



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

EDOMÉX
DECISIONES FIRME, RESULTADOS FUERTES.

**MODELO OBSTÉTRICO DE
ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO DE
SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**

“MUJERES ATENDIENDO MUJERES”

MAYO 2019

**SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**



**MODELO ~~OBSTÉTRICO~~ DE ENFERMERÍA EN EL
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**

“MUJERES ATENDIENDO MUJERES”

MAYO 2019

© Derechos Reservados.
Primera edición, mayo 2019
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.
Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

La reproducción parcial o total de este documento
podrá efectuarse mediante la autorización expreso
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

ÍNDICE

	Págs.
PRESENTACIÓN	5
APROBACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
MARCO NORMATIVO	11
SITUACIÓN ACTUAL	13
MODELO OBSTÉTRICO DE ENFERMERÍA	14
a) Criterios	17
b) Filosofía del Modelo Obstétrico de Enfermería	22
c) Objetivo General y Específicos	23
d) Política de Calidad del Modelo Obstétrico	23
e) Políticas de Operación del Modelo Obstétrico	23
f) Cartera de Servicios	24
ACCIONES VINCULADAS	28
a) Articulación con la Red Materna	29
PLANO	31
INDICADORES	32
REGISTRO DE EDICIÓN	34
DISTRIBUCIÓN	35
VALIDACIÓN	36
CRÉDITOS	37

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, en la Administración del Gobierno del Estado de México se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente Manual Administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Servicio de Enfermería. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación, las funciones y actividades encomendadas, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear la gestión administrativa.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 232, aprobó el presente **“Modelo Obstétrico de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México”**.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
ISE/232/007	5 DE JULIO DE 2019

Lic. Isaías Espitia Delgado
Director de Administración y
Secretario Técnico del Consejo Interno

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya los planes de acción para el desarrollo de enfermería y partería como parte integral de los planes nacionales y/o estatales que regularmente son evaluados con miras a que respondan a las necesidades de salud de la población y a prioridades del sistema sanitario.

Se ha comprobado que, cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras y las parteras, se reducen los costos y mejora la calidad de la atención en diversos contextos de atención de salud (Aiken, Sloane y Sochalski, 1998 Brooten y Cols., 2001; Chappel y Dickey, 1993).

En décadas pasadas el profesional de enfermería tuvo un importante papel en la atención materno infantil en las instituciones públicas del sector salud, sobre todo en la comunidad como educadora y promotora de la salud, en la prevención de riesgos y daños durante el embarazo, parto, puerperio y en la vigilancia del niño (a).

El nacimiento es un proceso natural, con significado cultural y social son fundamentales para la calidad y seguridad de la atención de las mujeres.

En el Instituto de Salud del Estado de México ha dado cabida a la instauración del Modelo Obstétrico de Enfermería, para la atención materna perinatal de bajo riesgo, con la finalidad de ser atendida por enfermeras especialistas con las competencias de Enfermería Perinatal que abarcan de la etapa pregestacional, embarazo, parto, puerperio y a la atención de la persona recién nacida hasta los 2 años.

Teniendo estos antecedentes se implementa el Modelo Obstétrico de Enfermería e implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y a la atención de la persona recién nacida en aspectos fundamentales que tienen un efecto determinante en la salud física y psicológica.

Este Modelo aborda los elementos necesarios para aplicar la atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque integral e intercultural respondiendo a la problemática actual, tomando en cuenta las recomendaciones internacionales, las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normativa vigente.

La experiencia de la Atención Obstétrica por Enfermeras inició en el 2006, a través del Instituto de Salud del Estado de México donde inicia la gestión de incorporar a las enfermeras en los servicios de salud materna, como una contribución para la disminución de la muerte materna.

El 14 de marzo de 2010 se inaugura la primera unidad atendida por enfermeras en el Estado de México denominada Maternidad Atlacomulco y registrada bajo la tipología de Clínica de Especialidades, que responde a las recomendaciones de la OMS, considerar el embarazo y el parto eutócico como fisiológico y no como enfermedad, el acompañamiento psicoafectivo, la posición, maniobras no invasivas, corte tardío del cordón umbilical, apego inmediato y reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres.

En el 2013 la Maternidad de Atlacomulco destacó como Modelo "Innovador", en el Estado de México, ha brindado más de 35.000 atenciones de salud reproductiva y atendido más de 2.500 partos desde 2010, bajo un enfoque de género, derechos e interculturalidad, y con cero muertes maternas.

Un aspecto fundamental para este modelo fue definir la atención perinatal como una enfermería de práctica avanzada basada en evidencias científicas.

JUSTIFICACIÓN

En muchas partes del mundo, el proveedor de salud controla el proceso de parto, lo que expone a las mujeres embarazadas sanas a intervenciones médicas innecesarias que interfieren con el proceso natural del parto.

En otros países las intervenciones innecesarias son generalizadas, ejerciendo presión sobre los recursos y ampliando aún más la brecha de equidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera 56 recomendaciones a los servicios perinatales en todo el mundo. En el texto se señala que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en su segunda meta nacional “México incluyente” señala la necesidad de integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Para el logro de dicha meta, uno de los objetivos establecidos es el 2.3 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud”, del cual se desprende la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad”.

Durante el trabajo de parto, se observa que las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo el en segundo nivel de atención; por ejemplo: el permitir la rehidratación por vía oral (23% en el primer nivel vs 14% en el segundo); el libre movimiento durante el trabajo de parto (53% de las mujeres atendidas en el ámbito hospitalario vs el 84% de las mujeres atendidas en el primer nivel); el acompañamiento a la mujer (65% de las mujeres atendidas en los CS y 16% de aquéllas atendidas en el ámbito hospitalario); y la libre posición al momento del nacimiento de sus bebés (34% de las mujeres atendidas en el primer nivel y 26% en el ámbito hospitalario).

México atraviesa una problemática, que muestra la atención irrespetuosa, no digna y mujeres que no accedan a los servicios de atención durante el embarazo, parto y puerperio y termina complicándose la atención.

Un trato deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, traen consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en trabajo de parto.

Un punto importante para tener un acceso efectivo a estos servicios es identificar la población de mujeres en edad fértil, la cual se incrementará 3% (137,021) en relación con el año 2015, de acuerdo con la proyección del CONAPO para el año 2018, la población de responsabilidad sin derechohabencia para el Instituto de Salud del

Estado de México, representa el 56.4%, cuya tendencia del 2012 a la proyección del 2018 aumentará un 3.8%.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención prenatal integral. Se requiere de un Modelo del Cuidado, el cual los sistemas de salud empoderen a todas las mujeres para acceder a la atención que se centra en la madre, el niño y la niña.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial, 5 de febrero de 1917, reformas y adiciones.
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 1994.
- Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico. Diario Oficial de la Federación, 24 de febrero de 1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, 16 de abril de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología. Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 13 de enero de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación, 16 de agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los Servicios de Salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica. Diario Oficial de la Federación, 7 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.

-
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación, 12 de septiembre de 2013.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2016.
 - Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México. Gaceta del Gobierno, 12 de septiembre de 2011, reformas y adiciones.
 - Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Gaceta del Gobierno, 18 de diciembre de 2013.

SITUACIÓN ACTUAL

Un tema prioritario en el Estado de México, es la disminución de la mortalidad materna, el objetivo 3: de las “Metas para el Desarrollo Sustentable Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades es un compromiso no sólo a nivel internacional, sino a nivel nacional y con las mujeres mexiquenses, ya que la mayoría son muertes evitables (80%) dadas las intervenciones y la tecnología disponible.

El Gobierno del Estado de México ha puesto en marcha estrategias para promover la salud reproductiva y la salud materna, dichas estrategias son dirigidas para reducir la mortalidad materna, por ello, se aplican medidas preventivas, como una buena alimentación, la vigilancia de factores de riesgo, un ambiente higiénico, así como acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016, 7 de cada 10 adultos padece exceso de peso (sobre peso u obesidad), observando un aumento en las mujeres adultas siendo un factor de riesgo para la Diabetes Mellitus y otras complicaciones como las enfermedades cardíacas o la hipertensión.

MODELO OBSTÉTRICO DE ENFERMERÍA

Atención del Modelo busca fortalecer una filosofía de respeto y apoyo al trinomio (mujer, esposo y bebe) durante la atención desde antes del embarazo hasta el menor de 2 años, para el personal de enfermería es prioritario dar un cuidado perinatal efectivo, sensible y psicológico, principalmente evitar el temor ya que este interfiere con el trabajo de parto, aumenta el dolor y ansiedad, hay diferentes alternativas que se utilizan como la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor.

Se otorga atención integral a la mujer en edad reproductiva, a la familia y comunidad; ofreciendo calidad en la atención pregestacional embarazo, parto puerperio y persona recién nacida, respetando sus valores y creencias. Las Enfermeras Perinatales y Obstetras ostentan las competencias profesionales de acuerdo a su perfil académico, utilizando su juicio crítico en la toma de decisiones sin olvidar las urgencias obstétricas las cuales amenazan la vida del binomio madre-hijo (a).

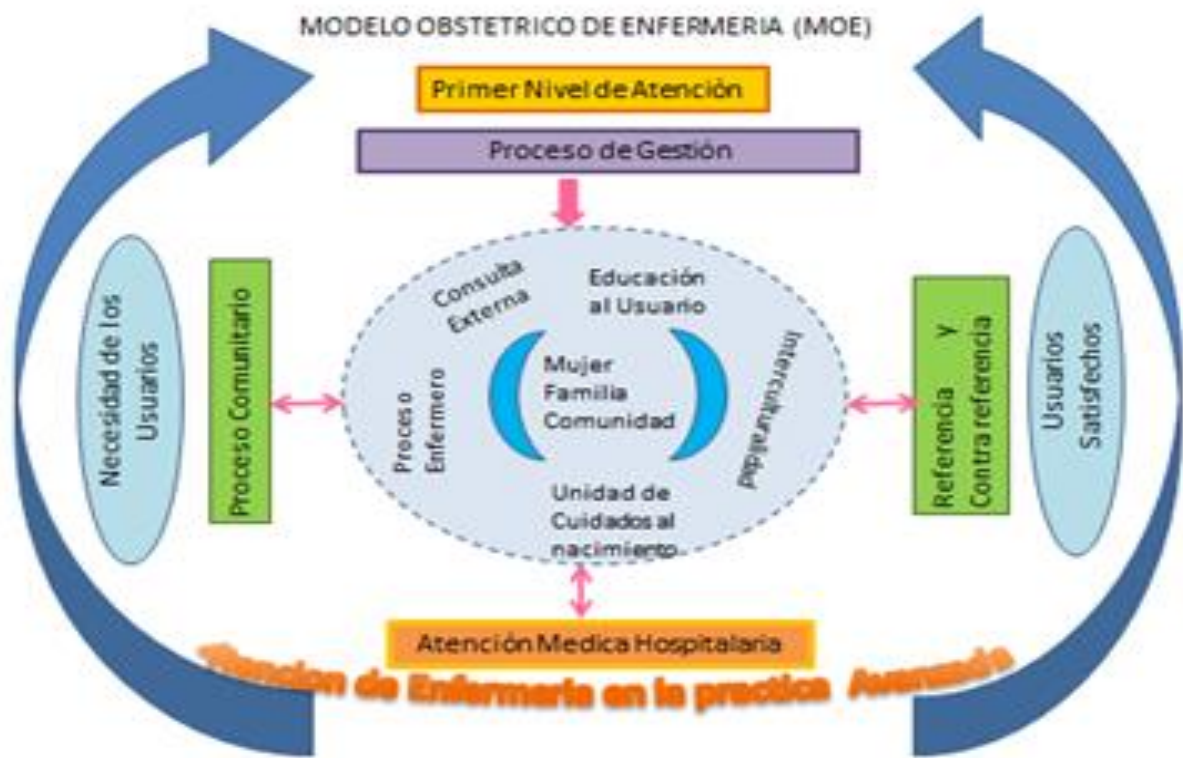
El Modelo fundamenta un cambio de paradigma en el proceso de la organización del sistema de salud en la atención obstétrica y de la persona recién nacida menor de 2 años, las barreras culturales y de género dificultan el acceso a los servicios de salud. Además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, con atención desmedicalizada, en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

Las mujeres comparten su experiencia de vida sin ejercer violencia y ser atendidas por mujeres. De ahí surge el slogan **“mujeres atendiendo mujeres”** que mejor forma de entender el contexto en el que vive ese proceso de dar vida.

Son atendidas las mujeres en edad fértil de bajo riesgo por Enfermeras Perinatales y Obstetras que brindan la atención del parto en condiciones de seguridad con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

En su referencia 1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

La vigilancia, control y seguimiento de la mujer se realiza a través de la promoción y prevención de riesgos con pertinencia cultural e interacción de la Red de Servicios.



En este segmento se describirán cada una de los componentes que integran el Modelo Obstétrico de Enfermería (MOE).

Este eje agrupa las acciones para la atención a la Mujer, Familia y Comunidad, el proceso inicia con el ingreso de las usuarias, el personal de enfermería recibe a la usuaria por 2 vías una por consulta externa o por la **Unidad de Cuidados al Nacimiento** el eje de este modelo es la mujer en edad fértil y principalmente embarazadas, se brinda atención centrada en las necesidades de las mujeres con pertinencia cultural, respetando la privacidad y la autonomía durante los procesos de atención al trinomio como son consulta externa, educación al usuario, **Unidad de Cuidado al Nacimiento** respetando su interculturalidad y finalmente registrando el Proceso Enfermero, donde pondrá planes de mejoramiento continuo a la mujer y persona recién nacida concluyendo con una atención de enfermería en la práctica avanzada.

El proceso de gestión establece el correcto funcionamiento de las instancias del Modelo con enfoque sistémico de la gestión, con un marco de funcionamiento estandarizado, con operaciones y procedimientos documentados en la gestión del capital humano, insumos y suministros orientados a resultados de la atención a las usuarias.

Proceso comunitario es donde se vincula la unidad de salud con el personal comunitario (Técnico en atención Primaria a la Salud y Cuidadoras de Salud) elaborar y actualiza el censo de mujeres embarazadas, da seguimiento al club de embarazadas, refiere a la mujer que cursa con un embarazo a la unidad médica de salud para su control prenatal, promoción e información de los beneficios del ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neural (anencefalia y espina bífida) y dotarles de este suplemento en la unidad de salud.

En la referencia y contrarreferencia las unidades médicas de servicios de atención primaria, solo atienden a embarazadas de bajo riesgo, en el momento que se complique la usuaria será referida a la unidad médica ancla o de especialidad.

Este modelo se encuentra inmerso en Primer Nivel de Atención enmarca la forma en que interactúa la población y el prestador de servicios (Todo el personal de las unidades donde se aplica el MOE) articulando redes de atención integradas en el marco de una respuesta intercultural de forma equitativa, eficiente y de calidad.

Criterios

Atención durante todo el Trabajo de Parto y el Nacimiento

1. La atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
2. La comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
3. El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras, consientes en:
 - a) La partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto
 - b) Se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.

Período de Dilatación

1. Se recomienda el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.
 - a) La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes
 - b) El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.
2. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que se puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.
3. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.

-
4. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende no se recomienda para identificar a una progresión normal de del trabajo del parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor a 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.
 5. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitócina o la cesárea) antes de este umbral siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto de la madre.
 6. Para las embarazadas sanas con el trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso de la sala de parto hasta el periodo de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.
 7. No se recomienda la pelvimetría de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.
 8. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.
 9. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
 10. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.
 11. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción de trabajo de parto.
 12. Se recomienda realizar tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para la valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo activo.
 13. No se recomienda la cardiotocografía continua para elevar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.
 14. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.
 15. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
 16. Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para las embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
 17. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
 18. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.

-
19. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción del trabajo de parto.
 20. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
 21. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
 22. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con la clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones.
 23. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo del activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo del parto.
 24. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto.
 25. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana de oxitócina para la prevención del retraso del trabajo de parto.
 26. No se recomienda el uso de oxitócina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.
 27. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.
 28. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.

Período Expulsivo

1. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período exclusivo:
 - a) El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas
 - b) Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.
2. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
3. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
4. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.
5. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una o dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con los recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.

6. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive en los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
7. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
8. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.

Alumbramiento

1. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.
2. La oxitócina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).
3. Para los entornos en los que la oxitócina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitócina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).
4. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.
5. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.
6. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitócina como medida profiláctica.

Atención del Recién Nacido

1. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.
2. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.
3. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
4. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).

-
5. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.
 6. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.
 7. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.
 8. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.
 9. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.
 10. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.

11. Filosofía del Modelo Obstétrico

El personal de enfermería altamente profesional, con calidad y alto sentido humanístico brinda atención a la mujer, durante todo el proceso reproductivo, mediante la realización de acciones oportunas y asertivas de vigilancia prenatal que conduzcan a un embarazo saludable, un parto seguro, un puerperio sin complicaciones, un nacimiento y crianza óptimos, con la participación de la pareja y familia.

Misión

Promover el autocuidado en la mujer, mantener la salud y bienestar de la mujer y persona recién nacida mediante la atención con calidad, calidez y un alto sentido humanístico; personal de enfermería con las competencias profesionales del Modelo Obstétrico de Enfermería, durante el proceso reproductivo y la co-participación de la pareja, familia y comunidad.

Visión

Ser el Modelo de Atención Obstétrico de Enfermería a nivel nacional con mayor capacidad en la atención integral a mujeres en edad reproductiva y la persona recién nacida, con las competencias laborales óptimas, convirtiéndonos en los líderes de la Atención Obstétrica de bajo riesgo.

Valores

1. Responsabilidad: Necesidad de elegir teniendo presente la consecuencia de nuestros actos.
2. Respeto: Significa tener presente la libertad, la integridad, el parecer y la dignidad de las personas.
3. Prudencia: Que facilita la reflexión adecuada antes de enjuiciar cada situación y la consecuencia de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias favorables y desfavorables de tomar la decisión.
4. Justicia: Asumiendo la necesidad de un esfuerzo para dar a los demás lo que es debido de acuerdo a nuestra función social y responsabilidad profesional.
5. Respeto a la Vida: Inviolabilidad de la vida humana, respeto a la vida.
6. Equidad: Dar atención centrada a sus necesidades.
7. Compromiso: Cumplir con la obligación que se asume al prestar sus servicios.
8. Profesionalismo: Comportamiento y actitudes que se rigen en las normas preestablecidas en la atención a la salud.

Objetivo General

Proporcionar atención integral a las usuarias desde el periodo pregestacional, embarazo, parto, puerperio y persona recién nacida hasta los 2 años, por personal de enfermería con enfoque humanizado, intercultural y seguro en las unidades de salud del Instituto de Salud del Estado de México de acuerdo a normatividad vigente.

Objetivos Específicos

1. Promover competencias en el personal de enfermería que participa en la atención obstétrica, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS, con enfoque basado en evidencias científicas y la normatividad vigente.
2. Definir los procesos de atención de Enfermería Perinatal que coadyuven a la prevención, control, manejo y seguimiento de la atención al binomio madre e hijo (a).
3. Desmedicalizar la atención del parto de bajo riesgo, promoviendo su atención por enfermeras o enfermeros obstetras o perinatales, en condiciones de seguridad.
4. Contribuir en la mejora continua en el control prenatal para disminuir riesgos que pongan en peligro la vida de la mujer y recién nacido (a).
5. Integrar la promoción de la lactancia materna en los dos primeros años de vida del niño (a).

Política de Calidad del Modelo Obstétrico

Ofertar cuidados de enfermería altamente profesionalizados, oportunos y especializados, centrados en las necesidades de salud de las mujeres embarazadas, para contribuir en la disminución de las muertes maternas y perinatales, prevención de riesgos al nacimiento con la participación de la pareja, familia y comunidad, con una visión intercultural y ética.

Políticas de Operación del Modelo Obstétrico

1. Hacer partícipe a la familia en todo proceso perinatal de la Embarazada.
2. Proporcionar atención de enfermería con profesionalismo, calidad, calidez, oportunidad y eficiencia a las usuarias.
3. Promover la educación continua entre todo el personal de enfermería.
4. Planear acciones de enfermería en forma multidisciplinaria.
5. Otorgar a la población usuaria atención profesional expedida y humana en todos los procesos perinatales.
6. Capacitación continúa del personal prestador de los servicios.

Cartera de Servicios

Consulta Externa	Consulta Pregonal
	Control Prenatal
	Control Posparto
	Crecimiento y Desarrollo
	Detección de Riesgo en la Salud de la Mujer
	Planificación Familiar
	Medicina Preventiva

Unidad de Cuidados al Nacimiento	Triaje Obstétrico
	Sala de Trabajo de Parto
	Sala de Nacimiento
	Recuperación
	Habitación Conjunta

Educación al Usuario	Educación Perinatal (Psicoprofilaxis)
	Lactancia Materna
	Estimulación Temprana

Consulta Externa

Consulta de Atención Pregestacional

Se realizan intervenciones médicas, conductuales y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinada a mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a los malos resultados en la salud materna e infantil.

Consulta de Control Prenatal

En este servicio hay interacción entre la Enfermera Perinatal y/o Enfermera Obstetra y la embarazada, se realizan un conjunto de intervenciones 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 psíquicas para la madre, el recién nacido o la familia respetando valores y creencias.

Consulta de Post Parto

El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recupera la situación previa al embarazo; se realiza valoración integral de la mujer en la etapa puerperal.

Consulta de Crecimiento y Desarrollo

Espacio asignado para la atención de los niños y niñas en los primeros 2 años de vida con enfoque preventivo para la detección de riesgos a la salud. Con evaluación de crecimiento y desarrollo.

Consulta de Planificación Familiar

Se brindar consejería y aplicación de métodos de anticoncepción a la población que acude a la unidad favoreciendo el APEO, así como la realización de Papanicolaou, toma de prueba de híbridos, exploración mamaria.

Medicina Preventiva

Las actividades de medicina preventiva van dirigidas a la prevención y detección de enfermedades, se realizan a personas sanas antes de la aparición de la enfermedad.

El personal de enfermería aplica vacunas; toma de muestras de tamiz neonatal, prevención y detección de riesgos que afectan la salud materno perinatal.

Unidad de Cuidados al Nacimiento

Admisión Triage

Espacio asignado para valoración de riesgo obstétrico, mediante toma de signos vitales, con énfasis en la tensión arterial, fiebre, detección de edema, y/o anasarca, sangrado, entre otros.

Módulo Mater (Estabilización y Preparación para el Traslado)

Espacio asignado para brindar atención de urgencias de manera expedita a la usuaria detectando a través del TRIAGE OBSTÉTRICO el riesgo y remitiéndola al nivel correspondiente con el propósito de prevenir la morbilidad perinatal ofreciendo atención inmediata y oportuna a la mujer embarazada y a su acompañante evaluando condiciones de salud materna fetal, inicio de trabajo de parto.

Sala de Trabajo de Parto

Tiene como finalidad la vigilancia y seguimiento del trabajo de parto, única y exclusivamente cuando se trate de partos presuntamente eutócicos y que se halla llevado el control prenatal como mínimo 5 consultas como lo marca la normatividad.

Sala de Nacimiento

Tiene como objeto la atención del último periodo del trabajo de parto, donde se realizan procedimientos básicos, así como la respectiva atención y valoración del recién nacido; la atención de partos de urgencia, cuando por las condiciones geográficas de lejanía no puedan ser atendidos en unidades de mayor capacidad resolutive.

Sala de Recuperación

Espacio destinado principalmente para la vigilancia y atención de las mujeres durante el puerperio inmediato y del recién nacido(a) clínicamente sano.

Habitación Conjunta

Espacio destinado principalmente para la vigilancia y atención de las mujeres durante el puerperio inmediato y del recién nacido(a) clínicamente sano.

Educación al Usuario

Educación Perinatal (Psicoprofilaxis)

Consta de una serie de sesiones teóricas prácticas con el fin de buscar el bienestar del binomio madre-hijo(a) esta preparación se realiza educando a la embarazada y pareja estableciendo el aprendizaje y la adaptación, teniendo como objetivo la eliminación de los temores en la embarazada, hay diferentes alternativas, que se utilizan la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor.

Desde el punto de vista fisiológico, cognitivo, afectivo y psicomotriz para estar en posibilidades de participar activamente en el auto cuidado y disminución de riesgos para la salud en los procesos de embarazo, parto, puerperio y crianza responsables.

Estimulación Temprana

Consiste en proporcionar al lactante niña o niño durante el desarrollo psicomotor, social, lenguaje y cognitivo; actividades donde ellos(as) se divierten para facilitar sus aprendizajes futuros.

Clínica de Lactancia Materna

El personal de enfermería brinda orientación en distintas temáticas a las mujeres embarazadas y puérperas sobre la Lactancia Materna a través de grupos de apoyo e individuales, que preocupan a madres y padres de un niño que está siendo amamantado.

ACCIONES VINCULADAS

Es multifactorial la muerte de una embarazada no saben que cualquier embarazo, parto o puerperio se pueden complicar, no reconocen las señales de peligro y no acuden a tiempo al centro de salud o al hospital. Puede ser porque no cuentan con recursos económicos para pagar un transporte o un alojamiento fuera de su localidad o porque no tienen con quién o dónde dejar a sus otros hijos para poder ir a la unidad de salud a su consulta prenatal, a la atención de su parto o a la consulta durante la cuarentena.

Para solucionar estas dificultades y contribuir a evitar la muerte de mujeres y de recién nacidos(a), es necesario un trabajo conjunto crear y hacer funcionar redes de apoyo social vinculadas a las redes de atención médica que aseguren el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud.

Las redes de apoyo social son grupos que se constituyen a partir de los lazos que se establecen entre los parientes, vecinos/as o amigos/as, brindando a las mujeres apoyo emocional y material durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Las redes de atención médica están integradas por los Centros de Salud, Centro de Atención Primaria a la Salud (CEAPS), Hospitales Municipales y Hospitales Generales que se coordinan para otorgar atención médica, llevando a cabo el seguimiento oportuno a las mujeres durante el embarazo, parto y cuarentena, así como de las urgencias obstétricas.



- **Información y sensibilización a la población**
- **Identificación de mujeres embarazadas a través de censos**



- **Apoyo al traslado y alojamiento de mujeres en Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME)**
- **Acciones para la difusión de los apoyos de la red social**



- **Acciones para el registro de información**
- **Madrinas y padrinos comunitarios que acompañen a las embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio**

1. Es importante informar no sólo a las mujeres sino a toda la población respetando sus derechos sexuales y reproductivos, con enfoque de género e interculturalidad sobre signos y síntomas que deben ser vigilados y atendidos por personal especializado en la unidad de salud. Señales de Alarma que da oportunidad de buscar oportunamente atención médica.
2. El levantamiento de censo domiciliario de embarazadas que permite identificar a las embarazadas que residen en la comunidad, La elaboración del Plan de Seguridad que elaboran conjuntamente la mujer embarazada con sus familiares y el personal de salud.
3. Posadas para apoyo de la Mujer embarazada que reside en localidades dispersas (Posadas AME) y requieren atención especializada durante el embarazo, el parto o el puerperio, Traslados AME, permiten el traslado de una embarazada o puérpera ante una emergencia obstétrica.
4. Redes sociales para las mujeres embarazadas, con la participación de autoridades municipales, de autoridades de salud, de la sociedad civil y de la comunidad.
5. La línea 01800 Materna brinda servicio telefónico 24 hrs. los 365 días del año para la orientación de las mujeres gestantes o puérperas y sus familiares o para la atención de quejas de los servicios de salud.

-
6. Madrinas comunitarias, brindan acompañamiento a la mujer embarazada o puerpera, identifica signos de alarma durante el embarazo, parto, puerperio o del recién nacido.

Articulación con la Red Materna

El Modelo de regionalización, está diseñado por una Red integrada por 18 Subsistemas de Atención a la Salud, teniendo cada Red un Hospital de Referencia, con una capacidad instalada capaz de soportar el flujo de referencias, generado por las unidades de menor nivel de resolución del área de influencia y garantizar así la atención integral de mujeres (mujeres embarazadas y su recién nacido(a), coadyuvando a la disminución de la muerte materna en el Estado de México).

Cada red cuenta con un gestor, que tiene la tarea de vincular los traslados de emergencias obstétricas, están integradas en la red materna en la atención de obstétrica de bajo riesgo, en caso de identificarse alguna emergencia son derivadas al segundo nivel para evitar complicaciones y favoreciendo una maternidad segura.

Fortalecer la salud materna perinatal de bajo riesgo dentro del programa de salud por 18 Subsistemas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, otorgando atención especializada por las Enfermeras Especialistas Perinatales y Licenciadas en Enfermería y Obstetricia aplicando competencias del rol ampliado de enfermería (partería profesional) con la mínima intervención posible a las usuarias desde la preconcepción hasta el egreso del niño y de la niña de 2 años de edad, fomentando el autocuidado y respetando sus valores, creencias e interculturalidad considerando a la pareja, familia y comunidad.

INDICADORES:



INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE SALUD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA ESTATAL DE ENFERMERÍA



CONCENTRADO GENERAL EN LOS INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

MES	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre		
	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias	Atenciones	Citas	Ocurrencias						
No.																																				
INDICADOR DE PRODUCTIVIDAD																																				
1	No. de consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre de la gestación / Total de consultas prenatales de primera vez. X 100																																			
2	No. de mujeres embarazadas que acuden al club de embarazadas / Total de mujeres embarazadas en control prenatal. X 100																																			
3	No. de partos atendidos en control prenatal por enfermeras / Total de embarazadas a término, con control prenatal. X 100																																			
4	Total de menores de 2 años en control de crecimiento y desarrollo / Total de niños menores de 2 años registrados en el Registro de Salud. X 100																																			
5	No. de expedientes con plan de seguridad por escrito / Total de expedientes de mujeres embarazadas en control prenatal. X 100																																			
6	No. de mujeres en edad fértil que se les aplica la herramienta de detección de riesgo preconceptual / No. de mujeres en edad fértil que acuden a consulta. X 100																																			
7	No. de consultas de puerperio de primera vez / Total de partos atendidos en la unidad. X 100																																			
8	No. de consultas de puerperio de usuarias que tuvieron resolución de embarazo en otra unidad / Total de consultas de puerperio primera vez. X 100																																			
9	No. de mujeres con diagnóstico en hemorragia obstétrica / Total de partos atendidos en la unidad. X 100																																			



CONCENTRADO MENSUAL EN LOS INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

MATERNIDAD:

FECHA: _____

No.	Indicador	% MES											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
1	No. de consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre de la gestación / Total de consultas prenatales de primera vez. X 100												
2	No. de mujeres embarazadas que acuden al club de embarazadas / Total de mujeres embarazadas en control prenatal. X 100												
3	No. de partos atendidos en control prenatal por enfermeras / Total de embarazadas a término con control prenatal. X 100												
4	Total de menores de 2 años en control de crecimiento y desarrollo / Total de niños menores de 2 años registrados en el tarjetero de salud. X 100												
5	No. de expedientes con plan de seguridad por escrito / Total de expedientes de mujeres embarazadas en control prenatal. X 100												
6	No. de mujeres en edad fértil que se les aplica la herramienta de detección de riesgo pregestacional / No. de mujeres en edad fértil que acuden a consulta. X 100												
7	No. de consultas de puerperio de primera vez / Total de partos atendidos en la unidad. X 100												
8	No. de consultas de puerperio de usuarias que tuvieron resolución de embarazo en otra unidad / Total de consultas de puerperio primera vez. X100												
9	No. de mujeres con diagnóstico en hemorragia obstétrica / Total de partos atendidos en la unidad. X 100												

Fuente: Jefe de Enfermeras de la Maternidad

 Elaboró
 (Nombre completo y firma)

REGISTRO DE EDICIONES

Primera Edición, mayo de 2019. Modelo Obstétrico de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México, “Mujeres Atendiendo Mujeres”.

DISTRIBUCIÓN

El original del Modelo Obstétrico de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México, “Mujeres Atendiendo Mujeres” se encuentra en resguardo en el Departamento de Desarrollo Institucional de la Unidad de Modernización Administrativa del Instituto de Salud del Estado de México.

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas

Secretario de Salud y Director General del
Instituto de Salud del Estado de México

Dr. Carlos Aranza Doniz

Coordinador de Salud

Dr. Ángel Salinas Arnaut

Director de Servicios de Salud

**P. Psic. Claudia Berenice Urbina
Chaparro**




CRÉDITOS

Modelo Obstétrico de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México, “Mujeres Atendiendo Mujeres”, Toluca, México, mayo de 2019.

Responsable de su elaboración:

-  *Dra. Martha Villegas Jiménez.- Subdirectora de Atención Médica.*
-  *Mtra. Ma. Teresa Dimas Sánchez.- Responsable del Área de Enfermería.*
-  *Mtra. María Virginia Campos Muñoz.- Responsable de Proyectos del Área de Enfermería.*

Responsable de su integración:

-  *P. Psic. Claudia Berenice Urbina Chaparro.- Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa.*
-  *Mtra. Luz María Villalva Campos.- Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional.*
-  *Lic. Diana Rodríguez Arteaga.- Analista.*

*Toluca, México
Mayo 2019.*