

La necesidad de un cambio de paradigma en atención materna: Modelo AMIIMSS, alcances y retos

The need for paradigm changes in maternal care: AMIIMSS model, scopes and challenges

Claudio Quinzaños-Fresnedo^{1a}, Brendha Ríos-Castillo^{2b}, Hugo César Hernández-Gordillo^{3c}, Célida Duque-Molina^{4d}

Resumen

Sin duda, se han logrado grandes avances en materia de morbilidad materno-infantil. Sin embargo, la calidad de la atención en las instituciones de seguridad social es cuestionable, tal como lo reflejan las proporciones de nacimientos mediante cesárea al triple de lo recomendado por la OMS, el abandono en la lactancia materna y el hecho que hasta una de cada tres mujeres es víctima de maltrato durante la atención. Ante esto, el IMSS ha decidido implementar el modelo denominado *Atención Materna Integral AMIIMSS*, centrado en las personas usuarias y con sustento en la atención obstétrica amigable, que abarca distintas etapas. Cuatro pilares sustentan al modelo: empoderamiento de la mujer, adaptación de la infraestructura, capacitación y adecuación de procesos y normas. Si bien hay avances, con 73 salas de prelabor habilitadas y 14,103 atenciones amigables otorgadas, hay retos y desafíos por vencer.

En materia de empoderamiento, falta incluir el plan de parto como una práctica institucional. En cuanto a adecuación de infraestructura, se requiere presupuesto para construir y adecuar espacios amigables. Además, es necesaria la actualización de las plantillas de personal e inclusión de nuevas categorías para una adecuada operación del programa. Sobre capacitación, está pendiente la adecuación de planes formativos de médicos y enfermeras. En materia de procesos y normatividad, falta evaluación cualitativa del impacto sobre la experiencia y la satisfacción de las personas y la eliminación de la violencia obstétrica.

Abstract

Undoubtedly, great advances have been made in terms of maternal and infant morbidity and mortality. However, in Mexican Social Security System, the quality of maternal care is questionable, as reflected in proportions of cesarean births three times higher than those recommended by WHO, abandonment of exclusive breastfeeding and the fact that up to one in three women is a victim of abuse during delivery. Given this, the IMSS decides to implement the model called *Integral Maternal Care AMIIMSS*, focused on users experience and based on friendly obstetric care, along different stages of the reproductive process. Four pillars underpin the model, women's empowerment, infrastructure adaptation, training and adaptation of processes and standards. Although there are advances, with 73 pre-labor rooms enabled and 14,103 friendly attentions granted, there are pending tasks and challenges.

In terms of empowerment, the birth plan needs to be included as an institutional practice. In terms of infrastructure adequacy, a budget is required to build and adapt friendly spaces. In addition, it is necessary to update the staffing tables and include new categories, for an adequate operation of the program. On training, the adaptation of academic plans for doctors and nurses is pending. In terms of processes and regulations, there is a lack of qualitative evaluation of the impact of the program on people's experience and satisfaction and elimination of obstetric violence.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Atención Médica en UMAE. Ciudad de México, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica. Ciudad de México, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, División de Atención Gineco-Obstétrica y Perinatal. Ciudad de México, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Ciudad de México, México

ORCID: [0000-0001-7735-6505^a](https://orcid.org/0000-0001-7735-6505), [0000-0003-2393-3172^b](https://orcid.org/0000-0003-2393-3172), [0000-0002-8901-5932^c](https://orcid.org/0000-0002-8901-5932), [0000-0002-8252-3205^d](https://orcid.org/0000-0002-8252-3205)

Palabras clave

Obstetricia
Parto
Entorno del Parto
Lactancia Materna
Atención Prenatal

Keywords

Obstetrics
Parturition
Birth Setting
Breast Feeding
Prenatal Care

Fecha de recibido: 12/10/2022

Fecha de aceptado: 27/10/2022

Comunicación con:

Claudio Quinzaños Fresnedo

 claudio.quinzaños@imss.gob.mx

 55 5726 1700, extensión 16980

Cómo citar este artículo: Quinzaños-Fresnedo C, Ríos-Castillo B, Hernández-Gordillo HC, Duque-Molina C. La necesidad de un cambio de paradigma en atención materna: Modelo AMIIMSS, alcances y retos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60 Supl 2:S119-26.

Antecedentes

Sin duda, los avances científicos en el campo de la obstetricia han salvado miles de vidas, tanto de las madres como de las personas recién nacidas, pues sin la debida atención o ayuda un número considerable de mujeres y fetos/recién nacidos estarían destinados a perder la vida durante el nacimiento. Esta alta probabilidad llevó a las mujeres en proceso de parto ser consideradas “guerreras” en las culturas tradicionales.

Con el surgimiento de la cardiocografía, así como del ultrasonido con aplicación en la clínica, las técnicas de reproducción asistida, la introducción del surfactante y la realización de cirugías fetales, indiscutiblemente se ha contribuido a salvar millones de vidas, cambiando el panorama en la atención materno-infantil de manera significativa. Sin embargo, también han dado paso a la medicalización excesiva en la atención obstétrica vislumbrada desde los años 80 del siglo pasado; ejemplo de ello, es su contribución al complejo fenómeno del abuso de la operación cesárea.

El abuso de la intervención se ve reflejado en la siguiente gráfica realizada con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (figura 1). Se puede observar un considerable aumento en el porcentaje de cesáreas realizadas en el IMSS con relación a los nacimientos atendidos. A mediados de la década de los ochenta esta proporción era de 20%, porcentaje que rebasa el límite de 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En las cuatro décadas siguientes, la proporción de cesáreas realizadas ha crecido de manera constante, llegando incluso a cuadruplicar el límite recomendado.

La proporción de nacimientos vía cesárea en mujeres que se atienden en el IMSS al final del año 2021 fue de 49.7%.

A la par del abuso de la operación cesárea, la práctica de la lactancia materna se ha ido abandonando gradualmente hasta llegar a niveles preocupantes, favorecido en parte por la aparición de áreas hospitalarias destinadas a la “adaptación”

de los recién nacidos en sus primeras horas de vida, como los cuneros de transición o los cuneros fisiológicos, que dejaron de lado el alojamiento conjunto, volviéndose la norma y el destino de todos ellos en muchos de los hospitales. Esta práctica es contraria a la fisiología humana y entorpece de manera significativa la lactancia materna exclusiva.¹ De tal manera que, para finales del año 2020, la cobertura de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad de los lactantes que se atienden en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue de 9.8%, muy por debajo de lo que se consideraría aceptable.

Las consecuencias a la salud de la población infantil, tanto de la operación cesárea como de la falta de lactancia, están bien establecidas. Da la impresión de que los clínicos desconocen o han minimizado dichas consecuencias, ante la premisa de que están salvando vidas. Pero, ¿no nos decía Hipócrates que primero no debemos provocar ningún daño? Cuando se practica una cesárea innecesaria, ¿no se está violando esta premisa?

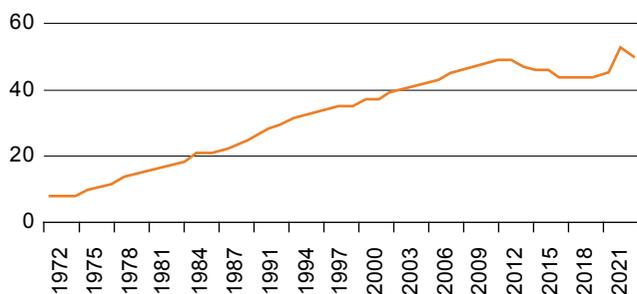
La realidad es que las consecuencias para la madre y para el infante, tanto a corto como a largo plazo por la realización de una operación cesárea, son diversas.

Las complicaciones para la madre incluyen un mayor riesgo de muerte materna, se estima que hasta un 14% de las muertes por causa obstétrica directa se deben a complicaciones de la cesárea,² mayor riesgo de hemorragia obstétrica, alteraciones en la placentación, infección, istmocele, dificultades reproductivas, dificultades en la lactancia y depresión.³ Para el infante, los riesgos a corto plazo se encuentran principalmente relacionados con la falta de maduración del feto y con la falta de mecanismos activados para el paso del feto por el canal de parto.

Las repercusiones en la salud infantil a largo plazo se relacionan con la modificación de la microbiota intestinal, de piel y mucosas. Se ha observado que la vía de nacimiento es uno de los principales factores que afectan la microbiota intestinal en la infancia temprana.⁴ De tal forma que el aumento en las proporciones de nacimientos por operación cesárea se relaciona con un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas en la población, y ello parece estar relacionado con la modificación en la microbiota,⁵ lo que de manera indirecta se relaciona con afectaciones en el sistema inmunológico. Dichas afectaciones se asocian con mayor riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas, incluida la rinitis alérgica, el asma y la atopia. Asimismo, se ha observado un riesgo aumentado de obesidad infantil, diabetes y leucemia.

A continuación, se mencionan los problemas de salud tanto para los lactantes como para las mujeres por la falta de lactancia.

Figura 1 Proporción de nacimientos mediante operación cesárea en el IMSS 1972-2021



En los lactantes muchos de los impactos negativos en su salud se han asociado al desarrollo de un microbioma intestinal distinto, comparado con el de una persona alimentada mediante leche materna,^{6,7} problema que se potencializa si la vía de nacimiento es mediante cesárea.⁷ Se ha encontrado una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, mortalidad infantil,⁸ incluida la muerte súbita del lactante,⁹ enfermedades alérgicas,¹⁰ obesidad infantil, problemas digestivos, leucemia e incluso enfermedades mentales en la edad adulta.¹¹

México ocupa un lugar importante en obesidad infantil, lo que no es de extrañarse dadas las bajas tasas de lactancia exclusiva. Además, el país tiene grandes problemas de salud en la población adulta, en particular los relacionados con el metabolismo, como son la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares y su origen puede estar en los primeros días de vida (intra y extrauterina).⁵

Por otro lado, en las madres, la falta de lactancia materna se asocia con un incremento en el riesgo de sobrepeso, cáncer de mama y cáncer de ovario, además de una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo de la etapa posnatal.^{12,13}

Por otra parte, la elevada proporción de cesáreas y la baja cobertura de lactancia materna exclusiva en derechohabientes del IMSS reflejan una alta prevalencia de vulneración al ejercicio del derecho a la salud de mujeres embarazadas y de las personas lactantes. De acuerdo con la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares, en las Instituciones del sector salud, una de cada tres mujeres es maltratada durante la atención del parto.¹⁴ La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, señala que la violencia obstétrica es: *“una modalidad de violencia institucional y de género cometida por prestadores de servicios de la salud, debida a una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio y que le genera una afectación física, psicológica o moral, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”*.

Modelo AMIIMSS: Atención Materna Integral

El IMSS ha decidido avanzar y consolidar el disfrute pleno de los derechos humanos de toda la población derechohabiente. La misión de atender la salud y el bienestar de las personas se debe conseguir con un trato digno, humano y cálido en todas las especialidades de los tres niveles de atención.

Para adaptar los procesos de atención médica del IMSS a esta realidad se ha identificado la necesidad de adaptar protocolos de actuación durante el embarazo y parto, privilegiando en todo momento una atención respetuosa y de calidad. Como Instituto, corresponde acompañar a las mujeres en las distintas etapas del proceso reproductivo, con un enfoque de derechos humanos y profesionalismo; así como disminuir las complicaciones médicas propias del embarazo y el parto, además de erradicar la violencia obstétrica y mejorar la salud física y mental de las mujeres y las personas recién nacidas.

Con la finalidad que las mujeres vivan una experiencia de parto más positiva se creó el AMIIMSS, que es un modelo a través del cual se reconoce y protege el papel rector que le corresponde a cada una de las mujeres durante este proceso fisiológico y único.^{15,16,17} La intención primordial es empoderar a la mujer al otorgarle información que le permita conocer sus derechos, así como las opciones, riesgos y beneficios durante el embarazo y el nacimiento de su bebé.

Así, a través de un equipo de 20 integrantes expertos de distintas áreas normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas, se crea el modelo AMIIMSS, con la finalidad de alcanzar el impacto positivo deseado en la salud de las mujeres y sus familias, con calidad, efectividad y seguridad en el proceso de atención. El AMIIMSS se enfoca en la atención obstétrica amigable para mejorar los resultados en materia de salud materno-infantil y permite una experiencia positiva.^{16,17,18} El modelo de atención obstétrica amigable respeta lo sugerido por la OMS, así como lo recomendado por la *“Guía de implantación del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro”* de la Secretaría de Salud.

El AMIIMSS se apunala sobre 4 grandes pilares de manera simultánea, a saber: 1. El empoderamiento de la mujer embarazada/persona gestante, 2. La adecuación de la infraestructura para disponer de entornos habilitantes,¹⁹ 3. La capacitación del personal y 4. La adecuación de procesos y normativa.

Tomando los 4 pilares como principios rectores, se plantean un decálogo (figura 2) que integra los aspectos más esenciales del modelo y que envía mensajes claros relacionados con los siete ejes estratégicos, y sirven de empoderamiento a la mujer y de refuerzo al conocimiento del personal.

A continuación, se describen brevemente los principales componentes al interior de cada uno de los pilares del modelo.

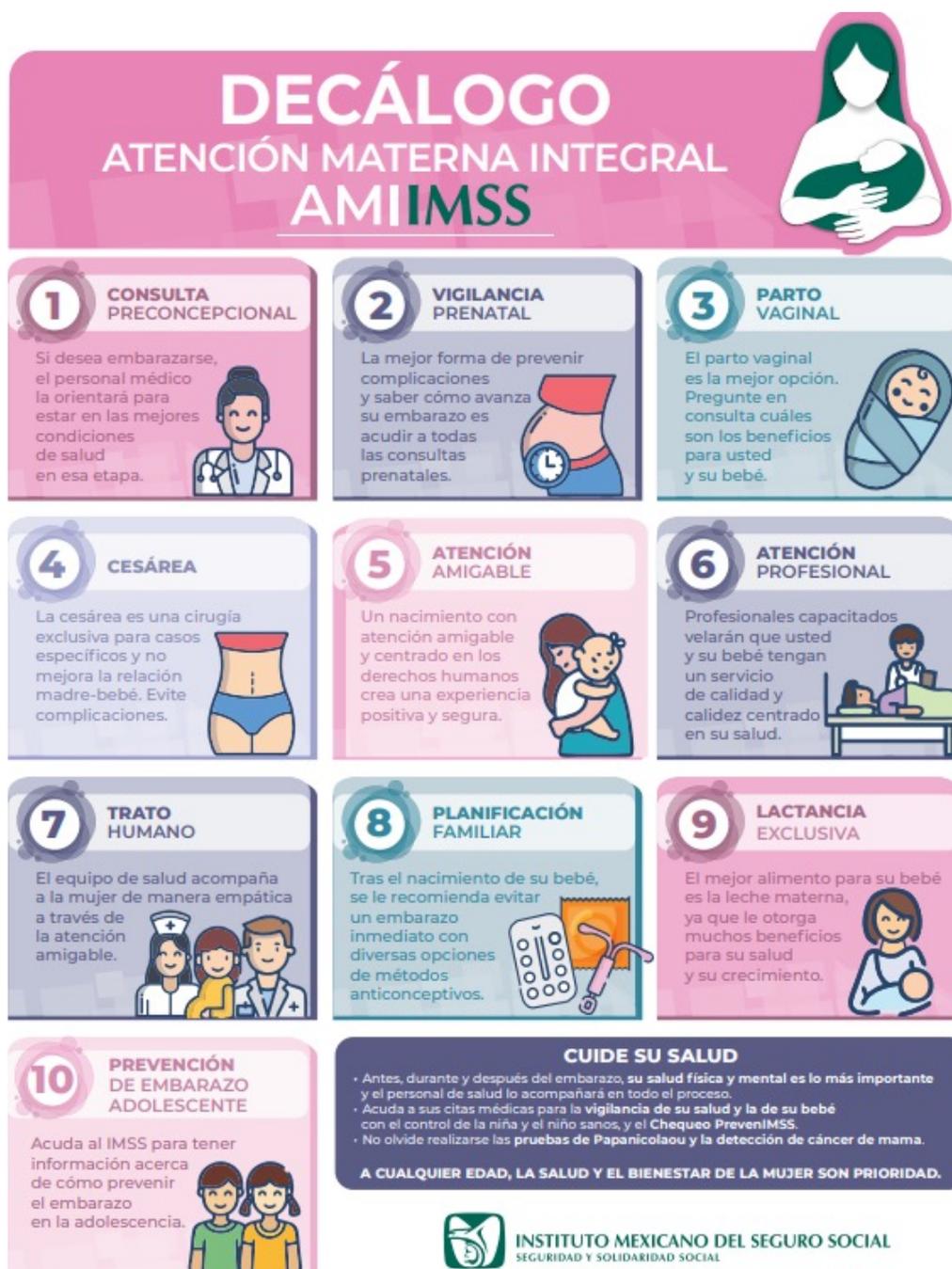


Figura 2 Decálogo AMIIMSS, puntos del decálogo: 1. Consulta preconcepcional, 2. Vigilancia prenatal, 3. Parto vaginal, 4. Cesárea, 5. Atención amigable, 6. Atención profesional, 7. Trato humano, 8. Planificación Familiar, 9. Lactancia exclusiva y 10. Prevención de embarazo adolescente.

- Empoderamiento. Se proporciona información y capacitación a las mujeres embarazadas, madres y personas usuarias de los servicios ambulatorios de los tres niveles de atención sobre consulta preconcepcional, control prenatal, educación para el nacimiento, lactancia exclusiva y planificación familiar. Se otorga información escrita a través de la cartilla de la mujer embarazada, folletos y el microsítio de maternidad del IMSS. Se organizan un tour obstétrico en el que se enrola a las mujeres embarazadas a diversas sesiones educativas para favorecer el empoderamiento.¹⁹ Las unidades médicas de los tres niveles de atención organizan cursos de preparación para el nacimiento.
- Infraestructura. Se enfoca en la adecuación y/o remodelación de espacios que ayuden a las embarazadas, personas gestantes y las personas recién nacidas a ejercer su derecho a recibir un trato obstétrico amigable y

a llevar a cabo la lactancia materna exclusiva. Para la atención amigable se han habilitado dos tipos de espacios: 1. Salas de prelabor y 2. Áreas con elementos para atención amigable dentro de las unidades tocoquirúrgicas (labor y expulsión).

Para instalar las salas de prelabor y las áreas de atención amigable en labor se requiere al menos de: disponer de un espacio físico adecuado, de preferencia con un baño incluido, adquisición de camas tipo labor-parto-recuperación (LPR), bancos para parto vertical, pelotas, difusores de aromaterapia, bocinas, compresas térmicas, instalar barandales y argollas para colgar foulares. Es muy importante señalar que ni las camas LPR ni los bancos para parto vertical forman parte del cuadro de equipamiento, por lo que, en tanto se realizan las gestiones pertinentes, no pueden ser adquiridas como parte de proyectos de equipamiento y solo pueden ser recibidas como parte de donativos. Lo mismo ocurre con elementos como son los aceites esenciales y sus difusores (para aromaterapia), bocinas y otros elementos que se pudieran utilizar. Por otro lado, no se cuenta con lineamientos específicos en materia de las características que deben reunir los espacios amigables (salas de prelabor y áreas amigables en labor/expulsión). Para la adecuación de espacios, el personal de las unidades médicas realiza grandes esfuerzos para hacerse de recursos para realizar obras de conservación/remodelación que permiten adecuar espacios para disponer de salas de prelabor y de áreas para atención amigable dentro de las salas de labor/expulsión, así como para la adquisición de elementos para la atención amigable como foulares, pelotas, esencias esenciales para aromaterapia.

Para favorecer la lactancia materna exclusiva se han instalado dos tipos de espacios en las unidades del Instituto: 1. Lactarios, en unidades hospitalarias y 2. Salas de lactancia, en unidades de primer nivel y unidades administrativas.

- Capacitación para el personal de salud. Se cuenta con varios cursos en línea, a saber, atención obstétrica amigable y de lactancia materna, además del curso presencial de sensibilización denominado "*Buen trato para la mujer embarazada*". Adicionalmente, en aquellas unidades y hospitales que participan para ser nominadas como "*Amigo del Niño y la Niña*", se otorga capacitación teórico-práctica adicional en materia de lactancia materna (20 horas de teoría y 4 horas de práctica). Para los médicos familiares se dispone de un curso en línea de "*Atención integral a la embarazada*".
- Adecuación de procesos y normativa. Uno de los cambios más significativos es el cambio en el proceso de atención durante el cuidado del trabajo de parto, el cual permite y favorece ponerse de pie y deambular, ingerir

líquidos y emplear métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, al interior del área de labor.

Para la adecuación y actualización de la normatividad se elaboró el "*Lineamiento técnico para la atención amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio, para la prevención de la violencia obstétrica*", el "*Lineamiento técnico de lactancia materna*" y el "*Lineamiento de instalación y uso de salas de lactancia en el IMSS*". Adicionalmente, se actualizó el "*Procedimiento para la atención materna en Unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención*" en el cual se incluyó un nuevo formato para la vigilancia y atención del parto (partograma) que contempla la vigilancia de elementos amigables durante el trabajo de parto (la clasificación de Robson), modelo que permite identificar los grupos de mujeres que más contribuyen a la utilización de cesárea como vía de nacimiento, así como el registro de nuevas variables relacionadas con la atención amigable en los sistemas de información. Se elaboró y difundió un código QR que contiene información sobre metodología anticonceptiva, el cual es colocado en áreas de espera de servicios ambulatorios de las unidades de los tres niveles de atención.

El punto medular del modelo es la atención obstétrica amigable. Los servicios de atención materna y perinatal centrados en la mujer, la persona recién nacida y la familia, otorgan la oportunidad a las instituciones de brindar una atención obstétrica libre de violencia, así como de lograr una mayor calidad, efectividad y seguridad en el proceso de atención, además de mayor adherencia y entendimiento de los tratamientos, y mejor comunicación entre las y los profesionales de la salud, la mujer y su familia. La atención obstétrica amigable es una modalidad de atención centrada en la persona, con respeto de sus necesidades, deseos, aspectos culturales, y derechos, en un entorno seguro, favorecido por la práctica obstétrica basada en evidencia. Al centrarse en las personas, se eliminan las rutinas hospitalarias, que no se sustentan en evidencia científica y que únicamente buscan la rapidez, practicidad y comodidad del personal de salud (modelo centrado en las organizaciones). Evitar las maniobras rutinarias también implica evitar maniobras invasivas, a no ser que se encuentren clínicamente indicadas, para lo cual se deberá informar y solicitar la autorización de la paciente.

El modelo implica el respeto a los deseos de la paciente en cuanto a condiciones de llegada al establecimiento de salud, así como a sus deseos y necesidades de deambular y adoptar diferentes posiciones, realizar ejercicios, utilizar distintos métodos no farmacológicos para el manejo del dolor y a la postura a adoptar durante el periodo expulsivo. De acuerdo con la evidencia científica, fomentar la deambulación y realizar ejercicios mejoran la evolución del trabajo de parto,²⁰

optar por la posición en cuatro puntos en distintos momentos,^{21,22} gatear y realizar ejercicio con pelota, así como favorecer distintas posiciones para el parto, ya sea vertical, en banco o en posición de cuatro puntos,^{22,23,24} ayuda a adoptar posiciones flexibles del sacro en la segunda etapa del trabajo de parto, lo que ayuda a reducir la incidencia de parto vaginal instrumental, cesárea, episiotomía, traumatismo perineal grave, dolor intenso y acorta la duración de la fase de pujo activo en el trabajo de parto, todo ello con base en prácticas sustentadas en la biomecánica del parto.^{25,26}

Por otra parte, se permite y fomenta el uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, tales como la aromaterapia, termoterapia, musicoterapia, masoterapia, acupresión y la acupuntura, de acuerdo con la disponibilidad y experiencia de su uso en la unidad.^{27,28,29} Al momento del nacimiento se fomenta en todos los casos el contacto piel con piel en los primeros cinco minutos de vida¹ y el apego inmediato.

Desde el despliegue e implementación del Modelo AMIIMSS para el mes de octubre de 2022, en el IMSS se han habilitado 73 salas de prelabor en las que se incluye a unidades médicas de segundo y de tercer nivel de atención, y se han otorgado 14,103 atenciones bajo este modelo. Adicionalmente, se cuenta con 63 hospitales nominados como Hospitales Amigos del Niño y la Niña y 21 Unidades de Medicina Familiar nominadas como Unidades Amigas del Niño y la Niña, lo cual refleja el firme compromiso del Instituto para favorecer y promover la lactancia materna.

Otros avances notables son el incremento en la cobertura de lactancia materna de 10 puntos porcentuales y la disminución en la realización de cesáreas, evitando cerca de 7000 intervenciones.

Expectativas y retos

Se espera que al cabo de un año de su lanzamiento se hayan alcanzado los siguientes logros, considerando cada uno de los pilares: en materia de empoderamiento se espera que la totalidad de las unidades hospitalarias cuenten con implementación del “*Tour Obstétrico*” y otorguen sesiones de educación para las pacientes. En infraestructura se espera que en cada representación y UMAE cuente con un espacio para otorgar atención amigable, habilitado (ya sea un área de prelabor o bien un área amigable en labor/expulsión) así también, la totalidad de las unidades hospitalarias con atención materna cuenten con lactario; se espera contar con salas de lactancia en unidades de medicina familiar, unidades médicas de alta especialidad sin atención obstétrica y en unidades administrativas. En capacitación se espera que, cuando menos, el 30% del personal

clínico que atiende a mujeres en estado grávido-puerperal haya concluido el curso en línea de atención obstétrica amigable. En materia de adecuación de procesos y normatividad se espera que en el 10% del total de nacimientos atendidos en el primer año las mujeres hayan sido atendidas bajo este modelo, contribuyendo a revertir la tendencia creciente a la proporción de nacimientos vía cesárea. Adicionalmente, se espera también que se lleven a cabo las acciones de la normatividad recientemente actualizada y que en la totalidad de las unidades hospitalarias se utilice el nuevo partograma. Se considera que se logrará incrementar la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico en al menos 15 puntos porcentuales. Se espera nominar 12 unidades (de los tres niveles de atención) como Unidad/Hospital Amigo del Niño y la Niña. Finalmente, se espera un incremento en la proporción de lactancia exclusiva tanto al nacimiento, como a los seis meses.

Para el Modelo AMIIMSS se tiene considerado evaluar el desempeño del programa a través del cambio en indicadores, que incluyen la oportunidad en el inicio del control prenatal, la cantidad de consultas por embarazada, la proporción de nacimientos mediante operación cesárea, la lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario y a los seis meses de vida, la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico en adolescentes y en general. El seguimiento de estos indicadores permite evaluar un sinnúmero de actividades relacionadas con el proceso de atención, las cuales se espera que mejoren con la implementación paulatina del modelo.

Existen retos importantes al interior de cada uno de los pilares del modelo, los cuales se mencionan a continuación. Empoderamiento: es necesario que se sistematicen los cursos de preparación para el nacimiento y que se incorporen estrategias como programas psicoeducativos, para generar aprendizajes significativos. Además de otorgar información y capacitar a las mujeres embarazadas, una de las estrategias que ha resultado más efectiva en materia de empoderamiento, y que ha mostrado diferencias significativas incluso en la proporción de nacimientos por cesárea, es la inclusión del plan de parto como parte de los cuidados prenatales y su uso de manera generalizada.^{30,31} El plan de parto es un documento mediante el cual, de una manera pragmática, la mujer embarazada expresa sus deseos y describe el modo mediante el cual le gustaría (o desearía) que ocurran los distintos momentos relacionados con el nacimiento: la llegada al hospital, el periodo de dilatación (asistencia, cuidados y alimentación, las intervenciones), el periodo expulsivo, el alumbramiento, los cuidados y la atención de la persona recién nacida, el periodo de puerperio, la lactancia materna y situaciones especiales como la a cesárea o el parto instrumental. Una vez redactado el plan de parto, la mujer embarazada está en posibilidades de comentar todos los puntos solicitados, aquellas condiciones

clínicas que podrían modificar el actuar plasmado en el plan y aquellas situaciones que provocarían un actuar distinto al inicialmente esperado.

En infraestructura es necesario iniciar con la elaboración de proyectos de inversión para la construcción de salas de labor-parto-recuperación (LPR), de acuerdo con el lineamiento sectorial.¹⁹

A la par, es indispensable el reconocimiento de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Contrato Colectivo de Trabajo y agregar la atención de parto de bajo riesgo como parte de sus actividades. En este mismo sentido, existe la especialidad en enfermería perinatal, la cual podría ser incluida dentro de las categorías contractuales. Por el momento dicha especialidad no es reconocida ni se imparte en el Instituto. Una vez incluidas algunas de las categorías antes mencionadas, se podría transitar hacia la atención de los partos de bajo riesgo, inicialmente bajo supervisión médica. Dentro de las plantillas de personal del Instituto no se cuenta con personal específico para otorgar atención amigable, como son las parteras tradicionales y profesionales (no trabajan en las unidades del régimen ordinario del IMSS), las *doulas* no se consideran personal de salud, y en la mayoría de los casos no se les permite el ingreso para trabajar como voluntarias dentro de las instalaciones del Instituto. También existen retos en materia de dotación de personal para apoyo a la lactancia, ya que no se contempla, como parte de las actividades del personal, sostener a una persona recién nacida hasta por una hora al seno materno y ayudarlo a amamantar. Esto resulta especialmente complejo durante las cesáreas. Durante el nacimiento vía vaginal es más factible que la madre sostenga al recién nacido y no se requiera personal específico para ello.

En Sensibilización y capacitación del personal, existen diferentes retos que vale la pena señalar. En lo cotidiano se observa que existe poco interés por parte de los médicos obstetras en modificar su actuar, y hacerlo no puede ser obligatorio. La resistencia al cambio es común en todos los proyectos que buscan modificar la conducta de las personas. El personal requiere capacitación tanto en el manejo de los métodos no farmacológicos para el control del dolor, como en la atención del parto en posiciones vertical y en cuatro puntos, ya que el especialista en obstetricia y el personal de enfermería actualmente no cuentan con las competencias requeridas en la materia.²² Parte de la solución a lo anterior, sería la adecuación de programas formativos de

médicos y enfermeras, desde el nivel licenciatura y abarcando las distintas especialidades.

En materia de normatividad, existen retos como garantizar el cumplimiento del “*Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*”, el cual, entre otras cosas, insta a los países a velar por el fomento a la lactancia y a evitar la alimentación de los lactantes con sucedáneos de leche materna cuando no es médicamente necesario. Busca evitar la intervención y manipulación de la industria de producción de sucedáneos sobre las decisiones del personal de salud y las familias en materia de alimentación infantil.

Por último, un aspecto fundamental relacionado con el punto medular del modelo es la búsqueda de generar una experiencia positiva en las usuarias. Ninguno de los indicadores mencionados evalúa la percepción de las mujeres sobre la experiencia vivida, ni la satisfacción de estas; tampoco se busca evaluar si fue víctima de maltrato, siendo que es lo que se busca erradicar. Para ello, es necesario llevar a cabo evaluaciones de tipo cualitativo. Así, se busca determinar el impacto sobre aspectos como la percepción de la experiencia vivida, la calidad percibida y la prevalencia de maltrato, de la implementación de modelos institucionales centrados en el respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y en entornos seguros, como el AMIIMSS, por lo que es necesario llevar a cabo investigación cualitativa.

Finalmente, vale la pena señalar que el modelo AMIIMSS es un ejemplo de programa en el cual cabe plenamente la investigación traslacional, toda vez que es un ejemplo de cómo una política pública que incide sobre un proceso de atención se traduce en beneficios clínicos para las personas (menor morbilidad de la población materno-infantil, que se constata en estudios de investigación clínica), relacionados con aspectos como modificaciones de la microbiota y cambios epigenéticos y los efectos relacionados con la nutrición y con la vía de nacimiento (que se pueden demostrar a nivel de laboratorios de investigación básica), todo lo que se puede ver reflejado en un mejor estado de salud y satisfacción de la comunidad.

.....
Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Vol. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016.

2. O'Dwyer V, Hogan JL, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate.

- International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012; 116(2):162-4.
3. Grivell RM, Dodd JM. Short- and long-term outcomes after cesarean section. Vol. 6, Expert Review of Obstetrics and Gynecology. 2011. p. 205-15.
 4. Shaterian N, Abdi F, Ghavidel N, Alidost F. Role of cesarean section in the development of neonatal gut microbiota: A systematic review. Vol. 16, Open Medicine (Poland). De Gruyter Open Ltd; 2021.
 5. Magne F, Silva AP, Carvajal B, Gotteland M. The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: The growing involvement of the microbiota. Vol. 5, Frontiers in Pediatrics. Frontiers Media S.A.; 2017.
 6. Hill CJ, Lynch DB, Murphy K, Ulaszewska M, Jeffery IB, O'Shea CA, et al. Evolution of gut microbiota composition from birth to 24 weeks in the INFANTMET Cohort. *Microbiome*. 2017;5(1).
 7. Vandenplas Y, Carnielli VP, Ksiazek J, Luna MS, Migacheva N, Mosselmans JM, et al. Factors affecting early-life intestinal microbiota development. Vol. 78, *Nutrition*. Elsevier Inc.; 2020.
 8. Ware JL, Chen A, Morrow AL, Kmet J. Associations between Breastfeeding Initiation and Infant Mortality in an Urban Population. *Breastfeeding Medicine*. 2019;14(7):465-74.
 9. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, Blair PS. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. Vol. 35, *Journal of Human Lactation*. SAGE Publications Inc.; 2019. p. 510-20.
 10. van den Elsen LWJ, Garssen J, Burcelin R, Verhasselt V. Shaping the gut microbiota by breastfeeding: The gateway to allergy prevention? Vol. 7, *Frontiers in Pediatrics*. Frontiers Media S.A.; 2019.
 11. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, et al. The Long-Term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years. *Journal of Pediatrics*. 2010;156(4): 568-74.
 12. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. Vol. 61, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Springer Verlag; 2018. p. 977-85.
 13. Yuen M, Hall OJ, Masters GA, Nephew BC, Carr C, Leung K, et al. The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. *J Womens Health*. 2022;31(6):787-807.
 14. Arguedas Ramírez G, Berrio Palomo LR, Castro R, Frías SM, García Presas AL, González MF, et al. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2020.
 15. Shakibzadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. Vol. 125, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Blackwell Publishing Ltd; 2018. p. 932-42.
 16. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. Vol. 15, *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd.; 2018.
 17. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
 18. World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 200 p.
 19. Secretaría de Salud, CNEGSR. Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. 2022.
 20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Vol. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
 21. Rezaie M, Dakhesh S, Kalavani L, Valiani M. A Comparative Study on the Effect of Using Three Maternal Positions on Postpartum Bleeding, Perineum Status and Some of the Birth Outcomes During Latent and Active phase of the Second Stage of Labor. *Cyprus Journal of Medical Sciences [Internet]*. 2021;5(1):57-65.
 22. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*. 2017;50:117-24.
 23. Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial.
 24. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. Vol. 6, *International Journal of Nursing Sciences*. Chinese Nursing Association; 2019. p. 460-7.
 25. Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Vol. 29, *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 3154-69.
 26. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. Vol. 208, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 46-54.
 27. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12).
 28. Hu Y, Lu H, Huang J, Zang Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. Vol. 30, *Journal of Clinical Nursing*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 3398-414.
 29. Abdul-Sattar Khudhur Ali S, Mirkhan Ahmed H. Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing*. 2018; 19(3):288-94.
 30. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT, Souza JP, Vogel JP, Bonet M, et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: Who recommendations. Vol. 98, *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization; 2020. p. 66-8.
 31. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in southern Spain: A case-control study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):1-8.