



MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD "DOULAS", PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL CUIDADO PERINATAL EN INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ¹

HEALTH CARE MODEL DOULA TO IMPROVE QUALITY OF PERINATAL CARE IN FIRST LEVEL OF CARE INSTITUTIONS IN BOGOTA

Diana Marcela Uribe Bustamante²
Leonardo Viveros Mejía³

RESUMEN

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977, surgió un compromiso de los países, de involucrar como políticas de salud, la Atención Primaria para alcanzar la meta salud para todos en el año 2000. Los modelos que se derivan de la atención primaria y que actualmente hacen parte de la atención perinatal en Colombia son Control Prenatal y Lactancia Materna, estos modelos han disminuido de manera significativa, pero no definitiva, el problema de morbi mortalidad materno fetal. Por esta razón se realiza un revisión sistemática y se encuentra un modelo de atención perinatal que ha sido implementado en países como Francia, España, Estados Unidos y Argentina entre otros, dicho modelo describe la figura del acompañamiento de las mujeres en estado de embarazo, proporciona apoyo y capacitación constante, además que disminuye el índice de intervenciones tipo cesárea, el gasto farmacéutico elevado y los índices de morbimortalidad, esta figura de acompañante se le llama "Doula". La ayuda que ofrece la Doula es de carácter profesional, durante el embarazo y el puer-

ABSTRACT

At the World Health Assembly held in 1977, came a commitment from countries, such as to involve health policies, the Primary Health Care to meet the target health for all by 2000. Models that are derived from primary care and now are part of perinatal care in Colombia are check perinatal and Breastfeeding, these models have decreased significantly, but not definitive, the problem of maternal and fetal morbidity and mortality. For this reason there is a systematic review, finding a model of perinatal care that is being implemented in countries like France, Spain, the United States and Argentina among others, that model describes the figure of the accompaniment of women in a state of pregnancy, providing support and constant training, allowing interventions reduce the rate of Caesarean section rate, and high pharmaceutical expenditure rates of morbidity and mortality, this figure companion is name "Doula". The aid offered by the Doula is a professional, during pregnancy and the postpartum period, providing theoretical explanations and practices about pregnancy, childbirth and on

- 1 Trabajo de investigación basado en el Trabajo de grado presentado en la Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud, Universidad El Bosque. Presentado en 10/10/2009 y aprobado el 12/06 / 2009. Los autores agradecen la experta colaboración de los doctores Alexandra Porras y Álvaro Amaya Navas.
- 2 Odontóloga Universidad San Martín; Especialista de Gerencia de la Calidad en Salud Universidad El Bosque. diandoant@hotmail.com
- 3 Médico Cirujano; Especialista de Gerencia de la Calidad en Salud. Universidad El Bosque drviveros@yahoo.com



perio, brinda explicaciones teóricas y prácticas sobre la gestación, sobre el parto y sobre pautas adecuadas de crianza. A partir del análisis de la información recolectada, se propone implementar el modelo de atención Doula, sirve de apoyo y asesorías continuas, fortalece los modelos actuales (Control Prenatal y Lactancia Materna) y desarrolla preparaciones no solo para el parto sino para un puerperio y crianza felices.

Palabras Claves: Estrategias de atención en el embarazo, Cuidado Perinatal, Cuidado Primario, Calidad, Doulas.

the proper guidelines on Aging. From the analysis of information collected, it is proposed to implement the model of care Doula, allowing continuous support and advice, strengthening the current models (check perinatal and Breastfeeding) and developing not only preparation for childbirth and postpartum, but for a happier upbringing.

Key words: Strategies of care in pregnancy, Perinatal Care, Primary Care, Quality, Doulas.

INTRODUCCIÓN

Colombia en materia de mortalidad materno fetal, registra una de las tasa más altas de Latinoamérica, alcanzando las 104 muertes de madres por 100.000 nacidos vivos, cifra preocupante si se compara con las estadísticas de países vecinos como Ecuador (65), Venezuela (67.2) y Costa Rica (11.2), por esta razón muchas ciudades de Colombia incluyendo Bogotá D.C., están diseñando estrategias que permitan disminuir estos índices de morbilidad materno fetal.

Específicamente se comenzó a implementar en todo el territorio nacional la estrategia del control prenatal y la Lactancia Materna, las cuales permitieron identificar los riesgos, y en ocasiones realizar intervenciones oportunas, pero no logró disminuir significativamente los índices de morbilidad.

Por su parte Bogotá comenzó a implementar a comienzos de 2007, una estrategia de fortalecimiento de la atención primaria (Salud a su Hogar), la cual complementa las acciones del control prenatal en cuanto a identificación del riesgo; pero no es exclusiva del cuidado perinatal, ya que incluye medicina general, vacunación, nutrición, salud oral y otros problemas de salud pública⁴.

Por todo lo anterior, nace la idea de diseñar un modelo de atención primaria, exclusivo del embarazo, el parto y el puerperio, que además de apoyar a los modelos existentes,

genere un impacto positivo en cuanto a la disminución de las cifras de morbilidad materno fetal y que no solo se implemente en Bogotá, sino que sea un modelo estándar para todo el territorio Colombiano.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Se considera como el precursor de la atención primaria al Dr. Grant, quién estableció, sobre la base de su experiencia entre 1921-1959, algunos principios para la prestación de servicios de salud. Él resaltó, la participación de la comunidad como uno de los principales aspectos en la eficiencia de los servicios de salud; hizo énfasis en la coordinación intra e intersectorial, se refirió a la tecnología apropiada, anotando que los métodos aplicados debían ser científicamente eficientes y socialmente aceptados, y estableció algunas pautas para la regionalización de los servicios. Sus postulados permanecieron a lo largo de la década de los 60⁵⁻⁶.

En la década de los 70, más de la mitad de la población mundial no recibía asistencia adecuada de salud y había una insuficiente e injusta distribución de los recursos dentro del sector. Era necesario abordar estos problemas con criterios que permitieran reducir el abismo entre privilegiados y desposeídos, para asegurar una distribución más equitativa de los recursos y conseguir que las per-

4 Alcaldía Mayor de Bogotá, Prevención de la mortalidad materna, Hallado en: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/mortalidadmaterna.aspx>.

5 Starfield B. Primary Care Concept, Evaluation and Policy. New York. 1992.

6 Carrasquilla JG, Programas de Atención Primaria Materno-infantil. En: Primer Taller Latinoamericano de Atención Primaria con énfasis en salud materno-infantil. Cali- Octubre 25-30.1982.



sonas alcanzaran un nivel de salud que permitiera una vida social y económicamente productiva⁷.

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el año de 1977, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron como meta alcanzar salud para todos en el año 2000, mediante el mejoramiento de las condiciones de equidad, acceso y cobertura de los servicios básicos. Al año siguiente, se celebró en Alma Ata la Conferencia Internacional de Atención Primaria, la cual tenía como objetivos la promoción del concepto de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los países, el intercambio de experiencias acerca de la organización de la APS en el marco de Sistemas Nacionales de Salud, y la definición de los principios y los medios operativos que permitiesen superar los problemas prácticos que planteaba su implementación. Como resultado surgió el compromiso de los países de incorporar, tanto en sus políticas de salud como en el Sistema Nacional de Salud, la Atención Primaria como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En Colombia, en las décadas del 50 y 60 se llevaron a cabo programas de APS que sirvieron de modelo de implementación en otros países en desarrollo y fueron tenidos en cuenta por la OMS para la reunión de Alma Ata; entre ellos se destaca lo realizado por la Universidad de Antioquia en Santo Domingo, la Universidad Javeriana en Cáqueza, la Universidad de Caldas en Villamaría y la Universidad del Valle en Candelaria, Siloé y el Guabal⁸.

En general, en estos programas se buscaba aumentar coberturas, delegar funciones médicas hacia promotoras de salud y auxiliares de enfermería y promover el apoyo de la comunidad a través del trabajo voluntario⁹.

El Programa de Candelaria planteó un sistema simplificado de servicios de salud, de tal

forma que se pudiera obtener una mayor cobertura; funcionara dentro del Sistema de Regionalización e Integración de los Organismos de Salud; utilizara al máximo los recursos de la comunidad, en especial personal voluntario o semivoluntario; incrementara la eficiencia del personal profesional, dándoles responsabilidades en actividades de mayor envergadura y supervisión; sería reproducible en cualquier comunidad y podría ser evaluado periódicamente¹⁰.

En Cali, desde la década del 70, se iniciaron programas de APS para la zona urbana de la ciudad, entre los más importantes se destacan: El Programa de Delegación de Funciones en los Distritos Sanitarios 4 y 5 de Cali, también llamado el Sistema de Prestación de Servicios de Salud, PIMAR; el Programa de Investigación de Modelos de Prestación de Servicios de Salud, PRIMOPS y el Programa Integrado de Participación Comunitaria en Salud y Educación para la Vida en Familia.

El programa PIMAR se inició en 1971 con el fin de prestar servicios de protección materno-infantil mediante la delegación de funciones en Auxiliares de Enfermería y en Promotoras de Salud, detectar y tratar precozmente el carcinoma de cuello uterino y disminuir la morbilidad materna infantil, la desnutrición y la mortalidad por aborto.

Para cumplir con estos objetivos, el programa utilizó como estrategias el control prenatal, el control posparto, la planificación familiar y el control de crecimiento y desarrollo, teniendo en cuenta tres niveles de prestación de servicios: el domicilio, el puesto de salud y el centro de salud¹¹.

PRIMOPS se propuso desarrollar un modelo de prestación de servicios de salud que alcanzara altas coberturas con bajo costo, con delegación de funciones, participación de la comunidad, teniendo la casa y la comunidad como base del sistema de salud y que pu-

7 OMS-UNICEF Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata en el Kazajstán Soviético, URSS. Septiembre de 1978.

8 Saravia J. A, Palacio M, Carvajalino. Desarrollo de la APS en Grandes Ciudades, Cali, Programa la Alegría de Enseñar, FES, 1990.

9 Cruz, L.F., Carrasquilla G., Girón L.N. La estrategia de Atención Primaria de Salud de Cali. Un modelo operacional. Memorias del primer taller de Atención Primaria. Santiago de Cali. 1.987.

10 Carrasquilla JG, Programas de Atención Primaria Materno-infantil. En: Primer Taller Latinoamericano de Atención Primaria con énfasis en salud materno-infantil. Cali- Octubre 25-30.1982.

11 Galarza, M.T, Carrasquilla JG. Atención Primaria en Salud y Bienestar Familiar. En: Taller internacional de atención primaria urbana. Popayán 5 a 9 Octubre 1982.



diera extenderse a otras áreas de Cali y Colombia¹².

El Programa Integrado de Participación Comunitaria en Salud y Educación para la Vida en Familia surgió como respuesta a la necesidad de integrar acciones paralelas en atención del menor y la familia, por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Salud-Unidad Regional de Salud de Cali- y el Plan de Alimentación y Nutrición y la Universidad del Valle. Sus principios incluían la participación comunitaria, la utilización del concepto de riesgo para la definición y asignación de actividades, la orientación a los distintos niveles de atención, la regionalización, estableciendo el hogar como nivel básico de la prestación de servicios, el aumento de coberturas a un bajo costo y el desarrollo de un sistema de información y evaluación que permitiera un análisis oportuno del desarrollo de sus acciones¹³.

Al evaluar estos programas en términos del cumplimiento de sus objetivos, se identificó que estas experiencias habían contribuido a la implementación de una metodología para la formación y el trabajo con grupos comunitarios y que estos grupos jugaban un papel cada vez más importante en la dinámica de prestación de servicios, haciendo realidad la extensión de coberturas y vinculando agentes de la comunidad local en la promoción de la salud.

La Fundación FES participó de estas experiencias desde sus inicios, en especial, administrando los dineros para la ejecución del Programa de Candelaria¹⁴. Además, apoyó la Atención Primaria a través de la experiencia

Dagua¹⁵ y del Programa de Desarrollo Comunitario del Barrio El Diamante¹⁶.

De otro lado, llegada la década del 80, Colombia había pasado de tener el 30% de su población en el área urbana, en 1933, a las dos terceras partes, en 1985. Además, se estimaba que 12 millones de personas padecían situación de pobreza, es decir, no disponían de ingresos suficientes para cubrir los requerimientos mínimos de subsistencia. En este contexto era difícil para el Estado satisfacer las crecientes exigencias en empleo y servicios públicos en zonas urbanas marginadas, se requería la movilización de recursos para lograr el desarrollo de infraestructura básica¹⁷ y era necesario ajustar la organización de los servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a servicios básicos a las personas que vivían en estas áreas marginadas¹⁸.

En 1987 la Fundación FES inició el Programa de Atención Primaria en Zonas Urbanas Marginadas cuyo propósito era mejorar la salud de la población de menores recursos de las grandes ciudades, estableciendo un modelo práctico de Atención Primaria con énfasis en Voluntarias de Salud, activa participación de la comunidad, exploración de nuevas fuentes de financiación con aportes del sector privado y de la comunidad, esquemas de colaboración interinstitucional para ampliación de coberturas y adaptabilidad del modelo y de las alternativas que surgieran para servir a los grupos marginados de las grandes ciudades¹⁹.

En 1992 se entrevistaron voluntarias de salud, monitores, funcionarios de las instituciones financiadoras y hogares beneficiarios

12 Aguirre A. Atención a la madre y al niño menor de cinco años con énfasis en la Atención Primaria. Un Programa de Investigación Operacional en la Prestación de Servicios de Salud y de Integración Docente Asistencial. Universidad del Valle, Ministerio de Salud, Secretaría de Salud de Cali. Cali. 1980

13 Rojas O., Evaluación de un programa de atención primaria en salud y bienestar familiar. Tesis: de Master of Science in community health in developing countries. University of London. 1981.

14 Malagón L, Sánchez W, Gutiérrez MI, Arias L, Burbano E. Investigación sobre los condicionantes de la permanencia de las voluntarias en el NAP Diamante. CIMDER 1989
Fundación FES. Evaluación de los proyectos de desarrollo Dagua-Vijes y el Diamante. Santiago de Cali. 1986.

15 Uribe de B. M, Mejía N. J., Un modelo de desarrollo integral comunitario urbano Santiago de Cali. Centro de Publicaciones FES-FRB. 1997.

16 Saravia JA, Palacio M, Carvajalino, Desarrollo de la APS en Grandes Ciudades Cali, Programa la Alegría de Enseñar, FES, 1990.

17 Malagón L, Sánchez W, Gutiérrez MI, Arias L, Burbano E. Investigación sobre los condicionantes de la permanencia de las voluntarias en el NAP Diamante. CIMDER 1989

18 Cruz, L.F., Carrasquilla G., Girón L.N. La estrategia de Atención Primaria de Salud de Cali. Un modelo operacional. Memorias del primer taller de Atención Primaria. Santiago de Cali. 1987.

19 Robertson, R. and Shepard, D. Evaluation of Special Primary Health Care Program In Cali: Based on Information From Providers and Planners-Sponsors. 1993.



y no beneficiarios de la visita domiciliaria realizada por la voluntaria encontrándose que, en general, las voluntarias eran mujeres mayores de 18 años, habían permanecido en el programa un promedio de tres años, dedicaban siete horas semanales a las actividades del voluntariado y cada una tenía a su cargo un promedio de 76 familias. El estudio estableció poco cambio en los conocimientos y prácticas de los hogares aunque el área directamente cubierta por las voluntarias mostró un mejor estado nutricional de los niños. Los hogares en las áreas visitadas por las voluntarias mostraron mejores conocimientos en vacunación y diarrea, pero no en lactancia materna²⁰.

De otra parte se encontró menor uso de servicios ambulatorios y menores desembolsos de gastos en servicios de salud (hospitalarios y ambulatorios) en las familias visitadas por las voluntarias. Esto se reflejaba en que por cada dólar invertido por el sistema de salud en operar el programa de voluntarias, se retornaron US \$1.7 a las familias a través de la disminución de gastos en salud. En el caso de mujeres y niños estos gastos en atención ambulatoria en las zonas donde operaban las voluntarias, bajo la supervisión de fundaciones privadas, fueron 65% más bajos que en áreas donde no operaban²¹.

En 1992, las Fundaciones recogieron en un documento la experiencia del programa al cumplir sus cinco años de ejecución, encontrando que se habían capacitado 2.016 voluntarias de las cuales 42.3% estaban activas en el último semestre del 92; respecto a la coordinación intersectorial, 87 instituciones estaban participando en comités intersectoriales e interinstitucionales. Adicionalmente, las Fundaciones habían invertido \$ 364.361.054 de los cuales 53% correspondía a participación comunitaria, 12% a coordinación intersectorial, 11% a desarrollo administrativo y 24% a desarrollo tecnológico²².

Entre 1987 y 1996, tiempo de duración del Programa de Atención Primaria de las fundaciones FES y Restrepo Barco, se celebraron varios eventos internacionales alrededor de la estrategia de Atención Primaria como las Conferencias de Ottawa²³ (Asociación, 1986) en 1986, Riga²⁴ en 1988 y El Cairo²⁵ en 1994. En Colombia, por su parte, se dieron cambios substanciales que incidieron directamente en el proceso de implementación y desarrollo de la Atención Primaria, como la elección popular de alcaldes, la Asamblea Constituyente 1991, la aprobación por el Congreso y promulgación de la ley 10 de 1990, y las leyes 60 y 100 de 1993.

1.2 Marco conceptual

1.2.1 Atención primaria

La Atención Primaria se definió como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, puesta al alcance de todos los individuos y familias mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar". Se propuso que la Atención Primaria formara parte del desarrollo social, inspirado en la justicia social, para alcanzar la meta de lograr salud para todos, en el año 2000. Se definió que la estrategia debía estar relacionada con la gestión local de la salud y las reformas a los sistemas de salud. En ambos se debían generar cambios que permitieran la aplicación de la atención primaria.

1.2.1.1 Gestión local de la salud

Es el conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones en salud así como, la movilización de actores y recursos para el logro de las metas propuestas sectorizadas. Fortaleciendo la acción interinstitucional e intersectorial y la construcción de alianzas estratégicas y la modulación de las relaciones entre los diferentes actores y sectores, en pro de la salud y su desarrollo local. Con

20 Robertson, R. and Shepard, D. Evaluation of Special Primary Health Care Program In Cali: Based on Information From Providers and Planners-Sponsors. 1993.

21 Shepard, Donald; Becerra, Jaime; Sanchez, William; Essayan, Van; Bongiovanni, Annette; Robertson, Robert; Barona, Bernardo. Volunteer Community Health Workers in Cali, Colombia: Impact on Knowledge, Behavior and Health Expenditures. 1993.

22 Caicedo I, Carrasquilla M.C. Estrategia de Atención Primaria en zonas urbanas marginadas de Colombia: Nuestra experiencia de cinco años. Fundación FES 1.991.

23 Asociación Canadiense de 1.986. Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

24 OMS. De Alma Ata al año 2.000. Reflexiones a medio camino. 1.988.

25 Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Naciones Unidas. Nueva York, 1.995



relación a la gestión local de la salud se propuso que esta debería desarrollarse con un enfoque intersectorial de los problemas de salud, estimulando una activa participación comunitaria, y utilizando tecnologías apropiadas para la solución del problema a resolver.

1.2.1.2 Coordinación intersectorial

Se entiende por coordinación intersectorial al proceso dinámico, interactivo e iterativo de diseño de cambios integrales en las políticas de salud para la clasificación y el uso racional, eficiente y estratégico de los servicios, de acuerdo con criterios económicos, culturales y de capacidad social.

La Atención Primaria, reitera la concepción de salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", y como un "derecho humano fundamental". Por ello, requiere la participación de otros sectores sociales y económicos, para que, de manera coordinada con el sector salud, se planeen y apliquen las soluciones más indicadas para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población.

1.2.1.3 Participación comunitaria

La participación comunitaria es un mecanismo por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global.

La Atención Primaria en Salud (APS) demanda la participación plena y organizada de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de los servicios de salud. Esto incluye su participación en la identificación de problemas, en el establecimiento de prioridades, en la decisión sobre las intervenciones y en la asignación de los recursos.

Esto implica el establecimiento de un marco institucional para que los individuos, las familias y las comunidades se hagan responsables de su salud y bienestar.

1.2.1.4 Tecnologías apropiadas

Se planteó la necesidad de que los gobiernos, las instituciones de investigación y de

enseñanza, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y, sobre todo, las comunidades desarrollaran, las tecnologías y métodos adecuados para mejorar la salud que fueran científicamente válidos, apropiados a las necesidades locales, aceptables para la comunidad y sostenidos por la propia población.

1.2.2 Reformas a los sistemas de salud

El papel del Estado está cambiando en todos los países que buscan una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales. Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.

En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

Por otro lado, los Sistemas Nacionales de Salud debían reformarse para facilitar el desarrollo de la estrategia de APS. Esto demandaba ajustar la organización para prestar servicios de salud, modificar la formación de los recursos humanos, establecer delegación de responsabilidades en el nivel local, definir mecanismos de seguimiento y revisar la financiación de la salud.

1.2.2.1 Formación de recursos humanos

Se planteó la relevancia de emprender actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías de personal existente y de revisar los programas para el adiestramiento de nuevo personal de salud. Se debía prestar atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de los docentes y al adiestramiento en salud de personal en otros sectores.

De igual forma, se propuso la utilización plena de los recursos humanos definiendo claramente las funciones, competencias y actitudes necesarias de acuerdo con las tareas asignadas. Se señaló la importancia de crear equipos conformados por agentes de salud de la comunidad, personal de catego-



ría intermedia, enfermeras, médicos y, en algunos casos, personas de la medicina tradicional y parteras empíricas. Los sistemas debían prever incentivos para todas las categorías de personal de salud en proporción con el aislamiento geográfico y con las características de las condiciones de vida y trabajo.

1.2.2.2 Seguimiento

Se planteó la necesidad de aplicar, en todos los niveles, métodos apropiados de gestión para planificar y poner en práctica la APS con ayuda de un sistema de información sencillo y pertinente, compartir el control con la comunidad y facilitar el adiestramiento apropiado en materia de gestión a personal de salud en las diferentes categorías.

Igualmente, las estrategias debían ser continuamente reevaluadas con el objeto de garantizar su adaptación a las distintas fases del desarrollo y debían formularse y aplicarse con la participación amplia de comunidades y gobierno.

1.2.3 Apoyo social

El apoyo social se conceptualiza comúnmente como un proceso que consta de tres dimensiones: consejería/información, ayuda tangible y apoyo emocional (estar presente, escuchar, dar consuelo y confianza).

El apoyo social es bidireccional, es decir, se espera que dos personas ofrezcan apoyo mutuo. En muchas instancias de atención médica, el apoyo es unidireccional: una de las partes da apoyo y la otra lo recibe, por lo que aunque el término apoyo social es inadecuado, los conceptos básicos son los mismos. Estudios descriptivos de la experiencia de la mujer durante el nacimiento sugieren que la mujer en trabajo de parto agradece el asesoramiento y la información, medidas que le brinden comodidad y otras formas de ayuda tangible para ayudarla a salir adelante con el parto, así como la presencia continua de una persona comprensiva. Los estudios que se incluyen en esta reseña evaluaron los efectos del apoyo intraparto en varios resultados del nacimiento, tanto médicos como psicosociales.

1.2.4 Cuidado perinatal

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se con-

tinúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existe la aceptación generalizada acerca de los principios de cuidados basados en las evidencias.

La Oficina Regional de la OMS para Europa recientemente desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados en la reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea). Los diez principios del cuidado perinatal que la OMS señaló en la reunión son:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser, no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el número mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.



7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS²⁶.

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento

- Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- Contacto madre-hijo sin restricción.
- Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%.
- Posición levantada durante el trabajo de parto.³

Dentro del cuidado perinatal se realizan varias actividades que permiten el bienestar de la gestante y el feto. Estas actividades se desarrollan dentro de las prácticas de control prenatal, y Figuras de Apoyo (doula).

1.2.4.1 Control prenatal

El control prenatal es el conjunto de acciones y actividades que se realizan a la gestante, con el fin de disminuir al máximo la morbimortalidad materno fetal, y obtener un recién nacido en óptimas condiciones, desde el punto de vista físico, mental y emocional.

El control Prenatal como sistema de prevención, cumple con tres objetivos básicos:

- Implementación y extensión del control prenatal
- Selección y manejo del riesgo perinatal
- Clasificación y aplicación de métodos de vigilancia materno fetal.

Para lograr con dichos objetivos, es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con cobertura amplia.

La Asociación Americana recomienda una primera visita tan pronto se sospeche la gestación, luego controles cada mes hasta la semana 28, después cada 15 días hasta la semana 36 y cada 8 días hasta el final del embarazo; por otro lado la Organización Mundial de la salud (OMS), considera que un buen control prenatal es aquel que inicia antes del tercer mes, con 8 a 12 citas en las cuales el médico debe realizar la primera y participar en las siguientes.

En cuanto a la cobertura, es preciso brindar el programa de control prenatal a todas las gestantes; de no lograrse lo anterior por lo menos se debe atender a la mayoría.

Como propósitos finales del control prenatal podemos destacar:

- Prevenir, diagnosticar precozmente y tratar las complicaciones del embarazo
- Brindar educación en salud tanto a la gestante como a su familia, con el fin de educarlos para la atención del recién nacido.
- Preparar a la embarazada para el parto²⁷.

1.2.4.2 Doulas

El término Doula proviene del idioma Griego, y significa mujer "que está al servicio de otras mujeres o partera".

Los Drs. Klaus y Kenon en un gran hospital público de Guatemala (60 nacimientos al día) durante la década de los 70. Se dieron cuenta de que el índice de intervenciones, cesáreas y gasto farmacéutico era muy elevado. Para intentar solventar el problema realizaron el siguiente estudio: aleatoriamente se asignaron mujeres a otras mujeres que habían sido madres, con experiencia en nacimientos, para que las atendieran durante su trabajo de parto, y otras fueron asignadas al personal sanitario, como era habitual.

Constataron que las mujeres del primer grupo precisaron muchas menos intervenciones.

26 Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R, Who principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207

27 Botero U. Jaime, Jubiz H. Alfonso, Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología, Texto integrado. Sexta Edición. Bogotá. 1999



Cuando publicaron estos estudios, no encontraban la palabra adecuada para designar a la mujer que acompaña al parto, y eligieron el vocablo griego "doula". Es una palabra que proviene del griego antiguo y que significa esclava o sirviente en una gran casa, y que probablemente ayudaba a la mujer principal de la casa durante su proceso de parto. Pero, en realidad, dado que este vocablo significa literalmente esclava, en entornos griegos se prefiere usar el nombre "paramana doula", que tiene un sentido más cercano al que se busca. De todas maneras, en todo el mundo se identifica con el nombre doula a la mujer, con conocimientos del trabajo de parto y del nacimiento en sí, que acompaña a la mujer que va a parir.

Una doula es una asistente, especialmente capacitada para asistir a las mujeres embarazadas en el momento del parto, la cual brinda ayuda tanto psicológica como emocional, a fin de que las mujeres que estén a punto de tener un bebé disfruten plenamente de ese maravilloso momento.

Según Kennel y Klaus una doula puede proporcionar las siguientes diferencias:

- 50% reducción en cesáreas
- 25% parto más corto
- 60% menos peticiones de epidural
- 40% menos uso de oxitócica sintética
- 30% menos uso de analgésicos
- 40% menos uso de fórceps
- Mejora el vínculo padres-bebé
- Menos problemas con la lactancia
- Menor incidencia de depresión posparto²⁸

Un estudio de la Universidad Case Western Reserve en Cleveland, Estados Unidos, mostró que mientras el 63% de las mujeres que no tuvieron el apoyo de una doula necesitaron de una cesárea tras la inducción del parto, sólo un 20% de aquellas que tuvieron a una doula con ellas la requirieron.

La ayuda que ofrece la doula es de carácter profesional, durante el embarazo proporcio-

na explicaciones teóricas y prácticas sobre la gestación y sobre el parto, y asesora sobre los ejercicios adecuados en cada etapa del embarazo, además apoya psicológicamente para afrontar las nuevas experiencias o problemas que puedan surgir.

En varios países del mundo se ha implementado la figura de la doula con buenos resultados y con impacto directo en los índices de morbilidad perinatal, permitiendo una mayor aceptación de dicha figura por parte del cuerpo médico y de las pacientes y como resultado un crecimiento de la estrategia doula en muchos países del mundo²⁹⁻³⁰.

1.3 Marco legal

Con respecto al cuidado de la madre y a la asistencia durante el embarazo la Declaración de los Derechos Humanos y la Constitución Política de Colombia citan lo siguiente:

- **Declaración de los Derechos Humanos**, en su artículo 25..."2. La Maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales"
- **Constitución Política de Colombia 1991**, en su artículo 43..." La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia"
- **Por otro lado, la resolución 0412 del 2000**, define la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Esta norma permite "identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones..."³¹.

28 John H. Kennell, Marshall H. Klaus, Phyllis H. Klaus, *Mimando a la madre, como una doula puede ayudarte a tener un nacimiento más corto y sano*, (Mothering the Mother, How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth), United States of America, 1993

29 Papagni K, Buckner E, Doula support and attitudes of Intrapartum Nurses, *Journal of perinatal education* 2006,15(1), 11-18.

30 Campbell D, Lake M, Falk M, Backstrand J. A. randomized control trial of continuous support in labor by a lay Doula, *Jognn*2006, 35(4), 456-464

31 Ministerio de salud, Resolución 412, Bogotá (Colombia), 25 de Febrero de 2000



- **También la Ley 1098 de 2006 Código de infancia y adolescencia**

Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano: "Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano."³².

- En Bogotá se ha venido implementando una estrategia llamada "**Salud a su Hogar**", la cual espera fortalecer la capacidad de respuesta en atención primaria de los servicios, hacer un seguimiento continuo a las familias sobre promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, e impedir la imposición de barreras de acceso a los servicios por parte de los aseguradores y prestadores. Dicha estrategia espera hacer realidad la universalización del acceso a los servicios de salud y generar un acercamiento directo y efectivo a las familias y comunidades³³.

- **Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

"Estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planificación, realización y evaluación de la atención, y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada."³⁴.

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos

que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.

2. Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
3. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos.
4. No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean por cesárea.
5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
7. No está indicado el afeitado de la región púbica, ni los enemas preparto.
8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
9. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía.
10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
11. Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
12. No se justifica científicamente la rup-

32 Ministerio de la Protección social - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ley 1098 Código de infancia y adolescencia, Bogotá (Colombia), 14 de Noviembre de 2006.

33 Alcaldía Mayor de Bogotá, Prevención de la mortalidad materna, Hallado en: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/mortalidadmaterna.aspx>.

34 OMS, "Tecnologías de Parto Apropriadas" Abril de 1985.



13. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
15. Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
16. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.³¹

1.3.1. Prevención de la mortalidad materna

La estrategia de la **BOGOTÁ POSITIVA** en cuanto a reducción de la mortalidad materna e infantil se basa en acciones que van desde el refuerzo de la promoción y prevención con "**Salud a su hogar**" hasta el fortalecimiento de la calidad en la atención y la mejora en la infraestructura hospitalaria del distrito.

1.3.1.1. Estrategias

Mejoramiento en la Red Adscrita de hospitales en la atención a la gestante y recién nacidos, por equipos de salud entrenados y apoyados por ginecobstetras desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención.

Disponibilidad de los servicios de salud: acceso, permanencia, calidad y pertinencia a mujeres gestantes y recién nacidos. La Secretaría Distrital de Salud velará porque el acceso sea gratuito, de calidad y con oportunidad detectando a tiempo posibles enfermedades de la gestante.

Fortalecimiento de la red hospitalaria: A través del mejoramiento de la infraestructura de los hospitales actuales y la construcción de nuevos centros donde los servicios a mu-

jes gestantes y recién nacidos serán la prioridad: Hospital de Meissen, Hospital de Usme, Hospital de Bosa, Hospital El Tintal en Kennedy y nueva torre de servicios asistenciales en el Hospital Simón Bolívar. Se reforzarán las acciones en los hospitales especializados en atención materna y recién nacidos como el hospital de Suba y el Materno Infantil.

Refuerzo en vigilancia y control a instituciones prestadoras de servicios de salud: Debido a que la mayoría de mujeres gestantes que mueren pertenecen al régimen contributivo se trabajará con más fuerza para vigilar que se cumplan los protocolos de atención y se garantice la calidad y oportunidad en los servicios.

Mejoramiento de programas de promoción y prevención: A través de "salud a su casa" se identificarán tempranamente los signos de alerta para gestantes e induciéndolas a controles prenatales oportunos y controles de crecimiento para sus bebés a fin de evitar enfermedades.

Aumentar la capacitación a los profesionales de la salud que ofrecen atención materna y perinatal para que estén capacitados, entrenados y certificados con el fin de ofrecer atención integral, oportuna y de calidad.

1.3.1.2 Metas.

Reducir las demoras ocasionadas por el desconocimiento de los derechos por parte de las mujeres gestantes.

Eliminar progresivamente las barreras de acceso al sistema de salud y las debilidades identificadas en la calidad de la atención.

Generar atención prioritaria y preferencial en todas las áreas (Consultas prenatales, citas médicas, exámenes de laboratorio, farmacia, etc.)

Involucrar a las redes de apoyo a la gestante para que participen en los procesos de su cuidado y atención.

Generar más y mejor información en educación sexual a través de Salud al Colegio en el marco de los derechos sexuales y reproductivos en especial a la población juvenil para evitar embarazos no deseados.



1.3.1.3 Mortalidad materna en Bogotá

Los grupos de edad donde se registra mayor tasa de mortalidad materna se ubican entre los 15 y 19 años de edad.

Según el régimen de afiliación del total de muertes maternas el régimen contributivo tiene una tasa de 46.9% por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en el régimen subsidiado es de 32.7% y en la población de vinculados (no afiliados) es de 12.2%, el restante 8.2% corresponde a otro régimen especial.

Las principales causas de Morbimortalidad son: Aborto, Trastornos Hipertensivos en el embarazo, Parto y Puerperio, y Complicaciones del Trabajo de parto, Parto y Puerperio.

Tan solo un 47.4% de mujeres gestantes asisten a cinco o más controles prenatales.

El 75.4% del total de gestantes recibieron formulación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico en el 2007.

1.3.1.4 Derechos de la mujer y la familia gestante

Atención óptima, en cualquier horario y nivel de atención.

Controles prenatales integrales, citas con el médico general, el ginecólogo, la enfermera, el odontólogo y la nutricionista; a su vez, realizar los laboratorios clínicos, y recibir las ayudas y medios de diagnóstico necesarios.

Que el equipo de salud resuelva sus dudas sobre el embarazo de forma sencilla y comprensible.

Atención prioritaria, preferencial y oportuna en todas las áreas de las instituciones de la Red Distrital de Salud.

Atención por urgencias si se presenta alguna señal de alarma.

Seguimiento y apoyo telefónico o visita domiciliaria durante y después de la gestación por parte del equipo de salud.

Participar, con acompañamiento familiar, en el curso de preparación física y emocional de la maternidad y la paternidad.

Recibir información y asesoría sobre planificación familiar; y después del parto, las citas de control para la mujer y de crecimiento y desarrollo, para el bebé.

Estar acompañada por la persona de mayor confianza durante las consultas, el parto y el posparto.³⁰

2. PROBLEMA

Colombia tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de Latinoamérica, alcanzando las 104 muertes de madres por 100.000 nacidos vivos, cifra preocupante si se compara con las estadísticas de países vecinos como Ecuador (65), Venezuela (67.2) y Costa Rica (11.2). En ese sentido Bogotá es ejemplo nacional con la tasa más baja de muerte de maternas en el país.

Si bien en los últimos años la mortalidad materna ha tenido una reducción importante en el Distrito Capital, pasando de 114 muertes de mujeres en estado de gestación en el año 2000, a 60 muertes en el 2007, la meta de Bogotá D.C, será reducir la tasa mortalidad materna por debajo de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil a 9 por cada 1.000 mil nacidos vivos.

Según el régimen de afiliación del total de muertes maternas el régimen contributivo tiene una tasa de 46.9% por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en el régimen subsidiado es de 32.7% y en la población de vinculados (no afiliados) es de 12.2%, el restante 8.2% corresponde a otro régimen especial.

Los grupos de edad donde se registra mayor tasa de mortalidad materna se ubican entre los 15 y 19 años de edad, siendo las principales causas: Aborto, Trastornos Hipertensivos en el embarazo, Parto y Puerperio, y Complicaciones del Trabajo de parto, Parto y Puerperio, y encontrando que tan solo un 47.4% de mujeres gestantes asisten a cinco o más controles prenatales.

Por ello la Alcaldía Mayor de Bogotá, presentó la estrategia de reducción de la mortalidad materna e infantil con acciones que van desde el refuerzo de la promoción y prevención con "Salud a su Hogar" hasta el fortalecimiento de la calidad en la atención y la mejora en la infraestructura hospitalaria del distrito.



Con esta estrategia el gobierno distrital ha logrado disminuir la tasa de mortalidad, la cual está en 52.9 por cada 100.000 nacidos vivos y la de mortalidad infantil en 13.5 por cada 1.000 nacidos vivos.

Es entonces cuando surge el interrogante: ¿Será necesario construir un modelo de atención en salud "Doula", para mejorar la calidad del cuidado perinatal en la población gestante y de esta forma contribuir a la reducción de las cifras de morbilidad materna en Bogotá D.C?

3. JUSTIFICACIÓN

A partir del análisis de la información sobre morbilidad materna, surge la necesidad de diseñar un modelo de atención en salud, que permita impactar de forma positiva dicha morbilidad, y mejore la calidad de vida de la gestante y posteriormente de la madre y su hijo, así como también permita involucrar cada vez mas, a todos y cada uno de los miembros que intervienen en el apoyo a dicha gestante, y en la crianza del recién nacido.

Con esta investigación, se pueden estandarizar el modelo "Doula", y crear nuevos modelos de apoyo a estrategias de promoción, prevención y Salud Pública, que permitan impactar de forma mas clara y objetiva sobre los problemas que puedan afectar a la población.

La construcción del modelo "Doula", pretende dar inicio a modelos mas globalizados, que, mediante la figura del acompañamiento fortalezcan atributos de la calidad indispensables en la prestación adecuada de servicios de salud.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Diseñar un modelo de atención en salud "Doula", que mejore la calidad del cuidado perinatal en un primer nivel de atención.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar las cifras de morbilidad en las gestantes que asisten a una institución de primer nivel de atención en salud.
- Analizar los actuales modelos de atención en salud para el cuidado perinatal.

- Identificar la figura de la Doula como papel importante en el modelo de atención en salud para el cuidado perinatal.
- Diseñar un modelo de atención "Doula" que impacte la morbilidad de las gestantes desde el primer nivel de atención en salud en Bogotá.

5. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es disminuir las cifras de morbilidad materna, con la elaboración de un modelo de atención en salud "Doula", que mejore la calidad del cuidado perinatal.

6. HIPÓTESIS

El nuevo modelo de atención en salud "Doula", es capaz de mejorar la calidad del cuidado perinatal y al mismo tiempo disminuir la mortalidad de gestantes en el primer nivel de atención.

7. ASPECTOS METODOLÓGICOS

7.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de revisión de la literatura que pretende identificar diferentes modelos de atención del parto y puerperio con el fin de establecer, una vez hecha esta revisión, un modelo que ofrezca mayor impacto en términos de morbilidad y mortalidad de mujeres gestantes y en puerperio.

La idea de utilizar este tipo de estudio se fundamenta en los siguientes aspectos:

- Permite detectar y consultar con las fuentes bibliográficas para recopilar la información relevante y necesaria relacionada a las variables bajo investigación.
- Permite determinar y consultar qué otros estudios e investigaciones se han realizado sobre el problema o asunto de investigación.
- Mejora la validez de la investigación teniendo en cuenta varios resultados de estudios diferentes.

7.2 Población

Mujeres gestantes en Bogotá D.C.

7.3 Componentes

Morbilidad materno fetal
Modelos de atención en salud



8. MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión Sistemática de los temas relacionados.

PúbMed:

- Strategies and primary and pregnancy attention
- Pregnancy attentions strategies
- Quality and motherhood and service strategies
- Quality and perinatal care and strategies and cost effectivity
- Perinatal care and support policis
- Perinatal care and support and quality attention
- Perinatal care and health promotion
- Puerperium and support and quality health service

Para el desarrollo del primer objetivo:

- Revisión de morbilidad materna en Bogotá D.C., descrita en el Marco conceptual y normativo, (tomado de la secretaria de salud de Bogotá D.C).30.

Para el desarrollo del segundo objetivo:

- Búsqueda y descripción de los actuales modelos de atención prenatal, aplicados en Bogotá D.C

Para el desarrollo del tercer y cuarto objetivos:

- Revisión Sistemática en PúbMed (antes mencionada)

9. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la declaración de Helsinki y la resolución 008430 de 1993, el presente estudio puede ser calificado como de riesgo mínimo.

Además el presente estudio cumple con los cuatro principios de la bioética:

- ♦ Autonomía
- ♦ Justicia
- ♦ Beneficencia
- ♦ No maleficencia

10. ORGANIGRAMA

A continuación se expone brevemente la distribución del recurso humano en el proyecto de investigación. Investigadores principales: Diana Uribe Bustamante - Leonardo Viveros Mejía. Asesor metodológico: Dr. Avaro Ana-ya Navas. Asesora estadística: Dra. Alexandra Porras.

11. CRONOGRAMA

A continuación se presenta una breve descripción de la secuencia de los procesos que llevaron a la culminación de esta investigación. Ver Tabla 1.

12. RESULTADOS

12.1 Cifras de morbilidad materna en Bogotá D.C.

La mortalidad materna en el Distrito Capital, ha pasado de 114 muertes de mujeres en estado de gestación en el año 2000, a 60 muertes en el 2007, la meta de Bogotá D.C, será reducir la tasa mortalidad materna por debajo de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil a 9 por cada 1.000 mil nacidos vivos.

Según el régimen de afiliación del total de muertes maternas el régimen contributivo tiene una tasa de 46.9% por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en el régimen subsidiado es de 32.7% y en la población de vinculados (no afiliados) es de 12.2%, el restante 8.2% corresponde a otro régimen especial.

Los grupos de edad donde se registra mayor tasa de mortalidad materna se ubican entre los 15 y 19 años de edad, siendo las principales causas: Aborto, Trastornos Hipertensivos en el embarazo, Parto y Puerperio, y Complicaciones del Trabajo de parto, Parto y Puerperio, y encontrando que tan solo un 47.4% de mujeres gestantes asisten a cinco o más controles prenatales.

12.2 Modelos de atención

12.2.1 Modelos actuales de atención en cuidado perinatal

Para el diseño de un modelo de atención que permita mejorar la calidad del cuidado perinatal es preciso realizar una revisión de los modelos que se están usando en Bogotá D.C y que además se estandarizaron en todo el territorio nacional.



ACTIVIDAD	RESPONSABLE	2007		2008											
		11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DISEÑO DE PROTOCOLO	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE	X	X												
DISCUSIÓN Y AJUSTE AL PROTOCOLO	DRA. ALEXANDRA PORRAS			X	X										
APROBACIÓN DE PROTOCOLO	DR. ÁLVARO AMAYA					X									
INICIO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE					X									
RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE MARCO TEÓRICO	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE					X	X								
REVISIÓN Y AJUSTES AL MARCO TEÓRICO	DRS. ALEXANDRA PORRAS Y ÁLVARO AMAYA							X							
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN RECOPIADA Y MUESTRA DE RESULTADOS	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE								X	X					
REVISIÓN Y AJUSTES A LOS RESULTADOS	DRS. ALEXANDRA PORRAS Y ÁLVARO AMAYA										X				
ENSAMBLE Y PRESENTACIÓN DE TRABAJO FINAL	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE											X	06 DE OCTUBRE		
AJUSTE AL TRABAJO FINAL	DRS. ALEXANDRA PORRAS Y ÁLVARO AMAYA												10 DE OCTUBRE		
ENTREGA DE TRABAJO FINAL CORREGIDO	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE												16 DE OCTUBRE		
SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	LEONARDO VIVEROS Y DIANA URIBE BUSTAMANTE													27 DE NOVIEMBRE	
CUMPLE															
PENDIENTE CONFIRMAR															

Fuente: Elaboración de los autores



12.2.1.1 Control prenatal:

Es el conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o síquicas para la madre, el recién nacido o la familia. El control prenatal como sistema de prevención, se inició alrededor de 1901, cumpliendo con tres objetivos importantes:

- La implementación y extensión del control prenatal.
- Selección y manejo del riesgo perinatal.
- Clasificación, selección y aplicación de los métodos revigilancia materno fetal.

El control prenatal, es una serie actividades que en nuestro medio se realizan con una periodicidad mensual, con el fin de cumplir con los objetivos antes mencionados.

La resolución 0412 en su Norma Técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, determina que dicho control debe iniciar antes de la semana 14 de gestación, continuando con una periodicidad mensual hasta la semana 30 de gestación, quincenal

entre la semana 30 y 36 y semanal después de la 37 semana.

Consulta de primera vez por medicina general: En esta consulta se busca evaluar el estado de la paciente buscando factores de riesgo y determinando el plan de controles, dicha consulta consta de:

- Elaboración de historia clínica completa e identificación de factores de riesgo.
- Examen físico.
- Solicitud de exámenes paraclínicos
- Administración de toxoide tetánico (semana 16).
- Formulación de micronutrientes.
- Educación individual a la madre, compañero y familia.
- Reemisión a consulta odontológica general.
- Diligenciamiento de carné materno, como mecanismo de control de asistencia a la atención prenatal.

Los principales laboratorios que se ordenan con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos que puedan alterar el resultado prenatal, son:(Ver Tabla 2.)

Tabla 2. Principales laboratorios para detectar factores de riesgo en el embarazo

Problema	Exámenes
Anemia	Hemoglobina y Hematocrito
Iso inmunización	Hemoclasificación, coombs indirecto
Sífilis	VDRL
VIH	Elisa para VIH
Rubeola	Serología para detectar IgG de Rubeola
Toxoplasmosis	Serología para detectar IgG de Txoplasmosis
Hepatitis B	Antígeno de superficie Hepatitis B (HbagS)
Infección Urinaria	Uroanálisis
Diabetes Pregestacional	Glicemia
Anomalías Tempranas	Ecografía entre semana 8 y 13 (continuar con Ecografía trimestral)
Cáncer de Cérvix	Citología Cervicovaginal

Fuente: Botero U. Jaime, Jubiz H. Alfonso, Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología, Textointegrado. Sexta Edición. Bogotá. 1999, 98- 99



Señales de alarma que requieren que la mujer gestante acuda inmediatamente a la institución de salud:

- Dolor de cabeza persistente
- Inflamación de cara, piernas o manos en las mañanas.
- Zumbido en el oído.
- Visión borrosa o de lucecitas.
- Fatiga súbita o dificultad para respirar.
- Fuerte dolor abdominal.
- Disminución o ausencia de movimientos del bebé en 24 horas.
- Sangrado vaginal.
- Salida de líquido por la vagina.
- Ardor al orinar, cambio en el color de la orina y disminución marcada de la cantidad.
- Contracciones uterinas persistentes antes de la semana 37

Clasificación del riesgo: Con la historia clínica, examen físico y paraclínicos, el médico debe definir el grado de riesgo de la gestante. Los siguientes son los niveles de riesgo:

- a. Bajo: no se identifica ningún factor de riesgo conocido.
- b. Medio: existen factores de riesgo que no producen directamente alteraciones del resultado perinatal, pero que si se asocian favorecen a una condición que sí lo produzca o atente directamente contra el embarazo:
 - Condición socioeconómica desfavorable.
 - Primigestante en edades menores de 17 y mayores de 35 años.
 - Embarazo no deseado, talla baja, fumadora, RH (-).
 - Multipara, obesidad, infección urinaria.
 - Hemorragia en el primer trimestre.
- c. Alto: condición clínica que afecte directamente el embarazo, requiere una atención especializada:
 - Anomalías pelvianas.
 - Cardiopatía.
 - Nefropatías.
 - Anemia grave.
 - Cirugía uterina previa.

- Diabetes gestacional y pregestacional.
- Embarazo gemelar.
- Infección materna (TORCHS).
- Síndrome hipertensivo.
- Placenta previa.

Consultas de seguimiento: En estas visitas se debe preguntar a la embarazada por su estado de salud, insistir en un examen físico exhaustivo, que incluya la verificación y registro de peso, tensión arterial, altura uterina, fetocardia, Movimientos fetales. Se debe dar conserjería sobre alimentación adecuada, ejercicios, hábitos de aseo y vestido, a partir de la semana 20 se debe promover la asistencia al control prenatal y en cada consulta además se debe resolver todas las dudas que tenga la gestante.

Todo esto con el fin de disminuir los índices de morbi mortalidad y promoverán buena salud materna. Se efectúan según el riesgo de la paciente:

- a. Bajo: pueden ser controladas por Médico general, la cantidad de visitas pueden ser disminuidas (cada mes).
- b. Medio: realizado por el médico general, en caso de considerarlo se hará interconsulta con especialista.
- c. Alto: manejo por especialista en institución de 2 y 3 nivel³⁵.

Además de las actividades ya mencionadas se realizan actividades de promoción y prevención para minimizar los riesgos. Unas de las recomendaciones más importantes son la Preparación para la Lactancia Materna, y la conserjería en Planificación Familiar.

El Control prenatal como modelo de atención es obligatorio para todas las organizaciones que presten servicios de atención en salud a las mujeres embarazadas, según la Resolución 0412 de 2000, dicho modelo varía en cuanto a los tiempos de atención, entre entidades públicas y privadas.

12.2.2.2 Lactancia materna:

La práctica de la lactancia materna es generalizada en el país por cuanto la prevale-

35 Botero U. Jaime, Jubiz H. Alfonso, Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología, Texto integrado. Sexta Edición. Bogotá. 1999.



cía inicial es alta. La encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en el año 2000 revela que un 95 por ciento de niños y niñas son amamantados cuando nacen pero, solamente el 61 por ciento es amamantado durante la primera hora, como es aconsejable.

Dentro de la primera hora de nacidos, inician más pronto la lactancia materna las mujeres de la zona rural (66 por ciento), las de la Subregión Tolima-Huila-Caquetá (72 por ciento) y Región Atlántica (66 por ciento) y aquellas cuyos hijos nacieron en casa atendidos por comadrona. Inician más tardíamente las mujeres de Bogotá o con educación universitaria, las atendidas en clínica privada por médicos y hospital del gobierno.

Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas. Y esas vidas no sólo se salvarían, sino que mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.

Ventajas para el niño en los dos primeros años:

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y además fortalece el vínculo afectivo con la madre.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Ventajas para la mujer:

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.

- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

Ventajas para la familia:

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros chupos y combustible.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo. En seguida necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza.

Aunque la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (duración promedio) pasó de 0.6 meses en 1990 a 1.7 meses en 2000, según la ENDS, la lactancia materna exclusiva a los seis meses ha disminuído, al pasar de 16% en 1990 a 15% en 1995 y 11% en el 2000. El último estudio señala que el 49.8 por ciento de niños menores de 1 mes son amamantados en forma exclusiva y esta práctica disminuye a medida que aumenta la edad del niño, pues tan solo el 1.8 por ciento de los niños entre 6 y 7 meses son amamantados exclusivamente.

Aún se está muy lejos de la recomendación OMS/UNICEF de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, por lo cual es urgente fortalecer las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en las instituciones de salud³⁶.

La Lactancia Materna, como único modelo de apoyo en la atención perinatal, implementado en Bogotá, D.C. y en el resto del País, es muy usada por los hospitales con certificado de IAMI y/o IAFI, que en su mayoría son los Hospitales Estatales (públicos) y algunas organizaciones privadas, el resto de organizaciones privadas, que no tienen el certificado de IAMI o IAFI, utilizan a los Hos-

36 UNICEF, Lactancia Materna, Acción de la UNICEF, Hallado en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/index.html>.

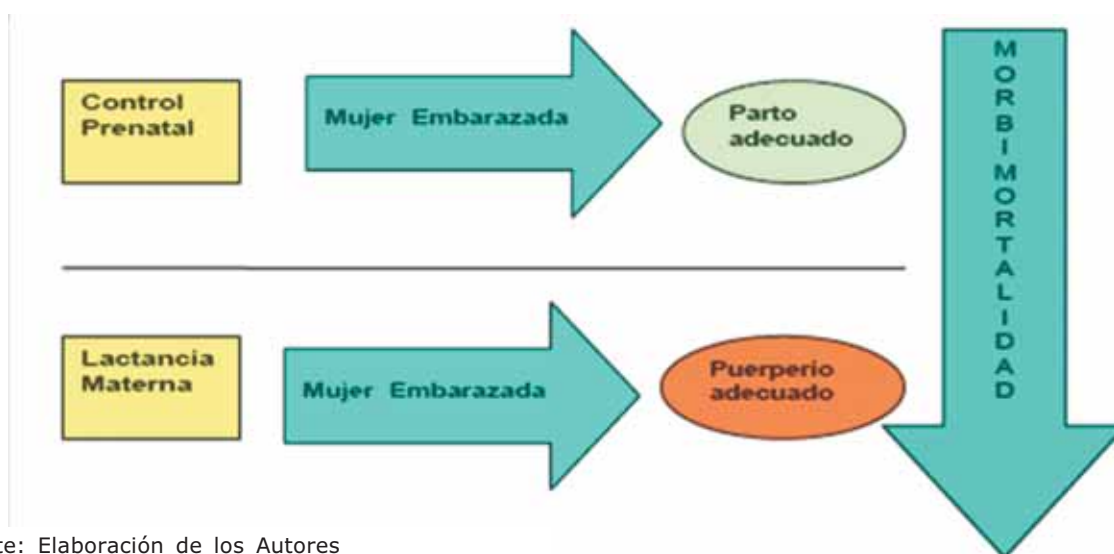


pitales Estatales como referentes de apoyo en Lactancia Materna, creando de esta forma una red de apoyo que permita a la madre tener el apoyo y la asesoría oportunas en lactancia materna.

En la actualidad en Colombia los modelos de atención perinatal, (Control Prenatal y Lactancia Materna), brindan un apoyo especial a las mujeres embarazadas, pero un problema encontrado con dichos modelos es que aunque intentan relacionarse entre si su tra-

bajo real suele ser aislado; En el control prenatal por ejemplo, solo se realiza la recomendación, en los últimos controles, sobre las ventajas de Lactancia Materna exclusiva. En algunas Organizaciones de salud, se realiza seguimiento periódico y se hacen asesorías sobre la forma adecuada de lactar al bebe, en otras organizaciones, se cuenta con lactarios, que proporcionan apoyo a las madres que tienen dificultades de suministrar leche materna a sus hijos. Ver figura 2

Figura 2. Esquema de los Modelos actuales de atención perinatal en Colombia



Fuente: Elaboración de los Autores

12.3 Identificación de la figura Doula, como apoyo a la Atención Perinatal

En el diseño del modelo Doula, propone interrelacionar mas el Control Prenatal y la Lactancia Materna, permitiendo apoyo y asesorías continuas, de la doula a la mujer en estado de embarazo, generando una preparación para un parto feliz y una adecuada lactancia materna, adicionalmente proporciona consejos para pautas adecuadas de crianza, dicha propuesta incluye el fortalecimiento de los modelos actuales, y la constante preparación no solo para el parto sino para un puerperio y crianza felices..

12.4 Diseño del modelo de atención "Doula"

Se propone implementar el modelo de atención "Doula" en Colombia como apoyo a los modelos existentes en atención del cuidado perinatal (control prenatal y lactancia ma-

terna), y por otro lado, pretendiendo disminuir los índices de morbilidad materno infantil Ver figura 3.

Una doula es una persona experimentada en la ayuda al nacimiento que provee de soporte continuo, información y apoyo emocional y físico, a las mujeres embarazadas, antes, durante y justo después del parto. Las doulas asisten a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en sus domicilios.

La primera misión de la doula es informar positivamente de la experiencia de la maternidad y del parto a las mujeres embarazadas y a sus familias. El fundamento del cuidado de una doula se basa en el conocimiento de que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y faci-



litan todas las fases de la maternidad en gran medida.

Lo importante de una doula no es, pues, lo que ella sabe, sino quien es ella, su personalidad, porque esto es lo que más influye al ayudar a las futuras madres. Tareas que puede realizar una doula:

Durante el embarazo:

- Comenta tus objetivos para el parto, así como cualquier duda
- Complementa la información recibida en las clases de preparación al parto por parte de la comadrona.
- Informa sobre el proceso del parto y el dolor y sugiere ideas para mejorar el confort adecuadas a las circunstancias
- Provee de consejo sobre un plan de parto a consultar con el médico o comadrona.

Durante el parto:

- Te acompaña cuando sientes la necesidad de su apoyo, ofreciéndote soporte emocional.
- Está contigo para responder tus dudas y animarte Sugiere maneras para soportar el dolor y facilitar el parto en colaboración con el personal sanitario.
- Actúa como un vigilante de los deseos de la madre durante el proceso del parto frente a intervenciones no deseadas.
- Ayuda creando un entorno adecuado para la madre (reduciendo el nivel de ruido y luz, poniendo música, regulando el frío o calor, respondiendo al teléfono, etc.).
- Ayuda en un parto vaginal tras cesárea, si fuera el caso.
- Colabora con una comadrona en la atención de un parto en casa.
- Respeta la privacidad de la mujer de parto.
- Da apoyo y seguridad a otros miembros de la familia.
- Después del nacimiento del bebé.
- Ayuda a través de los procedimientos del posparto.
- Facilita el establecimiento temprano de la lactancia materna.
- Mantiene el contacto por teléfono para cualquier consulta.
- Colabora en el cuidado de la casa y de los demás hermanos para tranquilizar a la nueva madre y liberarla de cargas.

En un comienzo se piensa implementar dicho modelo en el primer nivel de atención en salud y posteriormente extenderlo a los demás modelos de atención.

El diseño de dicho modelo consta de tres fases:

- ♦ Perfil de las doulas
- ♦ Conformación del grupo de entrenamiento de doulas
- ♦ Incorporación de la figura doula como apoyo a la atención perinatal.

12.4.1 Perfil de la doula

Como requisitos mínimos para ser doula se puede contar con: Parteras, Auxiliares de enfermería, Terapeutas físicas, Terapeutas ocupacionales, con interés por el cuidado perinatal y un alto sentido de compromiso, responsabilidad, altruismo, servicio; que esté en la capacidad de apoyar todas las decisiones, tratamientos y recomendaciones del médico tratante durante el control prenatal, así como detectar los signos de alarma para tratar a tiempo alteraciones propias o relacionadas con el período perinatal, permitiendo el adecuado desarrollo del embarazo, y logrando un parto óptimos para la madre y el niño.

La doula provee de cuidados emocionales y asistencia práctica a la mujer y a su familia antes, durante y tras el parto. Puede ofrecer información, consejo y soporte, pero no está cualificada para desarrollar ninguna tarea clínica. Sin embargo, puede tener amplios conocimientos sobre masaje, reflexología, homeopatía, curso psicoprofiláctico y lactancia.

Es la persona elegida por la mujer y/o la pareja para protegerles en su experiencia del nacimiento y asistirles en su transición hacia la maternidad y paternidad. Su trabajo proviene de la tarea que tradicionalmente realizaban otras mujeres de la familia o del vecindario (como la "Partera" en muchas culturas todavía). La doula también es la persona que protege a la mujer para que se respeten sus deseos, facilitando la comunicación entre ella y los médicos.

Uno de los aspectos que diferencia el papel de la doula es su cuidado continuo. Cuando el trabajo de parto empieza, ella está junto



a la mujer hasta el final. Todas las necesidades se han establecido y se ha acordado de antemano de qué manera la doula puede ayudar a la mujer en el parto y tras él, con el nuevo bebé. No hay cambios de turnos ni otras obligaciones. La doula puede dedicar varias horas al día ayudando a la madre en la lactancia o enseñando pautas de crianza adecuadas.

La doula puede

Poner al servicio de la embarazada todos aquellos saberes y prácticas que haya ido adquiriendo a lo largo de su vida, y que sean tendientes al bienestar de la mujer, como ser: masajes, posturas, ejercicios corporales y/o respiratorios, trabajo con aromaterapia, reflexología, dígito-puntura, visualizaciones, ambientación con música, uso del rebozo, canto, danza, etc., con la única premisa de que cualquier actividad que se realice sea evaluada conjuntamente con la mujer y suspendida si no es de su agrado.

La doula debe

- ♦ Tener paciencia y respetar el tiempo de cada parto.
- ♦ Conocer y entender la fisiología del parto.
- ♦ Entender la importancia del apoyo y acompañamiento emocional de la embarazada por sobre todos los saberes y destrezas adquiridas.
- ♦ Recordar en todo momento, que el parto es de "esa" mujer, y trabajar para que ella viva la mejor experiencia que le sea posible.
- ♦ Estar siempre atenta a las necesidades de la mujer.
- ♦ Intentar proveerle el máximo bienestar posible, sin perturbarla en su trabajo de parto, entendiendo el parto como un momento muy íntimo.
- ♦ Estar atenta al acompañante de la parturienta, evaluando qué pudiera hacerle falta para que pueda acompañarla mejor.
- ♦ Privilegiar la atención a la parturienta por sobre la atención a cualquier otra persona. No dejar a la mujer sola, salvo que ella lo desee y lo necesite.
- ♦ Respetar la decisión de la mujer y su pareja en cualquier caso, aunque esa decisión sea dejar a la doula fuera del parto.
- ♦ Fomentar el vínculo madre-bebé y la lactancia materna.

La doula no debe

- ♦ Imponer a la embarazada su propia ideología acerca de cómo debe ser su parto.
- ♦ Realizar ninguna maniobra propia del quehacer del equipo asistencial (médico o enfermera) como ser tactar a la paciente, colocarle un suero, suministrar ningún medicamento, etc. aunque se trate de una mujer que está profesionalmente capacitada para hacerlo.
- ♦ La mujer que funciona como doula no se involucra en cuestiones obstétricas.
- ♦ En el caso en que surja un desacuerdo muy grande y conflictivo con las conductas del equipo obstétrico, la doula no debe jamás entrar en una disputa con el mismo frente a la paciente. Tampoco debe hacer comentarios al respecto que pudieran angustiar o poner en alerta a la mujer en esa circunstancia.
- ♦ La doula deberá encontrar la manera de ayudarla en todo momento, aunque sea en una situación muy adversa.
- ♦ Imponer a la embarazada, prácticas, conductas o posiciones que no le resulten beneficiosas o agradables en ese momento particular. La doula no debe perder jamás el foco en que esa mujer es única y debe ser respetada todo el tiempo.
- ♦ La doula no debe, con ninguna clase de sugerencia o práctica, perturbar el trabajo de parto.
- ♦ Reprimir o corregir cualquier manifestación o expresión espontánea de la mujer en cualquier momento del parto.

Es esperable que la doula

- ♦ Conozca previamente a la paciente. En esos encuentros se intenta establecer un vínculo con la mujer embarazada, que será construido sobre una base de total honestidad y respeto mutuo. Así detectará sus preferencias, sus inquietudes, su personalidad, y todo aquello que pudiera ser valioso para la mujer en el momento del parto.
- ♦ Aliente a la embarazada a realizar todas las preguntas a su médico acerca del parto. La doula puede orientar a la embarazada para que pueda obtener la máxima información real posible acerca del estilo de su médico en el parto.
- ♦ Aclare a la mujer cuáles son sus funciones y cuáles son sus límites.



- ♦ Aliente a la embarazada a escucharse, a conocerse, y a pedir lo que necesita en todo momento.
- ♦ Mantenga la conducta interna de auto-observarse, para discriminar cuándo su propia impaciencia o angustia pueda interferir en su trabajo.

12.4.2 Grupo de entrenamiento de Doulas

El entrenamiento de las doulas estará a car-

go de un equipo multidisciplinario que permitirá una capacitación integral y acercará a la futura doula a una visión biopsicosocial, que le permita afrontar de manera más coherente el concepto del cuidado perinatal. Entre las personas que conformarán el equipo se encuentran: Ginecobstetra, Psicóloga clínica, Terapeuta física, Psicopedagoga, Pediatra, Especialista en Bioética, Médico alternativo, Especialista en Yoga Prenatal, entre otros

Figura 3. Esquema del Modelo Doula en Colombia



Fuente: Elaboración de los Autores

13. DISCUSIÓN

La salud como derecho fundamental, nos concierne a todos y por lo tanto se convierte en un compromiso social ineludible. La meta del gobierno Nacional según el Plan Nacional de Salud (P.N.S), es reducir aún más los índices de morbilidad, prestando especial atención a los departamentos más vulnerables y los más afectados por la pobreza. Surge entonces la necesidad de diseñar nuevos modelos, de presentar nuevas propuestas, que permitan articular el modelo de prestación en salud perinatal, modelos que sean flexibles para que se adecuen al las necesidades de la población actual, y que al mismo tiempo permitan ajustes a los cambios poblacionales.

El modelo de atención "Doula", que ha mostrado buenos resultados en países como Argentina y Chile, conceptualmente, permite

integrar los modelos actuales de atención perinatal (Control Prenatal y Lactancia Materna), además de proporcionar apoyo adicional en el posparto y la crianza, quiere decir esto que si se globaliza dicho modelo, los alcances podrían comprometer otros problemas de salud; se podría utilizar este modelo en el apoyo a la vacunación infantil, en el fortalecimiento de estrategias de Promoción y Prevención, como el tratamiento de Cáncer de Seno y Cuello Uterino, fortalecimiento de Planificación Familiar en adolescentes, fortalecimiento de estrategias como AIEPI, entre otros, mejorando de esta forma la calidad de prestación de servicios de salud, aportando apoyo a modelos de salud pública y mostrando otras alternativas de abordaje y seguimiento que permitan desarrollo sostenible, equidad, justicia social, gestión en salud y bienestar para toda la población.



13.1 Recomendaciones para la implementación del modelo

A partir del diseño del modelo "Doula", se inicia todo el proceso de articulación con los actuales modelos de atención perinatal. Por esta razón, es recomendable primero realizar pruebas piloto en la ciudad de Bogotá, D.C., que permitan evaluar el proceso de articulación, y posteriormente asumir el reto de implementar dicho modelo a nivel nacional, teniendo en cuenta, primero a los departamentos más vulnerables y con índices más altos de morbilidad.

En la implementación de dicho modelo es indispensable diseñar sólidos programas de enseñanza, no solo para las personas que van a ser Doulas, sino para todo el personal asistencial, administrativo y gubernamental, creando una cultura en dicho modelo que permita, una articulación más adecuada en los sistemas de atención en salud y genere un compromiso real por parte de todos los actores del sistema.

Es indispensable el diseño de procesos de evaluación de dicho modelo, que mida el impacto real del modelo, aseguren el adecuado desarrollo del mismo, permitan un mejoramiento continuo y sea la puerta de entrada a otras hipótesis de investigación, que enriquezcan el desarrollo del mismo.

Por último y no menos importante, es indispensable promover el desarrollo de nuevas propuestas investigativas que enriquezcan el actual modelo y aumenten la integración del sistema de salud, permitiendo una mejor ejecución del sistema de garantía de la calidad con una adecuada prestación de servicios que beneficie a toda la población colombiana.

14. CONCLUSIONES

Las políticas actuales de salud buscan impactar la morbilidad materno infantil desde distintos escenarios, hay estrategias para salud pública, promoción y prevención, atención en salud, entre otros.

El Modelo de atención perinatal Doula, propone un apoyo continuo a la madre en todos los procesos de la gestación y adicionalmente en los procesos de parto y crianza, dicho acompañamiento permitiría, detectar alteraciones en el embarazo y corregirlas a tiempo,

además de difundir pautas de crianza adecuadas que den como resultado un desarrollo infantil adecuado.

Con el diseño del modelo de atención Doula, se pretende impactar de forma positiva en la morbilidad materno infantil, promover el adecuado desarrollo de la infancia y apoyar las políticas en salud para que se articulen un poco más entre sí; permitiendo el desarrollo de modelos de salud más estandarizados.

Se espera que la implementación de dicho modelo sirva como punto de partida a la nueva generación de modelos de atención en salud; modelos más globalizados, que, mediante la figura del acompañamiento fortalezcan atributos de la calidad indispensables en la prestación de servicios, que intenten integrar de una mejor forma todos los problemas de salud y que promuevan el desarrollo oportuno de soluciones, mediante procesos de seguimiento y evaluación. Generando finalmente un control del gasto en salud a nivel nacional y una oportunidad de competencia en el mercado de salud Mundial.

15. BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE A. Atención a la madre y al niño menor de cinco años con énfasis en la Atención Primaria. Un Programa de Investigación Operacional en la Prestación de Servicios de Salud y de Integración Docente Asistencial. Universidad del Valle, Ministerio de Salud, Secretaría de Salud de Cali. Cali. 1980

ARIAS J. Atención Primaria de Salud en las Grandes Ciudades. Bogotá, FES, 1989.

ASOCIACIÓN CANADIENSE DE 1.986. Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

BOTERO U. Jaime, JUBIZ H. Alfonso, HENAO Guillermo. Obstetricia y Ginecología, Texto integrado. Sexta Edición. Bogotá. 1999.

CAICEDO I, CARRASQUILLA M.C. Estrategia de Atención Primaria en zonas urbanas marginadas de Colombia: Nuestra experiencia de cinco años. Fundación FES 1.991.

CAMPBELL D, LAKE M, FALK M, BACKSTRAND J, A randomized control trial of continuous



support in labor by a lay Doula, *Jognn* 2006, 35(4), 456-464

CARRASQUILLA JG, Programas de Atención Primaria Materno-infantil. En: Primer Taller Latinoamericano de Atención Primaria con énfasis en salud materno-infantil. Cali-Octubre 25 30.1982.

CIMDER. Evaluación del proceso grupal monitor-voluntarias. 1990

CLAROS LM, GRIGORIU RMG. Propuesta metodológica para el seguimiento del enfoque estratégico de la Atención Primaria: Una visión de sucesivas aproximaciones. Tesis de Maestría de Epidemiología. Universidad de Valle. Cali. 1993.

COLEMAN, JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*. 1993; 94:95-120.

CRUZ, L.F., CARRASQUILLA G., GIRÓN L.N. La estrategia de Atención Primaria de Salud de Cali. Un modelo operacional. Memorias del primer taller de Atención Primaria. Santiago de Cali. 1.987.

CHALMERS B, MANGIATERRA V, PORTER R, Who principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207

FUNDACIÓN FES. Evaluación de los proyectos de desarrollo Dagua-Vijes y el Diamante. Santiago de Cali. 1.986.

GALARZA MT, CARRASQUILLA JG. Atención Primaria en Salud y Bienestar Familiar. En: Taller internacional de atención primaria urbana. Popayán 5 a 9 Octubre 1982.

KENNEL, John H. MARSHALL H. Klaus, PHYLLIS H. Klaus, Mimando a la madre, como una doula puede ayudarte a tener un nacimiento más corto y sano, (Mothering the Mother, How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth), United States of America

LOWE JI, BARG FK, STEPHENS K. Community Residents as Lay Health Educators in a Neighborhood Cancer Prevention Program. *Journal of Community Practice*. 1998;5:39-52

MALAGÓN L, SÁNCHEZ W, GUTIÉRREZ MI, ARIAS L, BURBANO E. Investigación sobre los condicionantes de la permanencia de las voluntarias en el NAP Diamante. CIMDER 1989

MINISTERIO DE SALUD, Resolución 412, Bogotá (Colombia), 25 de Febrero de 2000

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, Ley 1098, Código de infancia y Adolescencia, Bogotá (Colombia), 14 de Noviembre de 2006.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Naciones Unidas. Nueva York, 1.995

OMS. De Alma Ata al año 2.000. Reflexiones a medio camino. 1.988.

OMS, Tecnologías del Parto Apropriadadas, Abril De 1985

OMS-UNICEF Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata en el Kazakhstan Soviético, URSS. Septiembre de 1978.

PAPAGNI K, BUCKNER E, Doula support and attitudes of Intrapartum Nurses, *Journal of perinatal education* 2006,15(1), 11-18.

RECIO A. Investigación sobre la percepción comunitaria hacia los agentes voluntarios en salud. Barrio el diamante. Universidad del Valle. Medicina Familiar. 1990

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Santa fe de Bogotá. 1.990

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Santa fe de Bogotá. 1.993

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993. Santa fe de Bogotá. 1.993

RESTREPO M.I., ROMERO M. Evaluación del programa de agentes voluntarios en Atención Primaria en Salud del Instituto de Salud de Bucaramanga. Tesis de grado de Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 1994.



- ROBERTSON, R. and SHEPARD, D. Evaluation of Special Primary Health Care Program In Cali: Based on Information From Providers and Planners-Sponsors. 1993.
- RODNEY M, CLASEN C, GOLDMAN G, et al. Three Evaluation Methods of a Community Health Advocate Program. *Journal of Community Health*. 1998;23:371-381
- RODRÍGUEZ A. Guías de Manejo Inducción de Trabajo de parto. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología, Bogotá 2005
- ROJAS O., Evaluación de un programa de atención primaria en salud y bienestar familiar. Tesis de Master of Science in community health in developing countries. University of London. 1981.
- SARAVIA J. A, PALACIO M, Desarrollo de la APS en Grandes Ciudades, Carvajalino E Editores. Cali, Programa la Alegría de Enseñar, FES, 1990.
- SHEDIAC-RIXKALLAH MC, BONE LR. Planning for the sustainability of communitybased health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*. 1998; 13(1):87-108.
- SHEPARD, Donald; BECERRA, Jaime; SANCHEZ, William; ESSAYAN, Van; BONGIOVANNI, Annette; ROBERTSON, Robert; BARONA, Bernardo. Volunter Community Health Workers in Cali, Colombia: Impact on Knowledge, Behavior and Health Expenditures. 1993.
- STARFIELD B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. New York. 1992.
- UNIVERSIDAD DEL VALLE, CEPADS-APRISA, Estrategia de Atención Primaria -Primer Seminario Taller-. Municipio de Cali, Secretaría de Salud, Cali, 1988.
- URIBE DE B. M, MEJÍA N. J., Un modelo de desarrollo integral comunitario urbano Santiago de Cali. Centro de Publicaciones FES-FRB. 1997.
- VALADEZ J, BAMBERGER M (Editores). Monitoring and evaluating social programs in developing countries. Economic Development Institute of the World Bank. 1994
- VENEY J.E, KALUZNY A.D. Evaluation and decision making for health services. Ann Arbor. Michigan. 1991
- WINTER A, Seifer SD, FINOCCHIO L, et al. Community Health Workers: Integral Members of the Health Care Force. *Am J Public Health*. 1995;85:1055-1058