIÓN: 1

En relación con el parto, implica propiciar un entorno o condiciones que favorezcan las decisiones libres, responsables e informadas sobre el cómo desea vivir la experiencia del parto.

12.4 Participación Social

Es la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades. En este sentido, la participación social se concibe como un legítimo derecho de los ciudadanos más que como una concesión de las instituciones. La sociedad civil plantea, demanda, denuncia, reclama, exige, cuestiona, propone soluciones y participa en su ejecución para resolver problemas y necesidades de tipo económico y social. Puede ser individual o colectiva e incidir en ámbitos sociales o comunitarios. Presupone aumentar la motivación, la capacidad y la posibilidad de que los individuos colectivamente, intervengan en los asuntos sociales³³.

12.5 Familia gestante

Institución receptora y constructora de los servicios de salud considerando las relaciones con otros individuos y con el medio ambiente, se toma en cuenta la conciencia y capacidad para percibir el mundo que lo rodea, sus derechos de expresar sentimientos, favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades individuales, considerando su modo, condiciones y estilos de vida. La familia gestante es aquella no sólo constituida por la familia consanguínea, incluyen también parientes, amigos, vecinos y comunidad, las cuales mantienen un lazo afectivo común. Es un grupo de individuos que comparten con la mujer embarazada, brindándole apoyo y cuidado durante la etapa de la gestación³⁴.

12.6 Usuaria

Define, con simpleza y precisión: una usuaria es quien usa ordinariamente algo. El término, que procede del latín “usuarius”, hace

³³ European Anti Poverty Network. (2009). *Guía metodológica de Participación Social de las personas en situación de pobreza y exclusión social. EAPN ESPAÑA.* <http://doi.org/10.1007/978-84-613-5612-6>

³⁴ Pérez, J., Gardey, A. (2010). Definición de usuario - Qué es, Significado y ConceptoDefinicion.de. Disponible en: <http://definicion.de/usuario/#ixzz4M3KpOLPP>



mención a la persona que utiliza algún tipo de objeto o que es destinataria de un servicio, ya sea privado o público³⁵.

12.7 Acompañante

Alude al efecto y también a la acción de acompañar, de brindar compañía, ser compañero, términos todos derivados del latín “companio” que hace referencia a quienes comparten el pan. Es la pareja o persona significativa en el ámbito afectivo, elegido por la mujer para que le acompañe, favoreciendo el bienestar físico y emocional durante todo el proceso del nacimiento, definido como preparto, parto y posparto³⁶.

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas. No obstante, que el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad. El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recobra físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones es una experiencia gratificante y generativa³⁷.

12.8 Gestión de Red

Desarrollo de Redes efectivas y mecanismos de coordinación entre redes para el cuidado de la población a cargo. Se deben tener en cuenta las principales interacciones entre las diversas redes: entre redes comunitarias y de problemas de salud; entre redes de problemas de

³⁵ (Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso de Nacimiento LGMDDSS ARSDT.CNE.0810)

³⁶ Solano E., Quirós O. (2014). Manual Técnico de Educación Perinatal para las mujeres gestantes y sus familias. Código MT.GM.DDSS.AAIP.003. CCSS. San José. Costa Rica

³⁷ Guía de Cuidado de Enfermería a la Familia gestante en el trabajo de parto y el puerperio (EBE) Bogotá Colombia.



salud y la de recursos (por ejemplo, red de urgencia-recursos); entre redes de problemas de salud propiamente tal. Constituye un modelo de operación del conjunto de establecimientos y servicios de salud públicos, comunitarios y privados, de diferentes niveles y tipos de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una serie de procedimientos y estilos de trabajo que permiten el tránsito de los pacientes entre todos ellos³⁸.

12.9 Gestión de calidad y calidez

Calidad en los servicios de salud es brindar atención en salud acorde a los estándares esperados, en el menor tiempo posible, evitando complicaciones derivadas de la atención y en un proceso de interacción con el usuario de respeto a sus derechos e involucrándolo en el proceso de atención brindándole la información suficiente para la toma de decisiones informadas. Es una herramienta de gestión que contribuye a aumentar el desempeño institucional a través de sus procesos, lo cual se ve reflejado en el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Fortalece el cumplimiento de los objetivos institucionales con eficiencia, eficacia y efectividad y la satisfacción de las necesidades, intereses y expectativas de los clientes - usuarios, partes interesadas y grupos de interés.

12.10 Gestión clínica

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Su objeto es mejorar la calidad del Servicio Sanitario a través del conjunto de conocimientos y herramientas que permiten gestionar la utilización de los recursos de diagnóstico y tratamiento, para resolver la asimetría de información, que tienen los pacientes ante una dolencia, síntoma o alteración de su salud. Es un proceso de cambio organizativo y cultural, marcado por la descentralización de las decisiones³⁹.

³⁸Echavarría, A. (2016). *SISTEMAS DE SALUD Y GESTION EN RED*. Magíster Administración Hospitalaria. Universidad Talca Chile. Disponible en: http://www.cegis.utalca.cl/doc/luis_echavarria/Gestion%20Red%202.pdf

³⁹Díaz, C. (2011). *Gestión Clínica. No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas*. Universidad ISALUD, 1-13. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/pdf/Gestion-clinica-2011-Universidad-ISALUD.pdf>



12.11 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento es una disciplina cuyo propósito es mejorar el desempeño de los individuos y las organizaciones; así como mantener y aprovechar el valor presente y futuro de los activos del conocimiento. Es una integración de numerosos esfuerzos y campos de estudio, mediante el proceso sistemático de detectar, seleccionar, organizar, filtrar, presentar y usar información por parte de los implicados en el proceso; es decir, no se dirige solo al conocimiento, sino a las condiciones para que éste sea compartido, un verdadero modelo de gestión total del conocimiento requiere implementarse en tres direcciones: la estructura organizacional, las personas y las herramientas necesarias para el desarrollo de esta gestión⁴⁰.

12.12 Gestión administrativa

Conjunto de acciones mediante las cuales el directivo desarrolla sus actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo: Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar⁴¹.

12.13 Pertinencia cultural

En el latín emana del vocablo *pertinentia*, que está compuesto de dos partes claramente diferenciadas: el prefijo *per-*, que puede traducirse como “por completo”, y el verbo *tenere*, que es sinónimo de “sostener”. La pertinencia cultural en el proceso de atención es el acto (pensamiento y acción) y la materialización (la puesta en escena) del respeto entre personal de salud (y si se quiere sistema de prestación de servicios) y usuario/a, que implica valorar la diversidad: biológica, cultural y social como un componente importante de reconocimiento de la diversidad cultural en todo proceso de salud - enfermedad.

⁴⁰Díaz, D., Pérez de Armas, M., &Curbelo, I. (2010). *GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SU IMPORTANCIA EN LAS ORGANIZACIONES*. *Ingeniería Industrial*, 26(2), 10 pág. Disponible en: <http://rii.cujae.edu.cu/index.php/revistaind/article/view/136/123>

⁴¹UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (2016). *GLOSARIO DE TÉRMINOS SOBRE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Perú. Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/ogg/ARCHIVOS/Glosario/indg.htm>



12.13.1 La pertinencia intercultural:

Ésta obedece a la construcción dialogada (respetuosa y equitativa) de cómo debe ser un servicio de salud, de tal modo que permita disminuir brechas en salud (Verástegui, M., Fallaqué, C. 2011).

Ante lo anterior, las formas en que se define la atención implica un **diálogo intercultural**, es decir un diálogo entre dos partes que cuentan con diversidad biológica, cultural y social, que necesariamente requiere de: escucha de problemas y necesidades en salud, explicación, reconocimiento, recomendación y negociación entre las partes interesadas (Alarcón; et al. 2003). Representa un diálogo con apertura y acuerdos. Por lo tanto, dependiendo de las culturas con las que se quiera trabajar desde los procesos de atención en salud-enfermedad, ha de considerarse la convocatoria y concertación de los temas mutuos de interés.

Por ejemplo, en el caso de maternidades y parto, si se trata de poblaciones indígenas se requiere de un trabajo conjunto en el que se identifiquen las necesidades biológicas, culturales y sociales de las mujeres (y/o familias, comunidad o pueblo) para lograr concertar o llegar a acuerdos que pone en escena una propuesta de atención considere los elementos de forma pertinente, respecto a cómo viven las maternidades y el parto las mujeres indígenas, su familia y comunidades.

En este caso, la pertinencia cultural implicaría la consideración de procesos socioculturales tales como:

- Idioma
- Costumbres locales
- Relaciones de poder fundamentadas en estructuras jerárquicas
- Factores geográficos (de distancia, medios de transporte, dispersión de viviendas),
- Oferta de los servicios de salud y el tipo de demanda local (analizando la necesidad y requerimientos de medicina tradicional)
- Análisis de la disposición de los pueblos indígenas de incorporar aspectos de la biomedicina (occidental) como medio de concertación.



12.13.2 Pertinencia de género:

Se llama pertinencia de género a la situación en la que resulta relevante tener en cuenta la dimensión de género porque su inclusión o ausencia implica efectos diferentes en la realidad de mujeres y hombres, por lo tanto, es relevante que las políticas se planifiquen o desarrollen con este enfoque y que se cristalice en las intervenciones⁴².

13. Actividades a desarrollar

13.1 Componente proceso de admisión

Admisión es el acto y el resultado de admitir (acceder, consentir). Es habitual que el concepto se emplee respecto a la aceptación o al ingreso de la usuaria a una entidad de Salud⁴³. En nuestro caso la usuaria ingresa desde dos zonas de atención, la Consulta Externa Especializada o la Unidad de Emergencias Ginecobstétricas.

12.1.1 Atención en la Unidad de Admisión o ingreso (Emergencias Ginecobstétricas o Consulta Externa Especializada)

- Establecer un entorno habilitante para el desarrollo de la atención humanizada de la usuaria y de la familia gestante, de manera que se le asegure a la usuaria y a su acompañante un ambiente confortable y agradable tanto en el área de admisión de urgencias como en la consulta externa especializada.
- Todos los centros de la Institución donde se cuente con Maternidad debe contar con una Unidad de Emergencias

⁴² Instituto Andaluz de la mujer (2016). Pertinencia de Género. Unidad de Igualdad de Género. Rincón Autodidacta. España. Unión Europea. Fondo Social Europeo. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/ImpactoGenero/pertinencia_quees.html

⁴³ Julián Pérez Porto y Ana Gardey. (2015). Definición de Admisión. Actulizado 2016, de Definicion.de Sitio web: <https://definicion.de/admision/>



Ginecobstétricas, tomar todas las acciones necesarias para su implementación.

- El personal calificado para dicha unidad de acuerdo con las normas de habilitación de hospitales lo constituyen un especialista en ginecología y obstetricia, un profesional en enfermería obstétrica y médico general con experiencia en el campo para maternidades con más de 2000 partos. Para las unidades que tienen una cifra menor, requerirán como mínimo de un médico general con experiencia en el campo y un profesional en enfermería obstétrica; con el especialista como interconsultante de dicha unidad.
- Establecer relaciones empáticas con las usuarias y familia gestante: realizar un saludo cordial y llamar a la usuaria y a su acompañante por su nombre
- El funcionario debe de identificarse a sí mismo adecuadamente, es decir, con nombre, apellido y el papel que va a desempeñar en el cuidado de la usuaria.
- Resguardar en todo momento la privacidad y la dignidad de la usuaria.
- Aclarar dudas y responder a preguntas en lenguaje sencillo para comunicarse y orientar.
- Si la condición de salud lo permite ofrecer líquidos o alimentos vía oral.
- Realizar clasificación de Riesgo.
- Toma de signos vitales a la usuaria que al menos incluyan peso, frecuencia cardíaca, presión arterial, pulso y temperatura.
- Realizar atención obstétrica de acuerdo a las normas de atención nacional, con evaluación clínica de la gestante altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, maniobras de Leopold, dilatación y borramiento del cérvix, presentación y condición de las membranas.
- Realizar exploración de la intensidad y manejo del dolor, del estado emocional de la usuaria y necesidad de apoyo.
- Evaluación de la fase de parto en que se encuentra la usuaria y educarla al respecto.
- Solicitar y analizar los datos del carné perinatal
- Valoración del dolor, del estado emocional y necesidad de apoyo.
- Valoración o indicación de exámenes de laboratorio.
- Permitir el acompañamiento 24/7 tal como lo establece el lineamiento institucional.
- Llenar formularios de historia clínica perinatal e internamiento.
- Orientar a la embarazada y acompañante en el proceso de admisión y dinámica hospitalaria. Evacuar dudas, dar confianza.



- Establecer un programa de educación permanente en el servicio con información personalizada a la usuaria sobre su problema de salud.
- Llevar registros adecuados de los procesos educativos.
- Establecer dentro del área de admisión de urgencias un área diferenciada para el manejo de la fase latente.
- Entrega de panfletos educativos desarrollados por el mismo centro hospitalario o los ya establecidos en el Modelo de la Atención Calificada del Parto (Al menos: Acompañamiento, signos de alarma durante el embarazo, verdadera y falsa labor de parto)
- Explicación de cada uno de los pasos de las diferentes evaluaciones y exámenes, así como de sus hallazgos.
- Registro de datos adecuado.
- Si la paciente es egresada, debe brindársele toda la información de su problema de salud y los controles y seguimiento si se le han indicado.
- En caso de pérdida gestacional o perinatal: Procurar intimidad a la paciente, permitir la presencia de la persona que la mujer desee, y dar la noticia en un espacio y entorno adecuado. Se brindará privacidad a la paciente hasta donde sea posible, se facilitará un lugar donde puedan estar solas con su acompañante separadas de las demás pacientes embarazadas o con sus bebés; y donde se pueda realizar el abordaje inicial de la usuaria por el profesional en salud a cargo, así como por parte del equipo multidisciplinario de ser necesario. Establecer una comunicación sincera, abierta, realista y reiterada, si fuera necesario, de los hechos ocurridos. Comunicación médico-enfermera-paciente.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta folklorización de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena).
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación.
- Debe existir personal de salud capacitado para la atención de usuarias con capacidades limitadas.

14. Componente del preparto, parto y postparto.



14.1 Manejo de la fase latente

La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de dilatación hasta los 2 ó 4 cm⁴⁴.

- Establecer un entorno habilitante para el desarrollo de la atención humanizada de la usuaria y de la familia gestante, de manera que se le asegure a la usuaria y a su acompañante un ambiente confortable y agradable.
- Establecer relaciones empáticas con las usuarias y familia gestante: realizar un saludo cordial y llamar a la usuaria y a su acompañante por su nombre
- El funcionario debe de identificarse a sí mismo adecuadamente.
- Resguardar en todo momento la privacidad y la dignidad de la usuaria.
- Aclarar dudas y responder a preguntas en lenguaje sencillo para comunicarse y orientar.
- Si la condición de salud lo permite ofrecer líquidos o alimentos vía oral.
- Valoración integrada del riesgo: historia prenatal, estado emocional, condiciones generales y obstétricas.
- Toma de signos vitales a la usuaria que al menos incluyan peso, frecuencia cardíaca, presión arterial, pulso y temperatura.
- Realizar atención obstétrica de acuerdo a las normas de atención nacional, con evaluación clínica de la gestante altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, maniobras de Leopold, dilatación y borramiento del cérvix, presentación y condición de las membranas.
- Solicitar y analizar los datos del carné perinatal
- Valoración del dolor, del estado emocional y necesidad de apoyo.
- Valoración o indicación de exámenes de laboratorio.
- Permitir el acompañamiento 24/7 tal como lo establece el lineamiento institucional. Orientar al (la) acompañante y explicar técnicas para que ofrezca un desarrollo eficaz de la fase latente.
- Solicitar y analizar el expediente clínico.

⁴⁴ &Kilpatrick SJ, Laros RK, Zhang J, Troendle JF, Yancey MK&. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Versión resumida. 08/03/2017, de GuíaSalud.es Sitio web:
http://www.guiasalud.es/egpc/parto_normal/resumida/apartado03/dilatacion01.html



- Valoración de la contractilidad uterina (tono, intensidad, duración y frecuencia).
- Auscultar FCF antes, durante y después de la contracción.
- Valoración de la dilatación y el borramiento del cérvix, estado de las membranas ovulares, presencia de sangrado. Evaluación de la presentación fetal, variedad de posición y plano.
- Explicación de cada uno de los pasos de las diferentes evaluaciones y exámenes, así como sus hallazgos.
- Orientación y apoyo sobre los pasos a seguir para disminuir la ansiedad y dar seguridad durante la labor de parto.
- Discutir con la mujer la conducta a seguir y elaborar un plan de parto con la usuaria, respetando los deseos individuales de cada embarazada para proporcionar un ambiente adecuado para este evento; se cumplirá siempre y cuando no se vea afectada la condición de salud del binomio madre-hijo.
- Registro de datos en el expediente clínico.
- En de muerte gestacional, explicarle a la usuaria y acompañante sobre el manejo del parto. Cuando un bebé muere intra-útero los padres, y quizás más las madres, tienen que enfrentarse a una situación que nunca se habían planteado; parir a su bebé sin vida. Aunque la mayoría de las madres tiene una reacción inicial de no querer pasar por un parto vaginal, más si son primerizas, tiempo después del parto ellas se sienten realizadas por haber parido a sus hijos.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta adaptación de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena), así como para la atención de usuarias con capacidades limitadas.
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación.

14.2 Manejo de la fase activa de labor

Se define como fase activa de labor de parto al período de tiempo comprendido entre los 4 y los 10 centímetros de dilatación. En este



lafase se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal⁴⁵.

- Asegurarle a la usuaria y acompañante las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable.
- Revisión de historia clínica y examen físico, exámenes de laboratorio, condición de salud general de la usuaria y realizar nueva clasificación del riesgo según evolución en cada fase de la labor de parto y la toma de signos vitales correspondiente.
- Evitar la colocación de catéteres y soluciones de forma rutinaria.
- Evaluar la condición fetal.
- Valorar el estado de hidratación y diuresis. Ofrecer siempre líquidos y bebidas nutritivas. El ayuno no está permitido.
- El examen genital se realizará por el profesional a cargo cumpliendo las normas de asepsia, de forma gentil y respetuosa cuando la mujer esté lista para ello. Se debe de realizar el mínimo de tactos vaginales de acuerdo a la evolución de la labor de parto, según dinámica uterina y necesidades de cada mujer.
- Cumplir con los protocolos de atención establecidos de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales y a la clasificación de riesgo de la usuaria.
- Dirigir a la usuaria en la realización de ejercicios de respiración.
- Favorecer la hidroterapia y los masajes de relajación.
- Incentivar a la usuaria en el uso de la técnica del punto focal, esto la ayudará a aumentar la relajación y concentración durante una contracción.
- Implementación de estrategias innovadoras en la atención a la usuaria durante la labor de parto, tales como, musicoterapia, aromaterapia.
- Fomentar la esferodinamia como estrategia para la relajación del piso pélvico y mejor manejo del dolor
- Libertad de movimiento y de posición durante la labor de parto.
- Libre elección de la posición al momento de parir.
- Analgesia obstétrica cuando el recurso humano y la condición de la usuaria así lo permita
- Fomento del apego posparto
- Fomento de la Paternidad Responsable.

⁴⁵ [Http://www.hvn.es/servicios asistenciales/ginecologia y obstetricia/ficheros/clase2010 face activa del parto.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_face_activa_del_parto.pdf)



- Fomento de Lactancia Materna y las técnicas apropiadas de la misma
- Abandono de prácticas invasivas rutinarias durante la labor y el parto. Únicamente intervenciones necesarias de acuerdo a la condición de salud de la usuaria.
- Actualización de protocolos de atención que incluyan conceptos de atención calificada del parto
- Sistema de Información Perinatal
- Atención de la Discapacidad
- Brindar orientación y apoyo a la madre acorde a sus dudas, temores y respete el derecho de toda mujer de conocer y dirigir su propio parto.
- Mantener siempre el acompañamiento efectivo durante la labor por la persona que la usuaria elija.
- No obligar a la mujer a pujar sino siente deseos de hacerlo.
- Llenar el partograma y la lista de verificación para la atención calificada del parto.
- Registro de datos.
- En caso de muerte gestacional explicar a la usuaria y acompañante sobre el manejo del parto, utilizar siempre el nombre del bebé, hablar con ambos padres de manera equitativa, ayudarles a tener recuerdos de su bebe si así lo desean.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta adaptación de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena).
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación.
- Debe existir personal de salud capacitado para la atención de usuarias con capacidades limitadas.

Ante un parto vaginal el profesional debería evitar prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a ingerir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando prácticas invasivas innecesarias durante el proceso.

Es entender por qué una mamá y su hijo necesitan de un ambiente agradable al momento del parto, se trata de tomar conciencia de que el entorno debe ser amoroso, con acompañamiento, pero promoviendo que ella sienta que maneja sus tiempos con libertad y protegida.



Fomentar estos entornos afables y que las comunicaciones sean asertivas, generará que los partos naturales superen de manera significativa a las cesáreas.

El enfoque intercultural en ningún caso propone que los servicios de salud implementen prácticas de salud tradicional indígena como tal, pero tampoco que sean suprimidas, ya que son patrimonio de los pueblos. Lo que se espera es la complementación de las prácticas y saberes en salud perinatal, siempre y cuando estas sean impulsadas y apoyadas por la comunidad, sus líderes y las madres. En ningún caso las adecuaciones culturales de las maternidades o servicios de salud podrán reemplazar los cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.

14.3 Manejo del período expulsivo

Se inicia este período cuando la madre siente espontáneamente ganas de pujar y se constata por el tacto la dilatación completa del cuello uterino de la usuaria⁴⁶.

- Asegurarle a la usuaria y acompañante las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable. Temperatura recomendada de la sala entre 23 a 25 grados centígrados. Procura la compra de equipo que facilite la libertad de posición a la hora de parir.
- Animar a la embarazada a escoja la posición más cómoda y fisiológica en que desea parir. Se debe evitar posición supina ya que se ha demostrado produce mayor dolor, incomodidad, favorece el trauma perineal y vaginal y disminuye la oxigenación fetal (WOM, 1993).
- Respetar el ritmo de la mujer y evitar la manipulación del periné.
- La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina.
- Vigilar siempre las condiciones generales maternas y fetales: signos vitales, contracciones, frecuencia cardíaca fetal y características del líquido amniótico.
- Si la madre lo desea puede tocar la cabeza del bebé.
- Verificar la condición del bebé al nacer y anotar la hora del nacimiento. Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical previa toma de muestra de cordón.
- Implementación de la hora de oro del recién nacido con el fomento del apego tanto materno como paterno y el contacto piel con piel.

⁴⁶ Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges. -6^a. ed., 7^a. reimpresión – Buenos Aires: El Ateneo, 2012.752p.: 26x18cm.



- Si el nacimiento se da por cesárea esta debe procurar realizarse con anestesia epidural y se procede con la atención del recién nacido de igual manera.
- Valorar el Apgar al minuto y a los 5 minutos.
- Identificación adecuada del recién nacido de acuerdo a las normas de atención.
- Registro de datos.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta adaptación de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena), así como para la atención de usuarias con capacidades limitadas.
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación.
- Debe existir personal de salud capacitado para la atención de usuarias con capacidades limitadas.

14.4 Manejo del tercer período del parto: alumbramiento

Es el período comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares⁴⁷.

- Facilitar el manejo del dolor a la usuaria y explicarle cada uno de los procedimientos que se realizan.
- Vigilar siempre las condiciones generales maternas: estado emocional, signos vitales y cantidad de sangrado.
- Valorar manejo activo del alumbramiento. Revisión de placenta y del canal del parto.
- Sutura de desgarros en caso necesario con anestesia local. Hacer tacto vaginal y rectal de verificación de integridad de mucosas y para detectar cuerpos extraños.
- Siempre la mujer debe estar tranquila con su bebe y su acompañante.
- Aseo perineal y registro de datos.

⁴⁷ Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges. -6^a. ed., 7^a. reimpresión – Buenos Aires: El Ateneo, 2012.752p.: 26x18cm.



- En caso de muerte gestacional o perinatal, los profesionales deben informar a la paciente en todo momento de cómo evoluciona el proceso. Existen aspectos ineludibles a tratar como son, el deseo o no de ver al recién nacido tras el parto. El sentido común, así como el estado emocional de la paciente, su pareja y su familia, nos permitirán abordar éstos aspectos antes o después. En el caso de que nadie visualice al recién nacido, debe quedar constancia por escrito en la Historia Clínica. Actuar con respeto y asegurar intimidad, en todo momento. Facilitar asistencia religiosa o psicológica si así se solicita. Debe existir una sala de duelo a disposición de los familiares. Mantener al recién nacido con los padres hasta su traslado a la morgue si se considera oportuno.
- Llenar el partograma la parte final y la lista de verificación para la atención calificada del parto.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta adaptación de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena), así como para la atención de usuarias con capacidades limitadas.
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación
- Debe existir personal de salud capacitado para la atención de usuarias con capacidades limitadas.

14.5 Componente de la atención de la madre en el posparto inmediato

El posparto comienza después de la salida de la placenta, el posparto inmediato abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante el internamiento de la usuaria⁴⁸.

- Vigilar el estado general de la madre, estado de conciencia hidratación, color, temperatura, diuresis.
- Cumplir las normas de toma de signos vitales del posparto.

⁴⁸ Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges. -6^a. ed., 7^a. reimpresión – Buenos Aires: El Ateneo, 2012.752p.: 26x18cm.



- Verificar involución uterina, cantidad de sangrado vaginal, presencia o no de globo vesical.
- Continuar con la implementación de la hora de oro del recién nacido y mantener un entorno habilitante que facilite el contacto madre hijo después del parto.
- Orientación en signos y síntomas de alarma tanto para ella como para su bebé, lactancia materna, posición en que debe dormir su bebé, apego materno y paterno entre otros.
- En caso de duelo perinatal se les entregará a los padres la bolsa de la memoria con recuerdos de su bebé, se le entregarán panfletos informativos sobre el manejo del duelo y con información sobre grupos de apoyo. Se inhibirá la lactancia materna. Se les entregará carnet de desarrollo con los datos su bebé.
- Promover la inclusión de la comunidad en el diseño de la atención de manera que exista cierta adaptación de la atención por parte del equipo de salud, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígena y no indígena).
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar facilitadores interculturales que mejoren la experiencia de la usuaria indígena, colaborando con su orientación.
- Debe existir personal de salud capacitado para la atención de usuarias con capacidades limitadas.

14.6 Otras estrategias para la implementación del modelo

- Desarrollar procesos educativos desde el ingreso por las unidades de admisión de emergencias, salones de internamiento, sala de labor y parto hasta programas especiales establecidos en cada maternidad.
- Curso de preparación psicofísica al embarazo, parto y posparto
- Talleres de sensibilización para atención humanizada a todo el personal involucrado en la atención de la familia gestante
- Proyección a la Red de Servicios de Salud local.
- Fomento de la participación Social interinstitucional, intersectorial y comunitaria
- Cumplimiento de la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social. 2008.

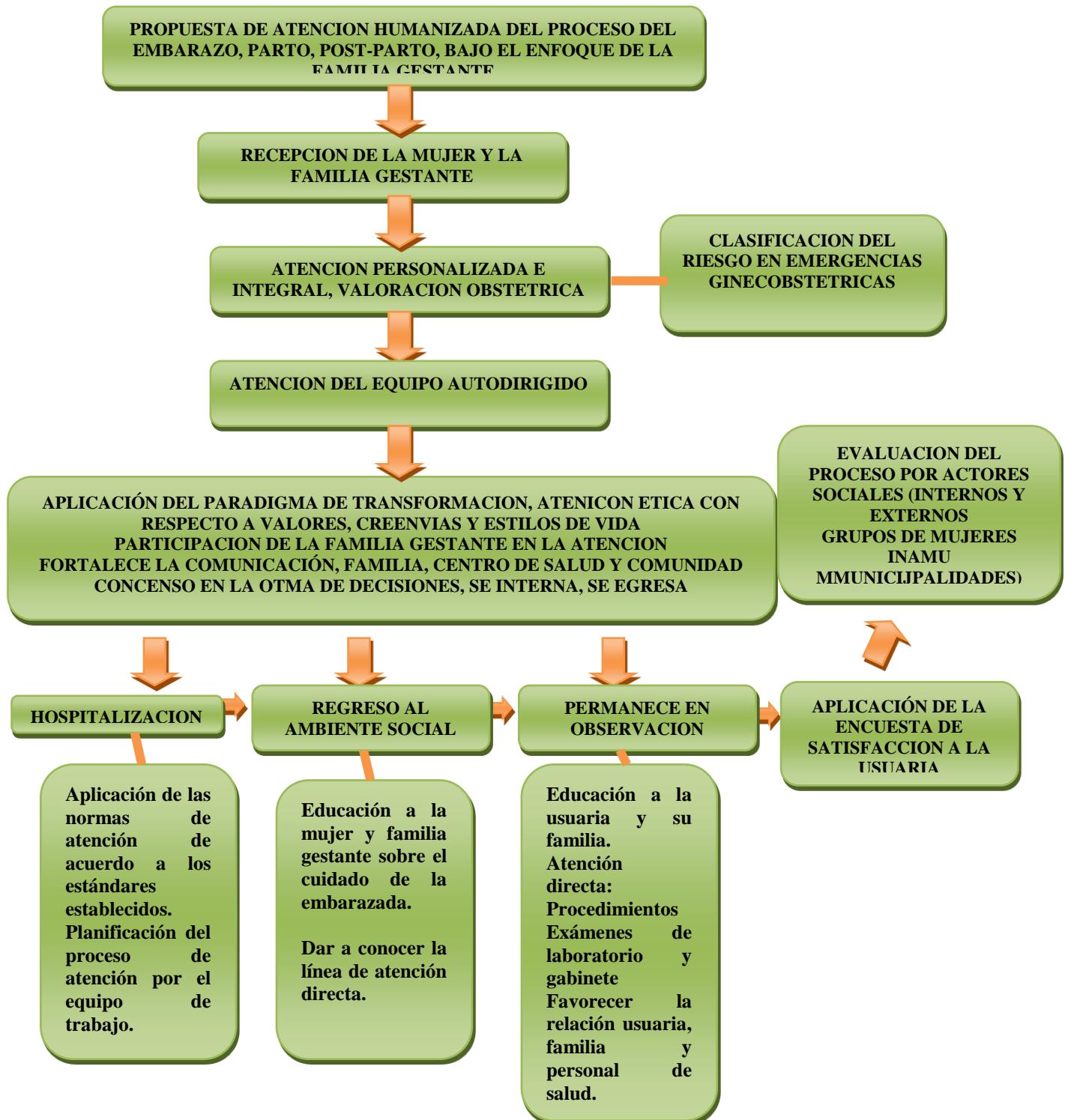


MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

VERSIÓN: 1

- Control Prenatal con Calidad, Calidez y Humanizado.

13.7 Flujograma de procesos del modelo de atención dirigido a la mujer y la familia gestante





15. Documentación

- Listado de Verificación para Atención Segura del Parto
- Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social. 2008.
- Libros de control Interno
- Plan de Capacitación y Educación
- Listado de asistencia a talleres de sensibilización
- Planes de Emergencia y rutas de evacuación
- Contrarreferencias Posparto
- Llenado correcto de Partograma
- Evidencias de la Proyección en Red
- Evidencias de la Participación Ciudadana

16. Insumos Básicos

- Minicomponentes
- Cremas corporales
- Aparatos sencillos corporales para masaje
- Esencias
- Dispensadores eléctricos de esencias
- Esferas, para esferodinamia
- Pantallas
- Duchas de aspersión
- Murales
- Fuentes de agua fría
- Climatización adecuada a la zona
- Luz regulable
- Cortinas de separación grado médico donde sea necesario
- Sillas para acompañantes
- Camas de expulsivo para múltiples posiciones
- Sillas para parto vertical
- Esferas antiestress manuales
- Sala educativa
- Sala de relajación
- Sala de duelo gestacional y perinatal



17. Viabilidad

La viabilidad para la ejecución de este modelo de prestación de servicios se manifiesta en las dimensiones técnica, financiera, jurídica, política, institucional y contextual.

En cuanto a la viabilidad técnica se considera la capacidad real que tiene la Institución para formar, capacitar y movilizar recursos a mediano plazo, está ligada al funcionamiento sustantivo de nuestra Institución, a su Misión, Visión y Objetivos plasmados en el Plan Estratégico Institucional y el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud; así las cosas existe adecuada viabilidad técnica ya plasmada en diferentes lineamientos Institucionales para la implementación del modelo. Por lo tanto la viabilidad financiera va de la mano en este caso con la viabilidad técnica y los objetivos institucionales ya mencionados, desde el año 2015 la Caja Costarricense del Seguro Social ha promovido la reestructuración y rehabilitación de las Maternidades públicas del país a través de un fondo de rehabilitación que se ha venido ejecutando y aumentando a través de los años.

Con respecto a la viabilidad jurídica, este modelo de prestación de servicios bajo un enfoque integral, de género y centrado en las personas, permitirá dirigir y ejecutar un cambio profundo en la estrategia de abordaje de la salud, acorde con la base legal existente en la Institución y en el país en general ya mencionado con anterioridad. Así las cosas, la viabilidad política se ve representada, en la congruencia de este modelo con las políticas nacionales específicas y acciones detalladas propuestas en las Políticas del Sector Salud y las políticas Institucionales. Igualmente este modelo es compatible con los intereses y expectativas de los grupos sociales afectados e involucrados, pues los favorece; esto por cuanto se manifiesta en la población en general, una urgente necesidad de que se modifique el tradicional enfoque de atención en salud. Estas coyunturas se constituyen en fortalezas para la implementación de este modelo de prestación de servicios de salud.

Existen en la actualidad una serie de factores tanto externos como internos a la Institución que favorecen la ejecución de este modelo de atención. La viabilidad institucional y contextual está plasmada en las nuevas políticas de Salud nacionales e institucionales que plantean el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las dependencias y el mandato de la aplicación del enfoque integral de la atención, dentro del marco de la modernización del sector, así como la institucionalización



del enfoque de género. La Caja Costarricense de Seguro Social ha venido viviendo procesos internos de cambio, que generan condiciones favorables para desarrollar un nuevo enfoque de atención, lo que constituye un factor importante para la consolidación de la propuesta.

18. Evaluación

El objetivo de la evaluación, es realizar un control operativo y estratégico del modelo de atención propuesto para localizar áreas críticas de la ejecución, integrar variables estratégicas y operativas para producir información que nos permita tomar decisiones, construir indicadores de género en salud y con pertinencia cultural, de modo que se puedan realizar mejoras continuas a fin de poder establecer comparaciones. Esto establece también un sistema de información que nos permite plantear alternativas de cambio.

El proceso de evaluación tiene como fin el desarrollo y cumplimiento de las actividades para la construcción de este modelo de atención en todas sus fases.

Se elaborará un plan de monitoreo y evaluación que permita medir el cumplimiento de resultados y objetivos establecidos en esta propuesta, mismo, este plan incluirá:

a.- Definición de indicadores para cumplimiento de objetivos específicos y resultados.

b.- Aplicación de estándares e indicadores para la atención del parto en libre posición con pertinencia intercultural.

1.- Evaluación inicial (diagnóstico o línea de base) mediante la realización de:

a) Diagnóstico, que incluya infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, talento humano de unidades operativas para la atención del parto con pertinencia intercultural.

b) Recolección de información para análisis de la cobertura institucional de la atención de parto con pertinencia intercultural.



c) Estudios CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) para determinar las necesidades de las usuarias y cumplimiento de los derechos durante el parto y el nacimiento.

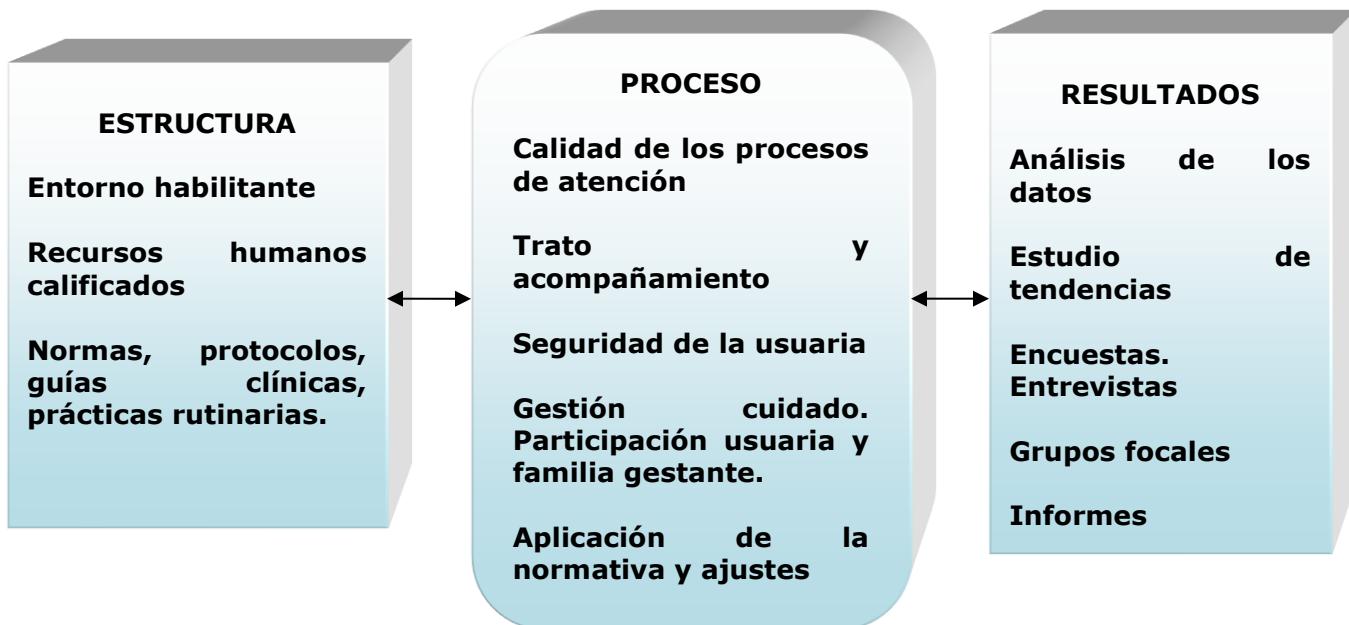
d) Aplicación de formularios para la atención materna y neonatal.

2.- Monitoreo periódico de actividades e indicadores, mediante actividades de supervisión facilitante, y reuniones para análisis y toma de decisiones.

3.- Evaluación anual que permita observar avances, resultados y el logro de los objetivos establecidos, las dificultades encontradas y las recomendaciones para mejorar o fortalecer actividades.

4.- Elaboración y presentación de informes de monitoreo y evaluación.

18.1 Componentes de la evaluación



Fuente: Estado de Situación de las maternidades de la CCSS. Febrero 2016 (folios 043 al 064).



18.2 Metodología



Fuente: Estado de Situación de las maternidades de la CCSS. Febrero 2016 (folios 043 al 064).

19. Acatamiento

De acatamiento obligatorio en todos los Establecimientos de Salud, en los servicios de Emergencias, Parto, Recuperación Posparto, Salón de Alojamiento Conjunto.

La administración activa de cada centro hospitalario deberá realizar las gestiones necesarias para adecuar los servicios de manera que se pueda hacer cumplimiento del presente Modelo de Atención.

20. Responsables del cumplimiento

- Gerencia Médica.
- Dirección de Servicios de Salud
- Dirección Regional.
- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Jefaturas de Sección.
- Jefaturas de Servicio y Jefaturas Clínicas.
- Jefaturas de Emergencia.



- Supervisores de Enfermería.
- Equipo de Salud.
- Comunidad Organizada.

21. Vigencia

A partir de su aprobación y publicación.

22. Contactos para Consultas

Dra. Lidieth Carballo Quesada, Gerencia Médica. Coordinadora de la Comisión Modelo de la Atención Calificada del Parto para las Maternidades para el análisis de calidad en las Maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Dra. Carla Verónica Gríos Dávila, Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Monseñor Sanabria. Caja Costarricense del Seguro Social. Miembro de la Modelo de la Atención Calificada del Parto para las Maternidades para el análisis de calidad en las Maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Comisión

Dr. Hugo Chacón. Jefe del Área Integral a las personas. Caja Costarricense del Seguro Social.

23. Anexos



ANEXO 1

INDICADORES



23.1 Indicadores propuestos

23.1.1 Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido / a

23.1.1.1 *Porcentaje de dispositivos médicos esenciales, equipamiento con los que cuenta cada establecimiento de Salud para la atención materna y del/a recién nacido/a, y salas de labor de parto y de parto en libre posición y/o Recuperación.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Todo Establecimiento de Salud contara con el 100% de dispositivos médicos esenciales y equipamiento para la atención de salud materna y del/a recién nacido/a con pertinencia cultural e inclusiva.	Porcentaje de y dispositivos médicos esenciales y equipamiento con los que cuenta cada establecimiento de Salud para la atención de salud materna y del/a recién nacido/a con pertinencia cultural e inclusiva.	Número de dispositivos médicos esenciales y equipamiento disponibles ----- X100 Total de dispositivos médicos. (Se adjuntará lista a evaluar) *	Reporte de la existencia de los dispositivos médicos y equipamiento	Total de dispositivos médicos y equipamiento	Reporte de inventario físico de equipamiento y dispositivos médicos esenciales	Universo	Trimestral

*Ver anexo dos



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.2 Estándares e indicadores de proceso: Atención del parto

23.1.2.1 *Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud donde se aplica el partograma, en los que se graficó correctamente la curva, se excluirán los casos de ingreso en periodo expulsivo del parto.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todos los partos atendidos se aplicará y registrará la graficación correcta del partograma.	Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud donde se aplica el partograma y se graficó correctamente la curvas.	Número de partos atendidos en los que se graficó correctamente las curvas de alerta y real de dilatación cervical, control y registro del descenso de la presentación, actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal. ----- ----- X100 Total de historias clínicas de partos atendidos, revisadas en el mes	Historia Clínica Perinatal	Registro de egresos hospitalarios hoja INEC. Libro de partos	Revisión del formulario del partograma en el expediente de Salud.	Universo / Muestra de 20% de Historias clínicas perinatales.	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.2.2 *Porcentaje de mujeres en labor de parto atendidas en los establecimientos de salud en las que se tomó decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En toda mujer con labor de parto atendido con partograma en las que se observaron desviaciones de la curva de dilatación cervical se realizará el manejo terapéutico de la atención según diagnóstico.	Porcentaje de mujeres en labor de parto atendidas en los establecimientos de salud en las que se tomó decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma.	$\frac{\text{Número de mujeres en labor de parto atendidas en los establecimientos de salud en las que se tomó decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma.}}{\text{Total de mujeres en labor de parto atendido, en los que existieron desviaciones de la curva de dilatación cervical en el partograma en el mismo mes, registrada en las historias clínicas evaluadas.}} \times 100$	Historia Clínica Perinatal de partos atendidos	Registro de egresos hospitalarios hoja INEC. Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas.	Universo / Muestra de 20% Historias clínicas perinatales.	Mensual



23.1.2.3 *Porcentaje de partos normales en los que se realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo parto normal atendido en los Establecimientos de Salud, se cumplirá con actividades señaladas en la norma materna.	Porcentaje de partos normales en los que se realizaron y registraron actividades seleccionadas de acuerdo a la norma.	Número de partos normales en los que se realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma $\times 100$ Total de historias clínicas evaluadas de los partos atendidos en el Establecimiento de Salud	Historia clínica perinatal y libro de partos	Registros de atención de parto (libro de partos)	Documental: Revisión de historia clínica y libro de partos	Universo / Muestra de 20% Historias clínicas perinatales seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.2.4 *Porcentaje de partos normales atendidos en los establecimientos de salud en los que se aplicó y registró actividades del manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, según la norma.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo parto normal atendido en los establecimientos de salud se aplicará y registrará actividades del manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto según la norma.	Porcentaje de partos normales atendidos en los establecimientos de salud en los que se aplicó y registró actividades del manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, según la norma.	$\frac{\text{Número de partos normales atendidos en los establecimientos de salud en los que se aplicó y registró actividades del manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, según la norma.}}{\text{Total de historias clínicas revisadas de partos normales atendidos en el establecimiento de salud}} \times 100$	Historia Clínica Perinatal	Registros de atención de parto Egresos hospitalarios de parto normales hoja INEC. Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas.	Universo / Muestra del 20% de Historias clínicas perinatales seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.2.5 *Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud donde se aplicó la lista de verificación de la atención segura durante la labor y el parto se excluirán los casos de ingreso en periodo expulsivo del parto.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo parto normal atendido en los establecimientos de salud se aplicará la lista de verificación de la atención segura durante la labor de parto y el parto.	Porcentaje de partos normales atendidos en los establecimientos de salud en los que se aplicó la lista de verificación de la atención segura durante la labor de parto y el parto.	Número de partos normales atendidos en los establecimientos de salud en los que se aplicó la lista de verificación de la atención segura durante la labor de parto y el parto.----- -----X100 Total de historias clínicas revisadas de partos normales atendidos en el establecimiento de salud	Historia Clínica Perinatal Lista de verificación de la atención segura durante la labor de parto y el parto.	Registros de atención de parto Egresos hospitalarios de parto normales hoja INEC. Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas.	Universo / Muestra del 20% de Historias clínicas perinatales seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.3 Estándar e indicador de proceso de atención del post – parto vaginal y post – cesárea

23.1.3.1 *Porcentaje de post partos normales y post cesáreas inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica cada 15 minutos durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo post parto inmediato (vaginal y cesárea) atendido en el establecimiento de salud, deberá controlarse y registrarse en la historia clínica cada 15 minutos las actividades, durante las dos horas según la norma.	Porcentaje de post partos normales y post cesáreas inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica cada 15 minutos durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.	Número de post partos normales y post cesáreas inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica cada 15 minutos durante la primera hora, las actividades seleccionadas según la norma. ----- -----X100 Total de historias clínicas revisadas de los partos atendidos en el establecimiento de salud	Historia Clínica Perinatal.	Registros de Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas.	Universo / Muestra del 20% Historias clínicas seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.4 *Estándar e indicar del proceso standar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a término*

23.1.4.1 *Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal actividades seleccionadas en la primera hora de vida según la norma.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo/a recién nacido/a término se deberán realizar y registrar (en los primeros minutos de vida) en la historia clínica las actividades seleccionadas de la norma.	Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal actividades seleccionadas en la primera hora de vida según la norma.	$\frac{\text{Número de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal las actividades seleccionadas en los primeros minutos de vida, según la norma.}}{\text{Total de historias clínicas revisadas de madres que tuvieron recién nacidos/as atendidos/as en el establecimiento de salud}} \times 100$	Historia Clínica Neonatal	Registro de egresos hospitalarios de parto normal y cesárea. Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas.	Universo / Muestra del 20% Historias clínicas de madres que contienen los formularios de registro del recién nacidos seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.5 *Estándares e indicadores de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado*

23.1.5.1 *Porcentaje de partos y recién nacidos atendidos en los establecimientos de salud por personal profesional calificado en CONE (médico u obstétrica).*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODI-CIDAD
El 100% de partos y recién nacidos atendido por personal profesional calificado (médico/a u obstétrica).	Porcentaje de partos y recién nacidos atendidos en los establecimientos de salud por personal profesional calificado (médico u obstétrica).	Número de partos y recién nacidos atendidos por personal capacitado (médico/a u obstétrica) ----- Total de partos y recién nacidos atendidos por personal que atiende partos -----X100	Historia clínica perinatal y partograma	Registro de egresos hospitalarios libro de partos informe de personal calificado	Revisión de historias clínicas. revisión del informe de personal calificado	Universo / Muestra del 20% Historias clínicas seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.5.2 *Porcentaje de altas maternas y neonatales pos-parto normal o cesárea que cumplen con el estándar de calidad en los establecimientos de salud.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las altas maternas y neonatales posparto (céfalo-vaginal o cesárea) deben cumplir todas las actividades establecidas en la norma.	Porcentaje de Altas maternas y neonatales posparto (céfalo-vaginal o cesárea) que cumplen con el estándar de calidad en los establecimientos de salud.	Número de altas maternas y neonatales posparto o cesárea atendidas en la unidad de salud en un mes, que cumplen todas las actividades establecidas para la madre y el RN ----- X 100 Número total de altas maternas y neonatales posparto o cesárea ocurridas en un mes en la Unidad de salud	Historias clínicas maternas (obstétricas) e Historias clínicas de los/as RN	Registro de egresos de los establecimientos de salud disponibles del mes de la medición	Revisión de Historias Clínicas Maternas y neonatales de Altas posparto o cesárea	Universo / Muestra del 20% Historias clínicas seleccionadas aleatoriamente	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.5.3 Porcentaje de cesárea atendidas en los establecimientos de salud

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
Registrar toda cesárea p atendidas en el establecimiento de salud	% de cesáreas atendidas en el establecimiento de salud	Número de cesárea atendidas en los establecimientos de salud ----- ----- X 100 Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud.	Historia Clínica	Registro de egresos hospitalarios	Revisión de Historias Clínicas con cesáreas (Análisis de causas)	Universo	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.6 Estándares e indicadores de salida para la atención de parto hospitalario

23.1.6.1 Tasa hospitalaria de letalidad materna por complicaciones obstétricas directas

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD



La tasa de letalidad materna hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo), no deberá superar el 1%.	Tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo).	Número de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas, ocurridas en el hospital ----- ----- X100 Total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital	Registros hospitalarios de muertes maternas, egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos, sala de emergencia	Registro de egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos Parte diario concentrado mensual Registro de emergencia.	Revisión de datos	Universo	Semestral
--	--	--	---	---	-------------------	----------	-----------



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.6.2 Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
La tasa de letalidad neonatal hospitalaria por complicaciones neonatales (del nacimiento), no deberá superar el 1%	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.	Número de recién nacidos/as que nacieron vivos o que ingresaron al servicio y que murieron mientras estaban en el hospital (hasta los 28 días de nacidos) ----- -----X100 Total de recién nacidos vivos atendidos en el hospital	Registro de egresos Hospitalarios (INEC). Libro de partos	Registro de egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos	Revisión de datos	Universo	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.6.3 *Porcentaje de muertes maternas ocurridas en los establecimientos de salud que tienen un proceso de investigación a nivel de las comisiones de evaluación y análisis de la mortalidad materno infantil.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODIDAD
Todas las muertes maternas ocurridas en el establecimiento de salud darán un proceso de investigación	% de las muertes maternas ocurridas en el establecimiento de salud que tienen un proceso de investigación y análisis a nivel de las comisiones formadas para tal efecto	Número de muertes maternas ocurridas en el establecimiento de salud con un proceso de análisis en un mes. -----x100 Total de las muertes maternas ocurridas en el establecimiento de salud	Registro Civil/ Instituto de Estadísticas y Censos /Estadísticas Vitales	Registro de egresos hospitalarios (INEC) Registro de Egresos Hospitalarios de obstetricia según CIE 10.	Revisión de datos.	Universo	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.6.4 *Porcentaje de muertes neonatales ocurridas en los establecimientos de salud que tienen un proceso de investigación y análisis a través de las comisiones para la evaluación y análisis de la mortalidad materno infantil.*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las muertes neonatales ocurridas en los establecimientos de salud tendrán un proceso de análisis.	% de las muertes neonatales ocurridas en el establecimiento de salud que son analizadas en las comisiones creadas para tal efecto	Número de muertes neonatales ocurridas en el establecimiento de salud con un proceso de investigación en un mes. ----- -----x100 Total de las muertes neonatales ocurridas en el establecimiento de salud	Registro Civil/ Instituto de Estadísticas y Censos /Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones, Epidemiología	Registro de egresos hospitalarios (INEC) Registro de Egresos Hospitalarios de pediatría/ neonatología según CIE 10.	Revisión de datos.	Universo.	Mensual



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.7 Estándares e indicadores de trato a la usuaria

23.1.7.1 Brecha Cultural: Trato a la usuaria.

Lograr que el 100% de las usuarias que asisten a la atención del parto reciban trato digno y respetuoso

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud, reciban un trato digno y respetuoso	Porcentaje de las mujeres atendidas que recibieron trato digno y respetuoso durante la atención de su parto	Número de encuestadas en que las pacientes dicen que recibieron trato digno y respetuoso durante la atención de su parto ----- -----x100 Total de encuestadas aplicadas	Resultados de las encuestadas	Total de encuestadas aplicadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Universo/ 20% de encuestadas realizadas	Trimestral



23.1.7.2 *Porcentaje de satisfacción de las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud*

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud, están satisfechas con la atención recibida	Porcentaje de las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud, están satisfechas con la atención recibida	$\frac{\text{Número de encuestas en las que la usuaria califica como satisfecha (90% o más de satisfacción individual) por la atención recibida}}{\text{Total de encuestas aplicadas}} \times 100$	Resultados de las encuestas	Total de encuestas aplicadas	Encuesta de satisfacción. Aplicada antes que la usuaria abandone la sala de partos u hospitalización, aplicada por una persona que NO labore en la institución, previa capacitación	Universo/20% de encuestas realizadas	Cuatrimestral



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.7.3 *Brecha Cultural: Posición del parto.*

Lograr que el 100% de la atención de los partos normales se ofrezca a la madre la opción de libre posición que ella quiere adoptar para el parto y se la atienda en dicha posición.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud, puedan adoptar la posición para el parto que deseen	Porcentaje de partos normales atendidos en los que se preguntó la preferencia de la madre y se la atendió en la posición preferida para el parto	Número de encuestas aplicadas en las que en los partos normales se preguntó la preferencia de la madre y se la atendió en la posición preferida para el parto ----- -----x100 Total de encuestas aplicadas	Resultados de las encuestas	Total de encuestas aplicadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Universo/ 20% de encuestas realizadas	Trimestral



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

23.1.7.4 Brecha Cultural: Información a la paciente

Lograr que el 100% de las usuarias que acuden al parto en el establecimiento de salud reciban información adecuada durante la atención del parto.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las mujeres atendidas en el parto en el establecimiento de salud, reciban la información necesaria durante la atención.	Porcentaje de mujeres que recibieron información adecuada durante la atención del parto	Número de encuestas aplicadas en las que las usuarias recibieron información adecuada durante la atención del parto----- -----x100 Total de encuestas aplicadas	Resultados de las encuestas	Total de encuestas aplicadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Universo/ 20% de encuestas realizadas	Trimestral

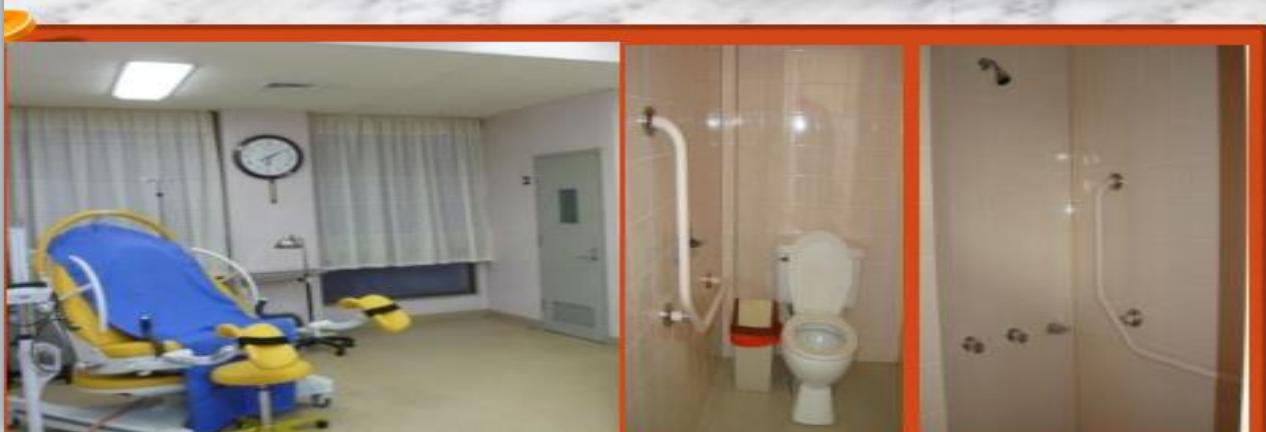


23.1.8 Indicadores del entorno habilitante: infraestructura

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
----------	-----------	---------	----------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------



Adecuación del entorno habilitante para que cuentan con un ambiente garantizar la atención calificada del privado, con parto, segura duchas de agua bajo riesgo, caliente y fría, con humanizada con superficie igual o pertinencia cultural inclusiva	Número de salas de labor y parto que cumplen el modelo establecido -----x100	Número de salas de labor y partos que cumplen el modelo establecido----- -----x100 Total de salas de labor y partos	Reporte y verificación de la existencia de salas de labor y partos que cumplen con el modelo establecido	Total de salas de labor y partos	Reporte de inventario físico y verificación por parte del evaluador	Universo	Trimestral







ANEXO 2

LISTA DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BASICOS



23.2 Dispositivos Médicos y Equipos Básicos

- Minicomponentes o grabadoras
- Cremas corporales
- Aparatos sencillos corporales para masaje
- Esencias
- Dispensadores eléctricos para esencias
- Esferas, para esferodinamia
- Pantallas
- Duchas de aspersión
- Murales
- Fuentes de agua fría
- Climatización adecuada a la zona
- Luz regulable
- Cortinas de separación grado médico donde sea necesario para resguardar la privacidad a la gestante y acompañante
- Sillas para acompañantes
- Sillones
- Camas de expansión para múltiples posiciones
- Sillas para parto vertical
- Esferas antiestress manuales
- Sala educativa
- Sala de relajación
- Sala de duelo gestacional y perinatal
- Refrigeradora
- Bebidas líquidas y helados
- Tijera, pinzas de mota, pinzas Kelly rectas.
- Ropa estéril: delantal, sábanas
- Incubadoras abiertas y de transporte
- Monitores signos vitales
- Balanzas neonatales
- Cinta métrica adulto y cinta métrica neonatal
- Mantas de sostén de techo
- Tallímetro
- Pileta de lavado quirúrgico
- Pulseras de identificación
- Documentación (ver página 57)
- Jeringas, catéteres, torundas y gasas estériles
- Soluciones parenterales
- Monitor de temperatura
- Guantes estériles
- Medicamentos de stock de sala de partos de acuerdo a las Normas de Habilitación de Hospitales



- Basureros con tapa diferenciados



24. Referencias Bibliograficas

24.1 Bibliografía citada

- 1 INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2015
- 2 Idem
- 3 Idem
- 4 Idem
- 5 Idem
- 6 Idem
- 7 Idem
- 8 Idem
- 9 INEC - Costa Rica Mortalidad Infantil y Evolución Reciente, 2016
- 10 Breilh, Jaime. Nuevos conceptos y técnica de investigación. Quito CEAS, 1994.
- 11 Cordero Velázquez, Tatiana, ed. De otros partos y nacimientos: historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. Quito, Ecuador: OPS, CEPAM, 1996.
- 12 Caja Costarricense de Seguro Social. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.
- 13 Idem
- 14 Idem



15 Matamala, María Isabel y otros. “Calidad de la atención en Salud Reproductiva desde un enfoque de género Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud de occidente de la región metropolitana”. En: “Memorias Taller sobre la calidad de servicios en salud sexual con enfoque de género”, San Salvador, El Salvador, mayo 23-26, 1995.

16 Op.cit, López, 1999.

17 Matamala, OpCit, 1995.

18 Caja Costarricense de Seguro Social. Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. “Una propuesta para su construcción”, Costa Rica. Julio, 2001.

19 Unicef (II Edición). Maternidad Segura y Centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural – Conceptualización e implementación del modelo. Segunda Edición. Costa Rica. Junio 2012

20 Caja Costarricense de Seguro Social. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.

21 Unicef (II Edición). Maternidad Segura y Centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural – Conceptualización e implementación del modelo. Segunda Edición. Costa Rica. Junio 2012

22 Idem

23 Idem

24 Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva York 2015

25 Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2015-2018

26 Idem

27 Idem



28 Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. "Una propuesta para su construcción", Costa Rica. Julio, 2001.

29 Cunningham G. et al (2015).CAPÍTULO 22: Trabajo de parto normal. Williams. Obstetricia, 24e. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. ISBN: 978-607-15-1277-2.

30 Botero, J., Henao, G., Londoño, J. (2015). Capítulo 35 El trabajo de parto normal. Obstetricia y ginecología, 9a Ed. Fondo editorial CIB..

31 Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por NationalInstitutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.

32 CIVILIS Derechos Humanos. (2013). Entorno habilitante. Quirón Redes Humanas C.A. Disponible en: <http://derechosoc.civilisac.org/>. Pág. 28

33 European Anti Poverty Network. (2009). Guía metodológica de Participación Social de las personas en situación de pobreza y exclusión social. EAPN ESPAÑA.

34 Pérez, J., Gardey, A. (2010). Definición de usuario - Qué es, Significado y ConceptoDefinicion.de. Disponible en: <http://definicion.de/usuario/#ixzz4M3KpOLPP>.

35 (Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso de Nacimiento LGMDDSS ARSDT.CNE.0810).

36 Solano E., Quirós O. (2014). Manual Técnico de Educación Perinatal para las mujeres gestantes y sus familias. Código MT.GM.DDSS.AAIP.003. CCSS. San José. Costa Rica <http://doi.org/978-84-613-5612-6>. Pág. 28.

37 Guía de Cuidado de Enfermería a la Familia gestante en el trabajo de parto y el puerperio (EBE) Bogotá Colombia.

38 Echavarría, A. (2016). SISTEMAS DE SALUD Y GESTION EN RED. Magíster Administración Hospitalaria. Universidad Talca Chile. Disponible en: http://www.cegis.utalca.cl/doc/luis_echavarria/Gestion%20Red%202.pdf

	GERENCIA MEDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COMISION DE ALTO NIVEL PARA LA ATENCION CALIFICADA DEL PARTO	Página 96 de 100 Fecha de emisión: 16/08/2017
	MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	VERSIÓN: 1

39 Díaz, C. (2011). Gestión Clínica. No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas. Universidad ISALUD, 1-13. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/pdf/Gestion-clinica-2011-Universidad-ISALUD.pdf>

40 Díaz, D., Pérez de Armas, M., & Curbelo, I. (2010). GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SU IMPORTANCIA EN LAS ORGANIZACIONES. Ingeniería Industrial, 26(2), 10 págs. Disponible en: <http://rii.cujae.edu.cu/index.php/revistaind/article/view/136/123>

41 Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2016). Glosario de Términos sobre Administración Pública, Perú. Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indg.htm>

42 Instituto Andaluz de la mujer (2016). Pertinencia de Género. Unidad de Igualdad de Género. Rincón Autodidacta. España. Unión Europea. Fondo Social Europeo. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/ImpactoGenero/pertinencia_quees.html

43 Julián Pérez Porto y Ana Gardey. (2015). Definición de Admisión. Actulizado 2016, de Definicion.de Sitio web: <https://definicion.de/admision/>

44 & Kilpatrick SJ, Laros RK, Zhang J, Troendle JF, Yancey MK&. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Versión resumida. 08/03/2017, de GuíaSalud.es Sitio web: http://www.guiasalud.es/egpc/parto_normal/resumida/apartado03/dilatacion01.html

45 Estudio "Situación actual de la atención de la salud a las mujeres y acompañantes en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social

24.1 Bibliografía consultada

Alarcón, M, Ana M; Vidal H, Aldo y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.

	GERENCIA MEDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COMISION DE ALTO NIVEL PARA LA ATENCION CALIFICADA DEL PARTO	Página 97 de 100 Fecha de emisión: 16/08/2017
	MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	VERSIÓN: 1

Rev. méd. Chile [online].2003, vol.131, n.9, pp.1061-1065.ISSN 00349887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1998) Ley N°7735. Ley General de Protección a la Madre Adolescente. Costa Rica

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001). Ley N°8111. Ley Nacional de Vacunación. San José – Costa Rica

Asamblea Nacional Constituyente. (1949). Constitución política de la república de Costa Rica. Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión Técnica Interinstitucional-CCSS, (Julio -2001) "Modelo de atención integral de la salud de las mujeres". Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. (Diciembre 2016) Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. (2008). Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período perinatal, parto y posparto. San José - Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Guía de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. San José – Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015-2016) Informe del Estado de Situación de las maternidades de la CCSS. Para el Análisis de la Atención Calificada del Parto. Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso de Nacimiento LGMDDSS ARSDT.CNE.0810. Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (Ed.). (2014). Programa de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en Territorio Costarricense. Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Gerencia Médica. San José, Costa Rica

Coordinación Nacional de Psicología, Coordinación Nacional de Enfermería Área de Atención Integral a las Personas – CCSS,

	GERENCIA MEDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COMISION DE ALTO NIVEL PARA LA ATENCION CALIFICADA DEL PARTO	Página 98 de 100 Fecha de emisión: 16/08/2017
	MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	VERSIÓN: 1

"Lineamiento: Atención integral a la mujer en su proceso de embarazo, parto y puerperio (2015)

Cunningham G. et al (2015).CAPÍTULO 22: Trabajo de parto normal. Williams. Obstetricia, 24e. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. ISBN: 978-607-15-1277-2.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del Modelo. Argentina.

Guía de Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia, Contingencia y Desastre. (Julio-2015). 1st ed. [libro electrónico] República Dominicana: Ministerio de Salud Pública, pp.01-31Disponible en <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/GuiadeAtencion-Salud-1.pdf>[Accesado 28 Nov. 2016].

Guía de Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia, Contingencia y Desastre. (2016). 1st ed. [libro electrónico] Guatemala: Dr. Ludwing Ovalle Cabrera, pp.03-52. Disponible en: <http://bd.mujeres.net/documentos/guia-salud-reproductiva-situaciones-emergencias-contingencias-desastre> [Accesado 29 Nov. 2016].

Ledezma Izard Luis Gmo, (Abril 2005-Enero 2011). "Presentación Power Point: Gestión en Red". Costa Rica

Ministerio de Salud de Costa Rica. (1995). Comisión Nacional de Inmunizaciones Decreto Ejecutivo No. 24046. Costa Rica.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Comisión Nacional de Lactancia Materna. (1998). Ley Nº 7430. Fomento de la Lactancia Materna y su Reglamento. (3º ed.). San José, Costa Rica

Ministerio de Salud de Costa Rica (1974). Ley Nº5395 Ley General de Salud. Editorial Investigaciones Jurídicas (3º ed.). San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (1998). Programa Nacional de Tamizaje y Alto Riesgo. La Gaceta - Decreto 23931. San José- Costa Rica

	GERENCIA MEDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COMISION DE ALTO NIVEL PARA LA ATENCION CALIFICADA DEL PARTO MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 99 de 100 Fecha de emisión: 16/08/2017
		VERSIÓN: 1

Organización de las Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe de 2015.

Pérez, J., Gardey, A. (2010). Definición de usuario - Qué es, Significado y Concepto Definición de. Disponible en:
<http://definicion.de/usuario/#ixzz4M3KpOLPP>

Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica (2015). Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico Legal. La Gaceta - Decreto 17461-S. San José - Costa Rica.

Presidencia de la República. (1998). Ley 7739. En Código de la Niñez y la Adolescencia (72). San José - Costa Rica: La Gaceta N° 26.

Presidencia de la República, Ministerio de Salud (2009). Norma de Control Prenatal “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”. La Gaceta No.103. Costa Rica

Presidencia de la República, Ministerio de Salud. (2015). Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. La Gaceta - Decreto 39009-S. San José- Costa Rica

Presidencia de la República de Costa Rica, Ministerio de Salud. (2015). Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva. Decreto Ejecutivo No. 39088. Costa Rica.

Presidencia de la República, Ministerio de Salud (1990). Tamizaje Neonatal Masivo (*) Decreto Ejecutivo No. 1950. Costa Rica

Toro Ocampo Horacio. (2006). Protección Social en Salud Continuo de Vida. De slideplayer.es. Sitio web: <http://slideplayer.es/slide/1123193/>

Tribunal Supremo de Elecciones Normativa (2001). Ley No. 8101. Ley de Paternidad Responsable. Costa Rica.

Ulises Zúñiga Morales. (2000). Código Penal. San José - Costa Rica: Invest Jurídicas.

Verástegui, M., Fallaque, C. (2011). Atención en Salud con Pertinencia Intercultural. Lima, Perú: Salud Sin Límites Perú.



MODELO DE ATENCION CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

VERSIÓN: 1