

ENTORNOS HABILITANTES PARA UNA EXPERIENCIA POSITIVA DURANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

ENTORNOS HABILITANTES PARA UNA EXPERIENCIA POSITIVA DURANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de
labor-parto-recuperación en las redes de servicios

Primera edición, 2022

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y liga oficial de
descarga. Este documento no debe utilizarse con fines comerciales o electorales.

ISBN digital: En trámite

Hecho en México

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos
a los establecidos en el programa



DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN

ELABORACIÓN Y REVISIÓN

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

DRA. BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA

DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

DR. JUAN ISMAEL ISLAS CASTAÑEDA

SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MATERNA

E.E.P. MERCEDES GONZÁLEZ LÓPEZ

DR. OMAR AGUILAR SÁNCHEZ

SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO Y PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

DR. ZARHIF ROBERTO JAIMES CONTRERAS

JEFE DE DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

LIC. MÓNICA VERGARA VÁZQUEZ

DR. ÁNGEL DELFINO GÓMEZ LIZÁRRAGA

SUBDIRECTOR DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO

LIC. DANIELA FRANCISCA DÍAZ ECHEVERRÍA

MTRO. RAMÓN ALEJANDRO SALAZAR LINO

MTRO. FIDEL MARIO GARCÍA ROJAS

COORDINACIÓN EDITORIAL

DRA. GRACIELA BEATRIZ MUÑOZ GARCÍA

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL

LIC. V. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO

LIC. NOHEMÍ RUIZ VILLA

LIC. ADRIANA GUADALUPE TORRES ESPARZA

FOTOGRAFÍA

MIREILLE JAIN Y FABIOLA SILVA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la revisión técnica y los valiosos aportes de las médicas especialistas en ginecobstetricia y consultoras externas: **Dra. Raffaella Schiavon Ermani** y la **Dra. Susana Patricia Collado Peña**

A las **entidades federativas** por su participación en las actividades de planeación, implementación y supervisión, realizadas durante el año 2021, que permitieron identificar necesidades, barreras y facilitadores que han sido elementos clave en el desarrollo del presente lineamiento.

CONTENIDO

1. Introducción	9
2. Objetivos	12
3. Alcance	12
4. Marco normativo	13
5. Niveles de rectoría	13
6. Definiciones operativas	15
7. Principios rectores en el continuo de atención	17
8. Entornos habilitantes y redes integrales de servicios	19
8.1 Interacción con otros procedimientos de atención	22
8.2 Acciones esenciales en salud materna y perinatal	23
8.3 Articulación con los servicios de salud sexual y reproductiva	24
9. Modelos de implementación adaptados por nivel de atención	24
9.1 Entornos habilitantes en el primer nivel de atención	25
9.2 Entornos habilitantes en el segundo nivel de atención	27
10. Estructura y componentes de los entornos habilitantes	30
10.1 Entorno físico y adecuaciones a la infraestructura: sala LPR	30
10.2 Recursos materiales, bienes e insumos	32
10.3 Recursos humanos	38
10.4 Políticas y criterios generales de atención	44
11. Procedimientos de atención	46
11.1 Identificación y seguimiento del embarazo de bajo riesgo	46
11.2 Ingreso de la usuaria con trabajo de parto	49
11.3 Atención durante el trabajo de parto	52
11.4 Atención del parto	55

11.5 Atención de la persona recién nacida	63
11.6 Vigilancia en recuperación y durante el puerperio inmediato	65
12. Estrategias de comunicación y difusión	67
13. Monitoreo y evaluación	70
13.1 Cédula de supervisión y monitoreo de la productividad	70
13.2 Análisis de indicadores específicos	71
13.3 Encuestas de satisfacción	77
Referencias	80

1. INTRODUCCIÓN

La implementación de los entornos habilitantes para la atención del trabajo de parto y parto de bajo riesgo, y de la persona recién nacida, responden a estrategias que han demostrado ser costo-efectivas para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como las evidencias científicas y recomendaciones en torno a la calidad de la atención, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la atención centrada en la persona, para lograr una experiencia positiva durante la atención obstétrica y la atención inicial a la persona recién nacida.

Con base en lo anterior, su objetivo es dirigir acciones de fortalecimiento en salud pública para una transformación en la disposición de los espacios físicos, los procedimientos y protocolos de atención, la participación de profesionales de salud calificados con competencias específicas y la optimización de recursos humanos, materiales y de infraestructura. Así, responde a los ejes planteados por el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, que en el objetivo número 5 “Atención a la salud y bienestar” destaca aquellas estrategias dirigidas a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal y la adopción de enfoques transversales y pertinencia cultural en la atención de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se articula e integra con los objetivos, estrategias y líneas de acción en salud materna y salud perinatal del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.

En el marco de las funciones esenciales de salud pública, el abordaje de los determinantes sociales, la promoción de la salud y la disponibilidad de servicios integrales son elementos fundamentales del acceso a la salud, tan relevantes como la asignación de insumos, el monitoreo y la participación social¹. Así, el modelo de competencia desde el punto de vista de salud pública pretende socializar el conocimiento científico y desarrollar habilidades y recursos en las personas y en las comunidades, con el propósito de incrementar su participación informada en la vigilancia y cuidado de su salud². La adopción de este modelo supone que, además del ámbito operativo de la prestación de servicios, es fundamental redefinir los roles en la dirección siguiente:

- Personal profesional / técnico: otorga asesoría en la comunidad, utiliza lenguaje asequible y técnicas pedagógicas, discute con la comunidad las medidas y planes de salud y busca a las personas usuarias para prevenir y promover.
- Persona usuaria: participa de manera activa, puede aprender, opinar, sugerir y tomar decisiones informadas; controla y desarrolla competencia de auto vigilancia y cuidado.

1 OMS/OPS (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI Marco conceptual y descripción. OMS/OPS: Washington, D.C.

2 Guibert Reyes, W. et. al. (1999) ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 176-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200010&lng=es&tling=es. Fecha de consulta 06/enero/2022

Es por ello que, para la consolidación de estos entornos habilitantes, se requiere intervenir desde la atención prenatal, otorgando herramientas y conocimientos a las personas usuarias, centradas en sus necesidades, reafirmando con las acciones preventivas y de promoción en el entorno comunitario, como son los clubes del embarazo, la integración de enlaces interculturales, la participación de padrinos/madrinas comunitarias, brigadistas y parteras tradicionales.

En cuanto a la resolución del evento obstétrico centrado en la persona, podemos afirmar que el entorno condiciona lo que ocurre en éste, de modo que el espacio puede ser utilizado como herramienta para permitir o bloquear diferentes procesos y experiencias del ser humano. Tomando como referencia lo anterior, el parto queda condicionado por el ambiente que lo rodea, siendo éste un motor o freno del propio proceso. Para favorecer las condiciones fisiológicas del trabajo de parto y nacimiento, hay elementos fundamentales como la intimidad, seguridad, acompañamiento, información clara y veraz, respeto por la autonomía y toma de decisiones conjunta, que hoy en día se reconocen como factores que contribuyen de manera positiva en los resultados maternos y perinatales. Por lo tanto, las acciones que interactúan en el proceso de atención prenatal, atención del trabajo de parto y parto, atención de la persona recién nacida y la vigilancia del puerperio en usuarias de bajo riesgo, deberán ser expectantes y favorecedoras del proceso fisiológico de cada uno de los eventos mencionados, integrando los siguientes ejes en la atención que se sintetizan en la **Figura 1**.

El presente lineamiento empata con las carteras de servicios de unidades de primer y segundo nivel de atención obstétrica, englobando la rectoría, la disposición de los espacios físicos, la actualización de procedimientos y flujogramas de atención y el actuar del personal de salud que integra el equipo multiprofesional: ginecobstetricia, pediatría, medicina general y partería profesional (enfermería especialista perinatal, licenciatura en enfermería y obstetricia, partería técnica), personal de apoyo y auxiliar, para lograr la implementación, replicabilidad y sostenibilidad de los entornos habilitantes.

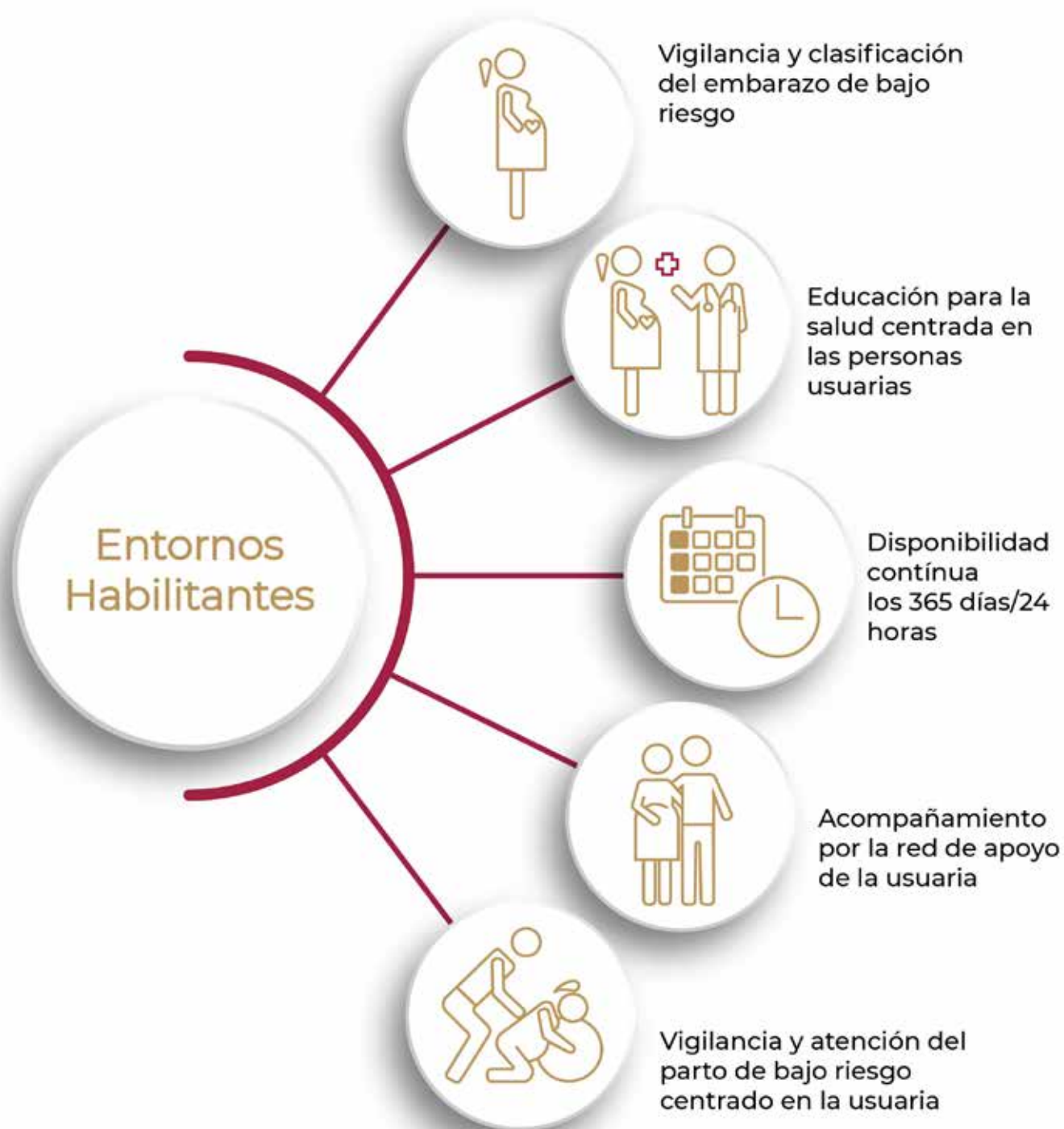


Figura 1. Síntesis de ejes de funcionamiento en los entornos habilitantes

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Unificar los procesos de atención de los entornos habilitantes (salas de labor-parto-recuperación) para la atención durante el trabajo de parto, parto y recuperación, favoreciendo el proceso fisiológico, el apego inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios generales y condiciones esenciales para el funcionamiento de los entornos habilitantes en las redes de servicios, bajo los principios rectores de derechos y atención centrada en la persona.
- Definir el marco operativo de los entornos habilitantes para su articulación desde la atención prenatal, del trabajo de parto, parto y puerperio de bajo riesgo y la atención inmediata de la persona recién nacida.
- Describir los elementos clave de los procedimientos de atención de acuerdo con las características físicas, insumos y recursos humanos que caracterizan a los entornos habilitantes.
- Proponer estrategias de comunicación y difusión para dar a conocer el modelo de atención al personal de salud y a la población, fortaleciendo la demanda de los servicios.
- Definir herramientas de monitoreo y evaluación para el seguimiento y la mejora continua.

3. ALCANCE

Dirigido a todo el personal de salud, operativo y gerencial, que realiza actividades en la implementación de los entornos habilitantes en los diversos niveles de atención.

Aplica de manera transversal en la articulación de redes de atención integradas que favorecerán la comunicación y la atención de las usuarias de bajo riesgo en los servicios de salud pública a nivel nacional.

4. MARCO NORMATIVO

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida (Secretaría de Salud, 2016)
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento (Secretaría de Salud, 2013)
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad (Secretaría de Salud, 2015)
- Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (IMSS, 2019)
- Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente (Secretaría de Salud, 2017)
- Lineamiento Técnico. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (CNEGSR, 2016)

5. NIVELES DE RECTORÍA

Para la implementación de los entornos habilitantes se requiere de acciones de rectoría y gestión en diferentes niveles, para lo cual es fundamental definir estas áreas de responsabilidad y las funciones de cada una de ellas:

NIVEL DE RECTORÍA	INSTANCIA /ÁREA RESPONSABLE	FUNCIONES Y ACCIONES
Federal	Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	• Generar innovación en política pública en salud materna y perinatal. • Definir criterios generales de distribución presupuestal de la fuente de financiamiento Ramo 12. • Desarrollar y actualizar lineamientos y guías técnicas. • Promover la armonización de marcos normativos. • Supervisar y asesorar acciones y procesos de implementación. • Monitorear acciones, indicadores y procesos.
Estatad	Jefatura de Salud Reproductiva, Área Responsable de Salud Materna y Salud Perinatal	• Realizar diagnóstico y plan de trabajo. • Planear, ejercer y rendir cuentas del presupuesto asignado e integrar la gestión de otras fuentes de financiamiento y recursos. • Coordinar la elaboración de documentos normativos a nivel estatal. • Realizar supervisiones de manera periódica. • Integrar e implementar acciones de capacitación y actualización continua. • Informar avance de indicadores y procesos.
Jurisdicción -Sede(s) de proyectos-	Salud Reproductiva / Salud Materna	• Integrar los entornos habilitantes y redes de atención en su marco programático. • Participar en supervisiones de manera periódica. • Participar en acciones de capacitación y actualización continua. • Realizar acciones de promoción, educación, comunicación y difusión.
Unidad(es) médica(s) -Sede(s) de proyectos-	Dirección, Jefatura de Ginecobstetricia, Jefatura de enfermería	• Incorporar la adecuación de espacios y procesos en su marco programático. • Integrar la sala LPR a la estructura organizacional de la unidad y favorecer la articulación con los servicios. • Designar a una persona como líder del proyecto. • Contribuir con el desarrollo de documentos normativos a partir de las necesidades específicas de implementación. • Favorecer la participación en los programas de capacitación y actualización. • Coordinar acciones de difusión y comunicación al interior de la unidad.
Sala L-P-R	Líder de proyecto / coordinación de sala LPR	• Implementar el lineamiento y procedimientos de atención. • Garantizar la prestación de servicios de manera continua, conforme a dicho marco normativo. • Controlar e informar oportunamente la disponibilidad de insumos, bienes y servicios para realizar las gestiones correspondientes y garantizar la continuidad del servicio. • Participar en capacitación y replicación de conocimientos y habilidades. • Informar avances, barreras y facilitadores a la persona líder, para así transmitirlo a los diferentes niveles de rectoría. • Realizar el registro adecuado de información para monitoreo y evaluación del proyecto.

6. DEFINICIONES OPERATIVAS

Salas Labor-Parto-Recuperación (LPR): Espacio físico establecido para la atención durante el trabajo de parto, parto y el periodo de recuperación, así como de la atención inicial de la persona recién nacida, principalmente en casos de bajo riesgo, en la cual se prioriza la vigilancia no invasiva y expectante del trabajo de parto, la posición de elección durante el parto, el apego inmediato e inicio de la lactancia materna, contando con un equipo de profesionales preparado para la estabilización de complicaciones y su referencia oportuna.

Psicoprofilaxis obstétrica (PPO): Es una herramienta de prevención en la atención obstétrica que consiste en la preparación integral (teórica, física y psicoafectiva) que se brinda durante la gestación, parto o posparto, buscando condiciones que contribuyan a una experiencia de atención segura, satisfactoria y en las mejores condiciones de salud posibles. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

Esferodinamia: Técnica para trabajar movimientos corporales sobre pelotas de estabilidad o kinésicas (pelota suiza) para el fortalecimiento muscular, la estabilización de la postura y el alivio del dolor, como apoyo en el embarazo y trabajo de parto. Su uso permite la relajación muscular, disminuye la presión sobre la pelvis y favorece una posición vertical.

Manejo no farmacológico del dolor: Agrupa diversas técnicas y recursos terapéuticos para la gestión del dolor durante el trabajo de parto y parto a través de la relajación, la estimulación de los sentidos, la disminución de la ansiedad y favorecer la secreción de endorfinas que, en conjunto, disminuyen la sensación de dolor. Entre los más empleados se encuentran la aromaterapia, musicoterapia, termoterapia (agua o almohadillas calientes), masaje, acupresión, esferodinamia o movimiento y cambio postural, manejo de la respiración, entre otros.

Parto vertical: Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), permitiendo al producto que actúe como vector final resultante de las fuerzas del periodo expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera abrevian el periodo expulsivo y facilitan el nacimiento.

Posición libremente elegida en el periodo expulsivo: La mujer o persona gestante adopta o cambia de posición conforme a sus necesidades y sensaciones físicas, buscando aquella que le brinde mayor comodidad, soporte y fuerza para la expulsión del producto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto: Consiste en la administración de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior del producto, tracción controlada del cordón umbilical y apego inmediato de la persona recién nacida.

Alumbramiento espontáneo: Consiste en permitir el desprendimiento de la placenta entre 15 a 20 minutos después del nacimiento del producto, sin tracción ni alguna otra intervención médica.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical: Se lleva a cabo de 30 a 60 segundos después del nacimiento o cuando el pulso en el cordón deja de palparse, al tiempo que se inician simultáneamente los cuidados básicos de la persona recién nacida.

Contacto piel con piel y apego inmediato: Técnica que consiste en colocar a la persona recién nacida desnuda en posición decúbito ventral sobre la región tóraco-abdominal desnuda de la madre apenas nace o dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento, favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina y una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna. Esta técnica permite establecer un vínculo corporal, afectivo y emocional entre la madre y su hijo o hija; basado en la posibilidad de reconocerse como propios desde el nacimiento, mediante los órganos de los sentidos, especialmente el olfato, el tacto y el oído.

Recuperación: Consiste en las primeras dos a tres horas posteriores al nacimiento, durante las cuales se llevará a cabo el monitoreo de signos vitales y de la condición de salud de la mujer y la persona recién nacida, así como dar continuidad al apego inmediato durante la primera hora de vida.

Puerperio: Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomofisiológicos propios del embarazo se revierten hacia el estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días; es inmediato en las primeras 24 horas, mediato pasadas las primeras 24 horas del nacimiento y hasta siete días después, y tardío hasta los 42 días posteriores.

Alojamiento conjunto: Es la ubicación y convivencia de la mujer y la persona recién nacida en la misma habitación durante la estancia hospitalaria; debe ser permanente y durar las 24 horas del día para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Lactancia materna temprana: Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento.

Lactancia materna exclusiva: Alimentación de la persona recién nacida con leche materna exclusiva, sin la introducción de ningún otro alimento sólido o líquido, recomendada hasta los primeros 6 meses de vida.

Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHANN): Lanzada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el objetivo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de atención al parto y puerperio. Es pieza clave de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño la cual busca mejorar el estado de nutrición, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños mediante prácticas adecuadas de alimentación.

7. PRINCIPIOS RECTORES EN EL CONTINUO DE ATENCIÓN

El proyecto de implementación de entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal, tiene como sustento los siguientes principios rectores que guiarán las adecuaciones al entorno físico, así como las políticas y procedimientos que lo integran.

a) Derechos humanos, dignidad humana y no discriminación

- Implica que su atención ocurre en un trasfondo de principios éticos, de justicia, equidad y respeto de la dignidad humana.
- Se basa en el derecho que tiene cada persona a tomar decisiones en relación con su cuidado, ayudando a que las personas tomen decisiones informadas por medio de un diálogo abierto y respetuoso.
- Sustentada en los principios del derecho a la salud como derecho humano: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y no discriminación.
- Promueve la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

b) Perspectiva de género

- Se entiende como una visión crítica, explicativa, analítica y alternativa que aborda las relaciones entre los géneros y que permite comprender las desigualdades construidas socialmente entre mujeres y hombres, así como las formas de discriminación y violencia en que derivan.
- Visibiliza las brechas en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal como una de las formas de desigualdad asociada al género y propone mecanismos para acortarlas, desde un enfoque de interseccionalidad.
- Promueve un abordaje de la salud sexual y reproductiva, basado en las necesidades diferenciales que pueden experimentar las personas, en función de su sexo, género, identidad u orientación sexual.

c) Enfoque intercultural

- La competencia intercultural es la habilidad de interactuar de manera respetuosa y efectiva con las personas de culturas diferentes a la propia. Más allá de la sensibilidad y conocimiento de otra cultura, implica reconocer y respetar el impacto que tiene la propia cultura en las necesidades de atención y formas de cuidado de la salud.
- Contribuye a promover la paridad de trato hacia los diferentes grupos sociales, ya que visibiliza la constitución dinámica de diversos conjuntos socioculturales que desarrollan formas particulares de vivir, pensar y actuar.

- Implica reconocer el papel de las instituciones de salud en el establecimiento de normas y programas con pertinencia sociocultural que definen la respuesta de los servicios de atención, reconociendo que, la experiencia y los significados en torno a la sexualidad y la reproducción, no son homogéneos, sino que se encuentran permeados por creencias, prácticas culturales, religiosas, entre otras.

d) Atención centrada en la persona

- Parte de reconocer la salud sexual y la salud reproductiva como procesos clave en el ciclo vital, que desencadenan diversas necesidades de atención para favorecer el bienestar y la salud integral de la persona.
- Reconoce el embarazo y parto como un evento biológico, social, cultural y afectivo, es decir, que constituyen una experiencia con un profundo significado emocional, espiritual, psicológico y físico.
- Privilegia una relación de colaboración cercana con la mujer, proporcionándole información y consejería de una manera respetuosa, promoviendo su participación y toma de decisiones informada.
- A través de la valoración cuidadosa, permite al personal de salud, identificar las necesidades y recursos que demanda cada caso en función de la persona, su entorno, las condiciones de salud, los determinantes sociales, los recursos disponibles, entre otros.

e) Atención basadas en evidencia

- Implica que el cuidado está constantemente basado en investigación reciente, guías basadas en evidencia actualizada, la experiencia clínica, así como en los valores y necesidades de cada persona y su familia.
- Reconoce que los procedimientos clínicos son tan importantes como el buen trato y la experiencia positiva en la atención, para favorecer mejores resultados obstétricos y perinatales.
- Insta a evitar prácticas innecesarias, o que no estén clínicamente justificadas que desencadenen efectos adversos a la salud.
- Resalta la importancia de la continuidad de la atención, oportuna y de calidad, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio, para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

f) Equipos multiprofesionales y trabajo interdisciplinario

- Reconoce las competencias, roles, fortalezas, alcances y limitantes de los diversos profesionales que participan en la atención, por lo que es fundamental la integración de equipos multidisciplinarios y con la participación de diferentes formaciones en el ámbito de la salud.

- Insta a la incorporación de personal de salud calificado para la atención de la salud materna y perinatal, con base en las evidencias científicas y recomendaciones consensuadas a nivel nacional e internacional, para una atención segura, de calidad y una experiencia positiva durante el parto.
- Promueve los esquemas de intercambio de tareas y tareas compartidas, para avanzar en el acceso universal, oportuno y de calidad a la atención de la salud materna y perinatal.

g) Formación y educación continua

- Los espacios de atención a la salud materna y perinatal en los servicios de salud públicos, usualmente se caracterizan por ser también espacios de formación de recursos humanos, por lo que es fundamental armonizar las políticas, procedimientos y guías de atención con las áreas de formación, de manera que, los entornos habilitantes también promuevan una formación integral del personal de salud, orientado hacia la incorporación de los principios rectores, evidencias y procesos de atención.

8. ENTORNOS HABILITANTES Y REDES DE SERVICIOS

La atención integral de la salud materna y perinatal involucra una serie de procesos, estrategias y acciones de prevención, atención y seguimiento que conforman una cartera de servicios muy amplia, por lo que demanda de la articulación de los servicios en redes integrales e integradas. De manera que, puedan otorgarse desde la etapa pregestacional hasta el puerperio y la etapa neonatal, teniendo lugar en espacios comunitarios o domiciliarios, unidades de primer y segundo nivel de atención y, en los casos que así se requiera, la referencia a unidades de tercer nivel o con mayor capacidad resolutive, para la atención de complicaciones o emergencias obstétricas.

En este marco de continuidad de servicios de salud materna y perinatal, la atención del trabajo de parto, el parto y nacimiento, representa un momento preponderante en el proceso reproductivo, por lo que las prácticas y procedimientos de atención requieren ser constantemente revisados. Desde hace más de dos décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigió la mirada hacia la importancia del cuidado y del reconocimiento del parto como un evento fisiológico en el que debe evitarse una sobremedicalización. Simultáneamente, las metas de reducción de la mortalidad materna condujeron a privilegiar un enfoque de riesgo, pero también provocaron que diversas intervenciones, que solamente se requieren bajo ciertas circunstancias, fueran realizadas de manera rutinaria sin la debida justificación médica, teniendo como consecuencia nuevas causas de complicaciones, un uso inadecuado de recursos y un detrimento de la calidad de la atención.

Por ello, es fundamental que la atención del trabajo de parto y parto responda a tres condiciones principales igualmente relevantes, que diversos modelos y estrategias que se han propuesto a nivel nacional e internacional comparten. En primer lugar, una atención **segura y orientada a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna**, enfoque de riesgo basado en la prevención, la valoración adecuada, y la identificación oportuna, lo cual permite identificar las necesidades de cada caso y en cada etapa. Es decir, un enfoque de riesgo no implica intervenciones anticipadas que resulten innecesarias, sino contar con los recursos humanos calificados, los recursos materiales disponibles y un entorno favorable para realizarlas en el momento indicado. En este sentido, al analizar las brechas que persisten en la posibilidad de alcanzar las metas de reducción de la mortalidad materna, se identifican dos situaciones extremas: pocas intervenciones tardías (descrito en inglés, too little, too late; TLTL) y muchas intervenciones o demasiado pronto (too, much, too soon; TMTS). En el primer escenario se agrupan los principales factores asociados a la mortalidad materna directa y las demoras en la atención oportuna, mientras que el segundo, tiende a limitar los avances que se obtienen cuando se logra incrementar la atención intrahospitalaria, por personal calificado y el acceso universal a servicios básicos de salud materna y perinatal³.

En segunda instancia, se encuentra la atención **basada en evidencias científicas y recomendaciones**, toda vez que se ha demostrado que, una manera de evitar las dos situaciones antes mencionadas, es el apego a las guías clínicas sustentadas en la mejor evidencia y recomendaciones disponibles. Para ello, se requiere que, tanto la política pública y el marco normativo nacional, como los procedimientos y protocolos de atención que se desarrollan a nivel local sean revisados, actualizados y armonizados periódicamente, además de contar con mecanismos de monitoreo y vigilancia, que permitan asegurar que la atención se otorgue con base en estos estándares y sea capaz de impactar en la formación de recursos humanos en salud otorgada en los campos clínicos. Uno de los factores descritos como obstáculos en el logro de las metas en la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial es haber incrementado el porcentaje de atención en unidades de salud, pero sin fortalecer una práctica clínica sustentada en las evidencias científicas, recomendaciones y buenas prácticas. En el caso de las acciones preventivas y en la atención de casos de bajo riesgo, hay un consenso sobre las intervenciones seguras y costo-efectivas, que permiten mejorar los resultados obstétricos y perinatales en la mayoría de los casos.

Por último, los dos aspectos anteriores, son elementos sustantivos de una atención **enfocada en generar una experiencia positiva** de las personas usuarias, pero también del entorno de la prestación de servicios y el equipo profesional que lo integra. A partir de revisiones sistemáticas de datos cualitativos, que mostraban las expectativas y necesidades de las mujeres durante la atención, la OMS define la experiencia positiva durante el parto como:

3 Miller, S. et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet; 388: 2176-92.

“aquella en que la atención recibida satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas”⁴

Con base en esta definición, las recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva, están alineadas con las evidencias y buenas prácticas clínicas, y hacen explícita la relevancia de la comunicación efectiva, el apoyo continuo y el buen trato durante el proceso de atención. De manera que, su implementación debe incidir positivamente en tres tipos de indicadores:

a) Resultados de cobertura de acciones clave: detecciones, tamizaje, consultas de seguimiento, orientación y consejería, anticoncepción, entre otras.

b) Resultados centrados en las personas usuarias: encuestas de satisfacción de los servicios aplicadas a nivel individual, familiar, comunitario y al personal de salud.

c) Resultados en materia de salud pública: razón de mortalidad materna, morbilidad materna y perinatal, tasa de mortalidad neonatal, lactancia materna exclusiva, etcétera.

No es casual que la mayoría de las recomendaciones apunten a los cuidados en esta etapa en particular, toda vez que el desenlace obstétrico y perinatal es indicador de las acciones realizadas desde la etapa pregestacional, además de ser un momento clave de transición en el ciclo vital de las personas en términos biológicos, con un profundo anclaje social, cultural, psicológico y emocional. En este sentido, el proyecto prioritario denominado “Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal”, tiene como objetivo incidir en algunas de las principales barreras y obstáculos que se han identificado para lograr que la atención del trabajo de parto y parto de bajo riesgo responda a las características planteadas, como son las condiciones físicas y de equipamiento, la disponibilidad de recursos humanos específicos y la práctica clínica no actualizada o adecuada. Para ello, se han explorado alternativas de infraestructura que han demostrado tener mayores posibilidades de implementar estos elementos de mejora, como son las salas LPR integradas, cuyas características se abordarán en los apartados subsecuentes.

Es fundamental que, para una atención integral y segura, las intervenciones comiencen antes del embarazo y deben ser realizadas en diferentes espacios físicos, comenzando con las acciones comunitarias, por lo que estos entornos deberán ser incorporados en redes integrales de servicios dirigidos a la atención de la salud materna y perinatal, articulando los diferentes procedimientos de atención, las acciones esenciales en salud materna y

⁴ OPS (2018) Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

perinatal, así como los servicios de salud sexual y reproductiva (**Figura 2**). De manera que, los entornos habilitantes representan un fortalecimiento de la capacidad instalada orientado a transformar paulatinamente los entornos y procesos de atención.



Figura 2. Elementos de los entornos habilitantes, integrados a las redes de servicios

8.1 INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN

Para la adecuada implementación, es necesario establecer condiciones favorables de interacción entre las salas LPR y el resto de los servicios y procedimientos, para lo cual es posible que se requieran adecuaciones y acuerdos entre ambas partes, para evitar barreras y obstáculos que demoren la atención o afecten la calidad, siendo de particular interés, los siguientes, considerando que el listado es descriptivo, más no limitativo:

- Admisión y archivo
- Atención médica área de urgencias
- Triage obstétrico
- Ingreso hospitalario
- Identificación correcta
- Activación de Código Mater y Equipos de Respuesta Inmediata
- Manejo del expediente clínico
- Lavado de manos
- Funciones de enfermería general en área de labor
- Funciones de enfermera circulante en área de partos

- Funciones de enfermería general en área de recuperación
- Cuidados de enfermería en el puerperio
- Cuidados de enfermería a la persona recién nacida

8.2 ACCIONES ESENCIALES EN SALUD MATERNA Y PERINATAL

Como se mencionó, la atención integral de la salud materna y perinatal abarca diversas acciones en tiempo más o menos prolongado de interacción de las personas con los servicios de salud, idealmente desde antes de la gestación y hasta el puerperio. Algunas de ellas deberán estar incorporadas a la sala LPR, o en espacios adyacentes dentro de la misma unidad médica en que se implemente y otras se coordinarán a través de la rectoría jurisdiccional y estatal, siendo esenciales las siguientes:

- Intervenciones de información, comunicación y educación
- Intervenciones comunitarias
- Atención pregestacional
- Atención prenatal
- Detección del riesgo perinatal
- Detección oportuna de VIH y sífilis, para reducir el riesgo de transmisión vertical
- Atención del trabajo de parto y parto por personal calificado
- Atención inmediata de la persona recién nacida por personal capacitado
- Reanimación neonatal
- Apego inmediato e inicio de la lactancia materna
- Fomento y protección de la lactancia materna a través de los 10 pasos y los 3 anexos contenidos en la iniciativa IHANN
- Vinculación con bancos de leche humana y acciones para favorecer la alimentación con leche humana de las personas recién nacidas
- Atención de la emergencia obstétrica
- Anticoncepción post evento obstétrico
- Referencia y contrarreferencia
- Atención en el puerperio
- Tamiz metabólico y auditivo neonatal

8.3 ARTICULACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La atención materna y neonatal es prioritaria en la salud pública, y es fundamental comprenderla en el marco más amplio de la salud sexual y reproductiva, una dimensión de la salud con gran impacto en la esfera física, psicológica, emocional y social de los seres humanos⁵. Asimismo, es necesario reconocer el impacto que tiene la salud sexual en el ámbito de la reproducción, por lo que es importante no perder oportunidades de atención en los servicios dirigidos a las mujeres y personas en edad fértil y durante la etapa reproductiva, coordinando para la referencia y acceso a los servicios disponibles, de acuerdo con las necesidades de cada persona:

- Servicios amigables para adolescentes
- Anticoncepción y planificación familiar
- Aborto seguro
- Prevención y atención de la violencia sexual y de género
- Detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino
- Detección y atención de infecciones de transmisión sexual

9. MODELOS DE IMPLEMENTACIÓN ADAPTADOS POR NIVEL DE ATENCIÓN

Resulta de suma importancia que las salas LPR se encuentren integradas a una red que permita un continuo en la atención integral de la salud materna y perinatal, centrada en la persona y en sus necesidades. El diseño y operación de dichas redes dependerá del sitio de implementación y las características de la sala LPR, así como del nivel de atención, incorporándose a sus procesos y capacidad instalada. El proceso de gerencia y gestión estará basado en un marco de funcionamiento estandarizado, con operaciones y procedimientos documentados para garantizar la disponibilidad del personal operativo, insumos y suministros, orientados a resultados de la atención a las usuarias de bajo riesgo en los entornos habilitantes.

Dadas sus características, las salas LPR pueden incorporarse a la cartera de servicios otorgados tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, lo cual deberá determinarse en función de las características del territorio y de la población, así como de la posibilidad de fortalecer las redes de servicios, lo cual, entre otros aspectos, implica

⁵ OMS (2018) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

garantizar el acceso oportuno a la atención de las emergencias obstétricas y neonatales. A continuación, se describen las necesidades, fortalezas, limitantes y condiciones esenciales para cada una de las alternativas de implementación:

9.1 ENTORNOS HABILITANTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En el primer nivel de atención, están contemplados los centros de salud con servicios ampliados, unidades de especialidades médicas (UNEMES), o bien, aquellos con capacidad de fortalecer su estructura física para la implementación del proyecto, convirtiéndose en unidades dedicadas principalmente a la atención de la salud materna y perinatal, siendo complementarios el resto de los servicios que pudieran otorgarse.

De manera que, estas unidades pueden denominarse como Maternidades, Unidades de Parto Humanizado, Unidades de Partería, Centros de Atención de Salud Materna y Perinatal, entre otras alternativas, que permitan su fácil identificación, aceptabilidad y demanda por parte de la población. En éstas, queda integrado el continuo de la atención obstétrica en un mismo lugar con una vinculación cercana a las acciones comunitarias, como se describe en la **Figura 3**.



Figura 3. Servicios incorporados en el primer nivel de atención

En las condiciones actuales, la implementación en el primer nivel de atención puede requerir de una inversión mayor para habilitar nuevamente estos espacios físicos para la atención del trabajo y parto, sin embargo, al tener una estructura física y organizacional menos compleja, los procedimientos pueden desarrollarse y adaptarse con mayor facilidad, así como favorecer la participación de todo el personal de salud que integra la unidad. Por ello, es necesario conocer las fortalezas y limitantes de este modelo, así como las condiciones esenciales para que, con estas características, su funcionamiento sea óptimo:

a) Fortalezas:

- Facilita el continuo de la atención desde la consulta pregestacional, educación perinatal, atención del trabajo de parto y parto, consulta en el puerperio, cuidados a la persona recién nacida y a la salud reproductiva en un mismo lugar y por el mismo personal, capacitado y específico en la materia.
- Favorece el uso costo-efectivo de los hospitales de referencia..
- Disminuye barreras geográficas, económicas y socioculturales, incidiendo en las brechas de desigualdad.
- Puede incorporar adecuaciones y estrategias adicionales, acorde al contexto social y cultural, ya que están dirigidos a una población local específica.
- Articula estrategias de información y orientación dirigidas a las personas usuarias y acompañantes con mayor facilidad.
- Vincula directamente con acciones comunitarias, por lo que es posible implementar visitas domiciliarias y fortalecer la relación con la partería tradicional.

b) Limitantes:

- Enfocado solamente en casos de bajo riesgo.
- Requiere una preparación eficiente para gestión de traslados.
- Tiene una cartera de servicios adicionales más limitada, por lo que es posible que se requiera referencia para algunas acciones de detección, tamizaje o diagnóstico.
- La capacidad de atención puede verse limitada en función de los espacios disponibles (una o dos salas).

c) Condiciones esenciales para su funcionamiento:

- Se requiere personal específico para la atención de la salud materna y perinatal, con énfasis en personal de partería profesional, enfermería y apoyo continuo.
- Se requiere al menos dos profesionales de salud por turno, para la atención del trabajo de parto y parto.

- Todo el personal está capacitado en atención inicial de la emergencia obstétrica, referencia y traslado oportuno.
- Debe contar con insumos necesarios para la atención inicial de emergencias obstétricas y equipo básico de traslado.
- Definir una unidad resolutive de referencia y medio de traslado.
- Contar con mecanismos claros y predefinidos de referencia y contrarreferencia, suscritos por las unidades de referencia, las autoridades jurisdiccionales y supervisados por el nivel estatal.

9.2 ENTORNOS HABILITANTES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En el segundo nivel de atención se incluyen diversos tipos de unidades que pueden tener una capacidad resolutive diferencial, aspecto que deberá contemplarse en el proceso de implementación. Es posible considerar hospitales básico-comunitarios, maternos o materno-infantil, regionales, generales o incluso de especialidades, dependiendo del diagnóstico y análisis de la factibilidad realizado por cada entidad federativa.

En este modelo, las salas LPR pueden integrarse como espacios adicionales específicos, pero vinculados con el resto de los servicios, o bien, si se trata de una unidad que atiende principalmente casos de bajo riesgo (como los hospitales básico-comunitarios o maternos), es posible adecuar la sala de tococirugía para que sus condiciones favorezcan la privacidad, el acompañamiento, la deambulaci3n, entre otros aspectos del trabajo de parto, designando algunas camas para la vigilancia de casos de riesgo o con complicaciones. En ese caso, se requiere adaptar las salas de expulsión con el mobiliario necesario para que la mujer pueda elegir la posici3n durante el periodo expulsivo, favorecer el acompañamiento, la libre deambulaci3n, el apego inmediato, el contacto piel con piel y el inicio temprano de la lactancia materna.

Para responder al principio rector de una atención centrada en la persona, que enfatiza el seguimiento durante cada etapa de la atención, es necesaria la articulaci3n entre las unidades de segundo nivel seleccionadas para la implementaci3n y los centros de salud cercanos que otorgan la atención durante el embarazo, lo cual puede fortalecerse con reuniones de planeaci3n y seguimiento, así como capacitaciones en conjunto. Desde el primer nivel, el personal deberá conocer e informar sobre la atención que se otorgará en las salas LPR o, en su caso, las excepciones para ingresar. Por lo tanto, la implementaci3n en el segundo nivel de atención implica una estrecha coordinaci3n en la prestaci3n de los servicios involucrados en el continuo de atención, como se desarrolla, a manera de ejemplo, en la **Figura 4**.



Figura 4. Servicios incorporados en el segundo nivel de atención

La implementación en el segundo nivel de atención puede requerir menos recursos ya que, las unidades están habilitadas para la atención de casos de bajo riesgo y de complicaciones, según su capacidad resolutoria y cartera de servicios. Sin embargo, esto implica modificar sustantivamente los procesos y prácticas de atención a la salud materna y perinatal con un enfoque que privilegie las necesidades de cada caso y que establezca un espacio físico adicional, lo cual si bien puede enfrentar más resistencias y barreras para su implementación requiere el análisis de sus características:

a) Fortalezas:

- Mayor flexibilidad en la valoración del riesgo, toda vez que confluyen más alternativas para la resolución del evento obstétrico.
- Permite la integración ágil al resto de los servicios de salud sexual y reproductiva en la misma unidad.

- Puede incidir en el resto de las áreas de atención para mejorar el apego a evidencias y recomendaciones.
- Vinculación directa con la atención de emergencias obstétricas.
- Funciona como campo de práctica clínica, por lo que contribuye a la formación de recursos humanos y puede apoyarse de pasantes de partería profesional y enfermería obstétrica.

b) Limitantes:

- Requiere un rediseño de los procesos y la capacitación de todo el personal.
- La delimitación de áreas de atención puede ser confusa, actuando como una barrera en la implementación.
- Menor posibilidad de implementar el continuo de atención desde la etapa prenatal.
- Menor vinculación con acciones comunitarias.
- Como espacio formativo, puede favorecer las prácticas innecesarias o clínicamente injustificadas.

c) Condiciones esenciales para su funcionamiento:

- Contar con personal específico para la atención de la salud materna y perinatal, con énfasis en personal de partería profesional, enfermería y apoyo continuo.
- Se requiere al menos dos profesionales de salud por turno, para la atención del trabajo de parto y parto en salas LPR, adicionales a la disponibilidad habitual.
- Realizar una adecuada asignación de funciones y actividades, de acuerdo con los perfiles profesionales disponibles.
- Favorecer que las usuarias reciban atención por el mismo personal durante el trabajo de parto y parto, es decir, designar una persona responsable o una auxiliar por cada usuaria (puede ser estudiante, pasante o residente) con la debida supervisión.
- Avanzar en una política generalizada para evitar intervenciones innecesarias o de rutina.
- Todo el personal está capacitado en atención inicial de la emergencia obstétrica, activación de Código Máter y traslado en caso necesario.
- Debe contar con insumos necesarios para la atención de bajo riesgo, de complicaciones y de emergencias obstétricas, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Establecer coordinación cercana con los centros de salud responsables de la atención prenatal y durante el puerperio.
- Contar con mecanismos claros de referencia y contrarreferencia, suscritos por las unidades de referencia, las autoridades jurisdiccionales y supervisados por el nivel estatal.

10. ESTRUCTURA Y COMPONENTES DE ENTORNOS HABILITANTES

Independientemente del modelo de implementación, en este apartado se definen las características fundamentales para la implementación de las salas LPR, como unidad estructural funcional clave de los entornos habilitantes:

10.1 ENTORNO FÍSICO Y ADECUACIONES A LA INFRAESTRUCTURA: SALAS LPR

De acuerdo con Guía de Práctica Clínica “Control prenatal con atención centrada en la paciente” (2017)⁶, la atención centrada en la persona supone un cambio cultural significativo ya que conjunta como ejes clave la evidencia y la eficiencia, pero también la consideración de la efectividad y la autonomía de la persona respecto a sus preferencias, como factores determinantes en la toma de decisiones.

El mejor ambiente para proporcionar los servicios es aquel que permite un seguimiento de cada caso, idealmente desde la etapa pregestacional, hasta el puerperio, desde un enfoque de atención integral. Con ello, es posible identificar las necesidades específicas, asignar los recursos necesarios y prever recursos adicionales, de acuerdo con la situación particular.

Para ello, la implementación de este proyecto está centrado en la adecuación del espacio físico para la atención del trabajo de parto y parto a través del modelo de salas LPR integradas en unidades de primer o segundo nivel de atención. Las salas LPR son un espacio físico establecido para la atención durante el trabajo de parto, parto y del puerperio inmediato, así como de la atención inicial de la persona recién nacida, en casos de bajo riesgo.

Este modelo facilita la incorporación de recomendaciones que se han visto limitadas por la infraestructura y los procesos de atención y, que no se han modificado al ritmo de la generación de evidencia, entre las que destacan: el acompañamiento por la persona de elección, la deambulación y elección de la posición durante el trabajo de parto y parto, la privacidad e intimidad, la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, entre otros.

Cuando no existe alguna condición de salud que lo contraindique, estas prácticas están reconocidas por su impacto en la disminución de cesáreas innecesarias, desgarros, falta de progresión del trabajo de parto, así como en una experiencia positiva durante la atención. Así, este modelo centrado en la persona, que busca reducir las intervenciones médicas no justificadas adecuadamente, resulta segura y de calidad.

6 IMSS (2017) Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#> Fecha de consulta: 06 de enero de 2022. .

Para ello, considera la participación de un equipo multidisciplinario, optimizado por un esquema de intercambio de tareas compartidas (*task sharing*) e intercambio de tareas (*task shifting*) en el que participan profesionales de salud calificados para la atención materna y perinatal, es decir, aquellos con formación en partería profesional, enfermería obstétrica, enfermería perinatal, medicina general y especialidad en ginecología y pediatría, conforme a la valoración del riesgo y a las necesidades específicas⁷.

En este sentido, está orientada a la provisión del continuo de la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, lo que representa un cambio en el procedimiento actual de atención al trabajo de parto y parto, en donde cada proceso se lleva a cabo en espacios diferentes: sala de labor, sala de expulsión y área de recuperación. Para los casos de bajo riesgo, estas adecuaciones generan un entorno habilitante que considera los siguientes factores:

- Privacidad, intimidad, comodidad y seguridad.
- Acompañamiento por la pareja, familiar o la persona que la mujer elija.
- Deambulación durante la fase activa del trabajo de parto.
- Ingesta de agua o líquidos claros.
- Acceso fácil a un baño, idealmente con regadera y agua caliente.
- Cambio y elección de posiciones durante el trabajo de parto y parto.
- Cama obstétrica, cama baja, banco o adecuaciones para parir en la posición de elección, favoreciendo el parto vertical.
- Espacio para la atención de la persona recién nacida, con posibilidad de permanecer juntos desde el nacimiento y durante el periodo inicial de recuperación.

De manera que, hay variantes de la incorporación de salas LPR, que consisten en hacer adecuaciones a las salas de labor o unidades tocoquirúrgicas, para habilitar la incorporación paulatina de estos elementos, o bien, utilizar áreas adyacentes a las unidades que puedan complementar la infraestructura existente. Un ejemplo de estas adecuaciones es incorporar fuera del área tocoquirúrgica, un área de pre-labor, en donde puede comenzar el acompañamiento cuando la usuaria acude en fase activa. Para estos fines también pueden considerarse las posadas o espacios AME, cercanos a las unidades médicas. Estos últimos pueden considerarse como alojamiento para usuarias que acudan en fase latente o fase activa incipiente y que se encuentren a mayor distancia de su domicilio o con dificultades para trasladarse.

⁷ OMS (2013) Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

10.2 RECURSOS MATERIALES, BIENES E INSUMOS

Independientemente del nivel de atención, las salas LPR deberán estar equipadas con los insumos necesarios, idealmente dispuestos en el mismo espacio físico y contemplar necesidades adicionales cuando esté separada de la unidad tocoquirúrgica. A continuación, se especifican los recursos materiales mínimos por cada sala a implementar:

a) Mobiliario general⁸

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Mesa obstétrica para parto vertical (Figura 5) Mesa obstétrica con aditamentos (Figura 6) Silla para parto vertical (Figura 7) Cama hospitalaria adaptada (Figura 8)	1 (de la alternativa elegida)
Banco en "C" (banco maya) (Figura 9)	1
Cuna de calor radiante (puede ser compartida con otras salas)	1
Báscula / infantómetro para RN	1
Colchoneta o tapete antiderrapantes para el piso	1-2
Lámparas con regulador de intensidad	1-2
Barandal fijo acero inoxidable / barras de sostén (Figura 10)	1-2
Banco de altura	2
Cubetas rodables (una con bolsa amarilla y otra con bolsa roja)	2
Mesa Pasteur	1
Mesa de Mayo con altura ajustable	1
Banco giratorio	1
Tripie / porta soluciones	2
Bomba de infusión con tripié	1
Recipiente cerrado para desinfección de material	1
Tomas de oxígeno	2
Tomas de agua	2
Aspirador portátil para succión regulable	1
Recipiente rígido para punzocortantes	1
Carpeta porta-expedientes	6
Bote de basura	1
Mueble para guardar el equipo e insumos	1
Gabinete universal	1
Cortinas plegables antibacterianas	1
Silla para acompañante	1

⁸ Adaptado de: 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. Disponible en: NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm>.



Figura 5. Mesa obstétrica atención del parto humanizado intercultural en posición vertical.

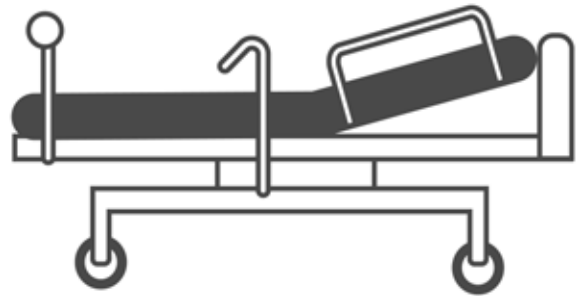


Figura 6. Cama obstétrica con aditamentos para diferentes posturas, ancho de 90 cm.



Figura 7. Silla obstétrica o silla para parto, con soporte en pelvis y pies.

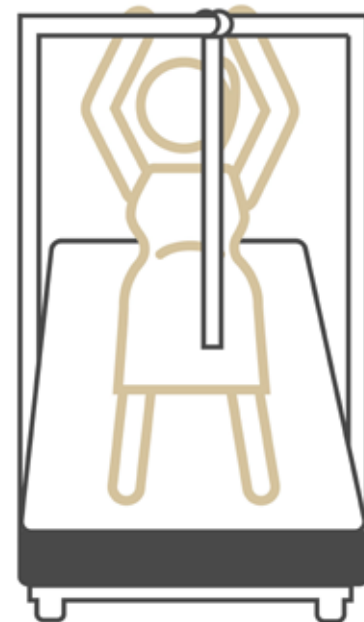


Figura 8. Cama hospitalaria adaptada; el soporte para posición vertical fijo a la base o al techo.



Figura 9. Banco de parto o banco obstétrico, disponible en diversos materiales.



Figura 10. Barra o soporte de acero inoxidable, fijo a pared a 90-100 cm de altura.

b) Equipo e insumos para atención de trabajo de parto y parto

■ **Material**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Esfigmomanómetro / tensiómetro	1
Estetoscopio biauricular	1
Fonodetector / Doppler	1
Lámpara de haz dirigible	1
Lámpara de emergencias portátil	1
Reloj de pared	1
Oxímetro de pulso	1

■ Equipo de parto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Pinzas Rochester-Pean curva 20 cm	2
Tijera mayo recta 17 cm	1
Pinzas de traslado	1
Campos quirúrgicos estériles de 90 ± 10 cm x 90 ± 10 cm	4
Toallas absorbentes de 40 ± 5 cm x 40 ± 5 cm	2

■ Equipo de reanimación neonatal

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Resucitador para recién nacidos balón-válvula-mascarilla	2
Perilla	1
Pinzas Rochester-Pean curva 18 cm	1
Onfalotomo	2
Cinta métrica	1
Cojín de sello	1

c) Aditamentos de apoyo en trabajo de parto y parto

- Fulares con arnés y argolla
- Pelota kinésica
- Cojín para lactancia materna
- Difusor de esencias para aromaterapia
- Kit básico de masaje
- Cojín térmico de semillas
- Compresas de gel para terapia frío/calor
- Rebozo
- Dispensador de agua purificada o líquidos claros para las usuarias y acompañantes

d) Material de consumo

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Gasas estériles (paquete de 10)	20
Gasas no estériles (paquete de 10)	20
Sonda de alimentación neonatal 5 y 8 Fr.	10
Cinta umbilical o clamp	20
Pañales de adulto predoblados desechables	2 paquetes
Pañales de recién nacido desechables	2 paquetes
Jeringas 10 cc	20 piezas
Jeringas 20 cc	20 piezas
Jeringas 5 cc	20 piezas
Batas de algodón para paciente	10 piezas
Apósitos transparentes de 6x7 cm	20 piezas
Bata, gorro, botas y cubreboca para personal de salud	10 piezas
Bata, gorro, botas y cubreboca para acompañante	10 piezas

**El material de consumo debe estar disponible de manera continua, reponiéndolo tan pronto sea utilizado.*

e) Equipo adicional

Se trata de insumos que pudieran requerirse para atender situaciones eventuales, pero que no se requieren de rutina. Por lo mismo, se recomienda que estén disponibles y a solicitud expresa para intervenciones específicas y debidamente justificadas.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Pinzas Rochester-Pean curva 20 cm	2
Tijera mayo recta 17 cm	1
Porta aguja Mayo-Hegar 18 cm	1
Pinza de disección con y sin dientes de 14 cm	2
Tijera de Metzenbaum curva de 14-18 cm	1
Amniotomo	1
Pinzas de traslado	1
Sutura Crómico 2-0	10
Sutura – Vicryl 2-0	10
Lidocaína al 2 %	5 fco
Normogoteros	20 piezas
Llaves de 3 vías con extensión	20 piezas
Cánula de oxígeno para adultos	10 piezas

f) Equipo para atención inicial de la emergencia obstétrica:

El aseguramiento y la disponibilidad de insumos para la atención de la emergencia obstétrica es fundamental para una atención segura en las salas LPR, conforme al siguiente listado:

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD
Sulfato de Magnesio	S.l. de 1 g/10 mL	40 ampolletas
Bicarbonato de Sodio	S.l. de 10 mL. al 75%	10 ampolletas
Gluconato de Calcio	S.l. al 10%	20 ampolletas
Hidralazina	S.l. de 20 mg/ mL	5 ampolletas
Dexametasona	S.l. de 8 mg/ 2 mL	4 ampolletas
Nifedipino	Cápsulas de 10 mg	1 caja
Maleato de ergometrina	S.l. 0.2 mg	1 ámpula
Carbetocina	S.l. 100 mg / 1 ml	1 ámpula
Oxitocina	S.l. 5 UI / 1 ml	1 caja con 50
Misoprostol	Tabletas de 200 mcg.	1 caja
Ácido tranexámico	S.l. 500 mg / 5 ml	1 ámpula
Solución Hartmann	1000 mL	2 envases
Solución Hartmann	500 y 1000 mL	1 envase
Solución fisiológica 0.9%	500 y 1000 mL	1 envase
MATERIAL	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD
Catéter para suministro de oxígeno con tubo de conexión y mascarilla	Plástico, diámetro interno de 2 mm y 180 cm de longitud	2 piezas
Catéter de venopunción	4, 16 y 18 G x 47mm	4 piezas de cada uno
Normogotero	Desechable	4 piezas
Jeringa de 10 mL con aguja de 32 mm	De plástico, estériles y desechables	5 piezas
Jeringa de 20 mL sin aguja	De plástico, estériles y desechables	5 piezas
Aguja 20 G x 32 mm	Hipodérmica con pabellón	5 piezas
Aguja 21 G x 32 mm	Hipodérmica con pabellón	5 piezas
Cinta adhesiva	5 cm de ancho	1 pieza
Apósito transparente	6 cm x 7 cm	15 piezas
Sonda vesical de dos vías, estéril y desechable	Calibre 14 y 16 fr	3 piezas de cada uno

Catéter urinario de silicona	(en caso de alergia al látex)	1 pieza
Bolsa recolectora de orina		2 piezas
Tiras reactivas para uroanálisis		1 frasco
Pinzas Foerster de 24 cm	Curvas y rectas	2 piezas de cada uno
Balón de Bakri		1 pieza
Guantes de nitrilo	(en caso de alergia al látex)	5 piezas

g) Equipo de protección personal⁹

- Cubrebocas quirúrgico triple capa
- Respirador N95, FPP2 o equivalente*
- Protección ocular (goggles o careta)
- Gorro desechable
- Bata de manga larga impermeable desechable o de algodón
- Guantes (látex o nitrilo) desechables

10.3 RECURSOS HUMANOS

Para la operación continua de las salas LPR y entornos habilitantes, se describe una gama amplia de recursos humanos, considerando posibles perfiles profesionales disponibles en las diferentes entidades federativas, que pudieran ser integrados para la implementación de los entornos habilitantes. Aunque el desarrollo de competencias es un proceso continuo, la elección del personal para laborar en las salas LPR deberá ser lo más apegada a las siguientes descripciones para facilitar la implementación.

⁹ El equipo descrito responde principalmente al escenario epidemiológico actual de pandemia por COVID-19, no obstante, se ha señalado la importancia de que el personal utilice protección ocular, además de los insumos habituales durante la atención del parto, para su propia seguridad.

a) Área médica

PERFIL	COMPETENCIAS ESENCIALES	ACTIVIDADES /FUNCIONES PRINCIPALES
Ginecobstetricia	Atención a la salud materna, sexual y reproductiva con enfoque de riesgo. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Acciones de prevención, orientación y educación para la salud. Atención integral del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de bajo riesgo. Valoración del riesgo obstétrico y el bienestar fetal. Referencia y contrarreferencia. Seguimiento en casos con factores de riesgo que no ameriten referencia o cuando no sea posible. Interconsultante en caso de alguna complicación. Atención de emergencias obstétricas. Anticoncepción post evento obstétrico (orientación, consejería, consentimiento, aplicación y seguimiento) Seguimiento de complicaciones en el puerperio.
Pediatría	Atención a la salud perinatal y de la persona recién nacida. Fomento y protección de la lactancia materna. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Acciones de prevención e información sobre tamizaje neonatal, vacunación y datos de alarma en personas recién nacidas. Atención y valoración integral de la persona recién nacida. Reanimación neonatal y atención de complicaciones. Interconsultante en caso de alguna complicación. Referencia y apoyo en traslado. Orientación y apoyo a la lactancia materna exclusiva. Fomentar el contacto piel a piel y la lactancia materna temprana. Vigilancia de la persona recién nacida hasta el egreso.
Medicina general	Atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Coordinación de acciones comunitarias. Atención integral del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de bajo riesgo. Valoración del riesgo obstétrico y el bienestar fetal. Referencia y contrarreferencia. Atención inicial de emergencias obstétricas. Orientación y apoyo a la lactancia materna exclusiva. Fomentar el contacto piel a piel y la lactancia materna temprana. Anticoncepción post evento obstétrico (orientación, consejería, consentimiento, aplicación y seguimiento)

b) Partería profesional

PERFIL	COMPETENCIAS ESENCIALES	ACTIVIDADES /FUNCIONES PRINCIPALES
Enfermería especialista perinatal	Atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Conocimiento y habilidades para otorgar psicoprofilaxis obstétrica y técnicas de preparación y apoyo en el parto. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Coordinación de acciones comunitarias y partería tradicional. Participación de educación para la salud en clubes de embarazo. Participación en capacitaciones para madrinas/ padrinos, brigadistas, enlaces interculturales. Atención integral del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de bajo riesgo. Valoración del riesgo obstétrico y el bienestar fetal. Ingreso oportuno de la usuaria de bajo riesgo al entorno habilitante Utilización de ejercicios de basculación, nutación, contranutación de la pelvis para facilitar el parto. Uso de recursos como pelotas kinésicas de diferentes medidas, rodillos, rebozos, fulares para facilitar la progresión del trabajo de parto. Brinda ejercicios de respiración, técnicas de relajación y manejo no farmacológico del dolor. Referencia y contrarreferencia. Atención inicial de emergencias obstétricas. Reanimación neonatal y cuidados iniciales de la persona recién nacida. Orientación y apoyo a la lactancia materna exclusiva. Fomentar el contacto piel a piel y la lactancia materna temprana. Anticoncepción post evento obstétrico (orientación, consejería, consentimiento, aplicación y seguimiento).
Enfermería y obstetricia		
Partería técnica		

**Para la contratación de los diferentes perfiles considerados con competencias en partería profesional, se cuenta con diferentes perfiles en los Criterios para la contratación de personal con recursos de Ramo 12 y de acuerdo con el Catálogo Sectorial de puestos de la Secretaría de Salud, se encuentran principalmente los códigos M02034 "Enfermera especialista", M02030 "Enfermera especialista en obstetricia" y M02117 "Partera asistencial".*

c) Enfermería

PERFIL	COMPETENCIAS ESENCIALES	ACTIVIDADES /FUNCIONES PRINCIPALES
Enfermería general (con experiencia en atención a la SSR)	Apoyo en la atención integral de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Cuidados centrados en la usuaria. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Coordinación de acciones comunitarias. Apoyo en atención integral del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de bajo riesgo. Organiza el entorno habilitante para que esté funcional en todos los turnos. Promueve un ambiente de privacidad para la atención de la usuaria. Realiza acompañamiento durante el trabajo de parto. Aplica cuidados específicos de enfermería durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
Enfermería general	Cuidados centrados en la usuaria. Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Apoyo en tamiz neonatal, fomento a la vacunación y acciones de detección. Organiza el entorno habilitante para su funcionalidad en todos los turnos. Promueve un ambiente de privacidad para la atención de la usuaria. Realiza acompañamiento durante el trabajo de parto. Aplica cuidados específicos de enfermería durante el trabajo de parto, parto y puerperio. <i>*De acuerdo a sus competencias o proceso de capacitación, puede ser incorporada a las funciones de partería profesional antes mencionadas.</i>
Enfermería auxiliar	Atención integral a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Conocimiento y aplicación de los principios rectores, ejes y procedimientos de los entornos habilitantes.	Otorga cuidados asistenciales durante los procesos de vigilancia del trabajo de parto, atención de parto, vigilancia del puerperio y de la atención de la persona recién nacida.

d) Apoyo continuo

PERFIL	COMPETENCIAS ESENCIALES	ACTIVIDADES /FUNCIONES PRINCIPALES
Partería tradicional*	Conocimientos y habilidades para la atención en el embarazo, parto y puerperio. Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Brinda información sobre los entornos habilitantes. Comunicación con servicios de salud para referir y facilitar el acceso a la atención de complicaciones o emergencias. Participar en talleres de intercambio y redes sociales de apoyo en la atención. Identifica a las usuarias de bajo riesgo en su comunidad. Promueve la atención con su participación como acompañante en los entornos habilitantes, y otorga apoyo en la atención con recursos tradicionales durante el trabajo de parto, parto y periodo de recuperación.
Enlaces interculturales	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Brinda información sobre los entornos habilitantes. Facilita la información necesaria de manera certera y fidedigna de acuerdo a las necesidades de la usuaria. Facilita el acceso e interacción con los servicios de la población hablante de lengua indígena.
Trabajo social**	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Participa en acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Brinda información sobre los entornos habilitantes. Fomenta las redes de apoyo maternas para los cuidados adecuados en el embarazo, puerperio y de la persona recién nacida.
Psicología**	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Participa en acciones de prevención, orientación y educación para la salud materna y neonatal. Brinda información sobre los entornos habilitantes. Fomenta las redes de apoyo maternas para los cuidados adecuados en el embarazo, puerperio y de la persona recién nacida.
Otros perfiles: Educadora perinatal/ fisioterapia / kinesióloga/ doula***	Conocimiento y habilidades para otorgar psicoprofilaxis obstétrica y técnicas de preparación y apoyo en el parto. Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Educación para la salud centrado en la usuaria. Participación de educación para la salud en clubes de embarazo. Participación en capacitaciones para madrinas/ padrinos, brigadistas, enlaces interculturales. Utilización de ejercicios de basculación, nutación, contranutación de la pelvis para facilitar el parto. Uso de recursos como pelotas kinésicas de diferentes medidas, rodillos, rebozos, fulares para facilitar la progresión del trabajo de parto. Brinda ejercicios de respiración y técnicas de relajación centrado en la usuaria. Realiza acompañamiento durante el trabajo de parto.

** Las parteras tradicionales también pueden ser contratadas para laborar en los servicios de salud, de acuerdo con el código **M02120 “Partera tradicional indigenista”** del Catálogo Sectorial de puestos de la Secretaría de Salud.*

***No se consideran perfiles ideales para participar en el continuo de atención, pero si no se cuenta con personal de partería profesional suficiente, pueden considerarse como apoyo, siempre y cuando tengan experiencia en el campo de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.*

****No se cuenta con códigos específicos de contratación, sin embargo, los perfiles pueden empatar con la descripción de apoyos administrativos o soportes, de acuerdo con los Criterios para la contratación de personal con recursos de Ramo 12 o con el Catálogo Sectorial de puestos de la Secretaría de Salud; de éste último pueden someterse a consideración los siguientes: “Educatora en área médica”, M03003 “Técnico puericultor” y M02109 “Terapeuta profesional en rehabilitación”. En dichos casos serán autorizados previa justificación y documentación en el diagnóstico y plan de trabajo, puntualizando que no se cuenta con otros perfiles ideales y que éstos, cuentan con competencias específicas en el campo de la salud materna y perinatal.*

e) Auxiliares

PERFIL	COMPETENCIAS ESENCIALES	ACTIVIDADES /FUNCIONES PRINCIPALES
Camillero	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Participa de manera respetuosa en la movilización o traslado de la paciente a las diferentes áreas.
Intendencia	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Participa de manera respetuosa en la limpieza y acondicionamiento del área del entorno habilitante.
Administrativo	Conocimiento general del modelo centrado en la usuaria y salas LPR.	Supervisa que los procesos se lleven a cabo dentro de la normatividad establecida para la implementación de los entornos habilitantes.

10.4 POLÍTICAS Y CRITERIOS GENERALES DE ATENCIÓN

Siguiendo los principios rectores y los ejes de la atención, la implementación de las salas LPR en las unidades de salud, debe posicionarse con políticas generales y criterios esenciales, como marco de sustento a los procedimientos de atención que guían la operatividad de dichos entornos:

- 1) El personal de la sala LPR deberá dirigirse de forma respetuosa, amable y con palabras claras a las usuarias y familiares, así como estar dispuesto a escuchar y atender sus dudas, necesidades o inquietudes.
- 2) Todos los procedimientos que se realicen se harán bajo consentimiento informado de la usuaria, con la debida información a las personas acompañantes y familiares, respetando en todo momento la autonomía y decisiones de la mujer embarazada, persona gestante o puérpera.
- 3) El personal responsable de la atención identifica que su papel es cuidar la salud y bienestar de las usuarias, facilitando el proceso de nacimiento y reconoce el rol central de la mujer en el embarazo, trabajo de parto y parto. En todo momento, mostrará empatía con el estado emocional de la mujer, y evitará que se expresen en el espacio de atención frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación o regaños.
- 4) La educación y sensibilización de la usuaria y persona acompañante, deberá ser ofertada desde la atención prenatal en cada una de las consultas, a través de diferentes estrategias de información como los clubes de embarazo, material impreso, pláticas, o comunicación directa por parte del personal de salud, para que pueda comprender las características, tomar decisiones y elegir el modelo de atención que se le ofertará en la sala LPR.
- 5) Favorecerá el ingreso de una persona acompañante elegida por la usuaria y se contará con personal profesional para el acompañamiento y apoyo continuo, como son las doulas, educadoras perinatales o parteras tradicionales, entre otros perfiles.
- 6) El personal de salud responsable de la atención del parto dará información clara a la persona acompañante y su rol en los cuidados que se le proporcionarán a la usuaria.
- 7) Si la usuaria habla alguna lengua indígena, se deberá pedir el apoyo de algún enlace intercultural para lograr una comunicación clara, adecuada y pertinente.
- 8) Al ingreso de la usuaria a la sala LPR se le permitirá llevar elementos de su elección, como hilos y amuletos, cuidando su higiene y seguridad, acorde a los protocolos para evitar el contagio por COVID-19.

- 9) Se alentará el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, respetando las preferencias de la mujer.
- 10) Durante el trabajo de parto, si así lo desean, las usuarias deambularán con asistencia de sus acompañantes (familiar, partera(o) tradicional o personal de la sala LPR), quien también podrá asistir durante el parto, favoreciendo la posición libremente elegida.
- 11) En todo momento se respetará y protegerá la privacidad e intimidad de las usuarias, manteniendo las cortinas cerradas, en la medida de lo posible, las batas ajustadas adecuadamente, y las sábanas cubriendo durante el pujo.
- 12) El personal de salud responsable de la atención de parto evitará la realización de procedimientos innecesarios, de rutina o que no estén clínicamente justificados, como son: dilatación cervical manual, tricotomía, enema, sondeo vesical, monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal, inducción y conducción del trabajo de parto, amniotomía, episiotomía, revisión manual de cavidad, entre otros. Se privilegiará el manejo expectante permitiendo el curso fisiológico del trabajo de parto, parto y alumbramiento, así como el contacto piel con piel y apego inmediato de la persona recién nacida.
- 13) El personal responsable de la atención de la persona recién nacida deberá permanecer en todo momento dentro de la sala de atención del parto hasta su entrega con la madre en el área de recuperación.
- 14) El personal responsable de la atención deberá describir en el expediente clínico los procedimientos realizados durante el continuo de atención, así como los recursos de psicoprofilaxis obstétrica y recursos no farmacológicos para el manejo del dolor que hayan sido utilizados. Las intervenciones adicionales quedarán debidamente justificadas en el expediente clínico, así como el manejo de complicaciones o atención de emergencias obstétricas.
- 15) La información relacionada con la atención, deberá quedar debidamente asentada en las fuentes oficiales de información, como parte de los servicios otorgados en salud materna y perinatal, en los diferentes niveles de atención.

11. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN

11.1 IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO

La atención prenatal está vinculada a estrategias de cumplimiento ceñidas a los parámetros de oportunidad y calidad de atención en salud. En apego a la normatividad vigente, es fundamental la identificación oportuna de factores de riesgo para llevar un embarazo saludable, o en las mejores condiciones posibles, y establecer metas que nos traduzcan a un embarazo de bajo riesgo.

La ruta a seguir de la atención prenatal del embarazo dentro del proyecto prioritario en salud materna se rige por cuatro ejes rectores que trazan la ruta desde el inicio de la etapa prenatal es decir, desde **oportunidad de la primera consulta** para la clasificación de la usuaria de bajo riesgo, **periodicidad**, la **calidad de la atención**, realizando todas las intervenciones derivadas de la atención centrada en la usuaria para la identificación de cualquier complicación o factor predisponente a daño y **referencia oportuna** de manera dirigida hacia los entornos habilitantes (Figura 11).

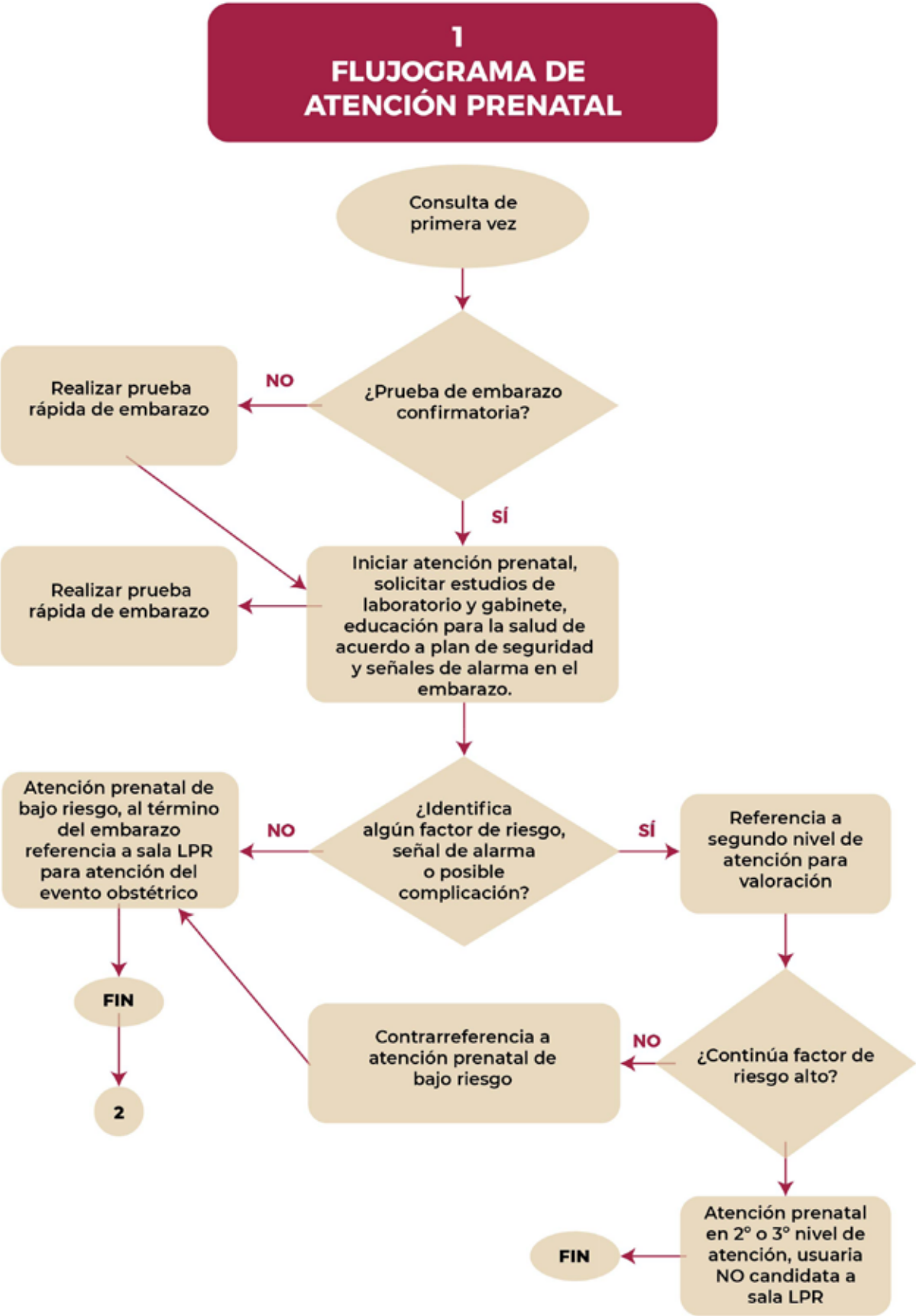
Ejes rectores del atención prenatal de bajo riesgo



Figura 11. Ejes rectores de la atención prenatal de bajo riesgo

Por ende, la atención prenatal es un eslabón crucial para la atención en los entornos habilitantes y la conformación de las redes integrales de servicios, por lo que se requiere una estrecha relación entre los procesos y el sitio en donde se lleven a cabo. En esta vinculación, resaltan tres escenarios posibles como resultado de este primer procedimiento de atención: 1) No se detectan factores de riesgo o complicaciones de importancia, por lo que cumple con criterios para ser atendida en sala LPR; 2) Se detecta algún factor de riesgo o complicación, por lo que se envía para valoración o estudios diagnósticos complementarios en el segundo nivel de atención, pudiendo continuar en este nivel de atención o realizar contrarreferencia, una vez estabilizada o descartada, en cuyo caso, puede ser candidata para atención en salas LPR, y 3) Se identifican factores de alto riesgo obstétrico o datos de alarma, por lo que es referida para valoración y continuar atención en un segundo nivel de atención o con la capacidad resolutive requerida.

Adicionalmente, una de las metas operativas es el fortalecimiento y/o creación de redes integradas de atención, que contemplen el acompañamiento dirigido hacia las usuarias derivado de las estrategias comunitarias como clubes del embarazo, madrinas/padrinos, brigadistas y parteras(os) tradicionales para que brinden herramientas derivadas del asesoramiento y educación para la salud como factor preventivo desde las comunidades y unidades de salud.



11.2 INGRESO DE LA USUARIA CON TRABAJO DE PARTO

El ingreso a la sala LPR responde a criterios de inclusión, señalados desde la atención prenatal, a una adecuada valoración durante el trabajo de parto y la verificación de que no presenta criterios de exclusión, para lo cual, deberán realizarse las siguientes actividades:

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Aplicación de la cédula de Triage obstétrico a toda usuaria que acuda al servicio de urgencias.	Médico(a) general Licenciada(o) en enfermería
2	Valoración de la usuaria en trabajo de parto, determina el riesgo, borramiento, dilatación y bienestar fetal.	Médico(a) Especialista Médico(a) General
3	Usuaría de bajo riesgo con embarazo de término con trabajo de parto en fase activa (5 cm de dilatación y actividad uterina regular) se ingresa a sala LPR.	Médico(a) Especialista Médico(a) General Partera(o) profesional
4	Se informa al acompañante el reglamento de sala LPR y su función dinámica en el trabajo de parto.	Médico(a) Especialista Médico(a) General Partera(o) profesional
5	Integración del expediente, preparación de la usuaria y acompañante, traslado a la sala LPR.	Licenciada(o) en enfermería

Los criterios excluyentes para la atención en salas LPR, son los siguientes:

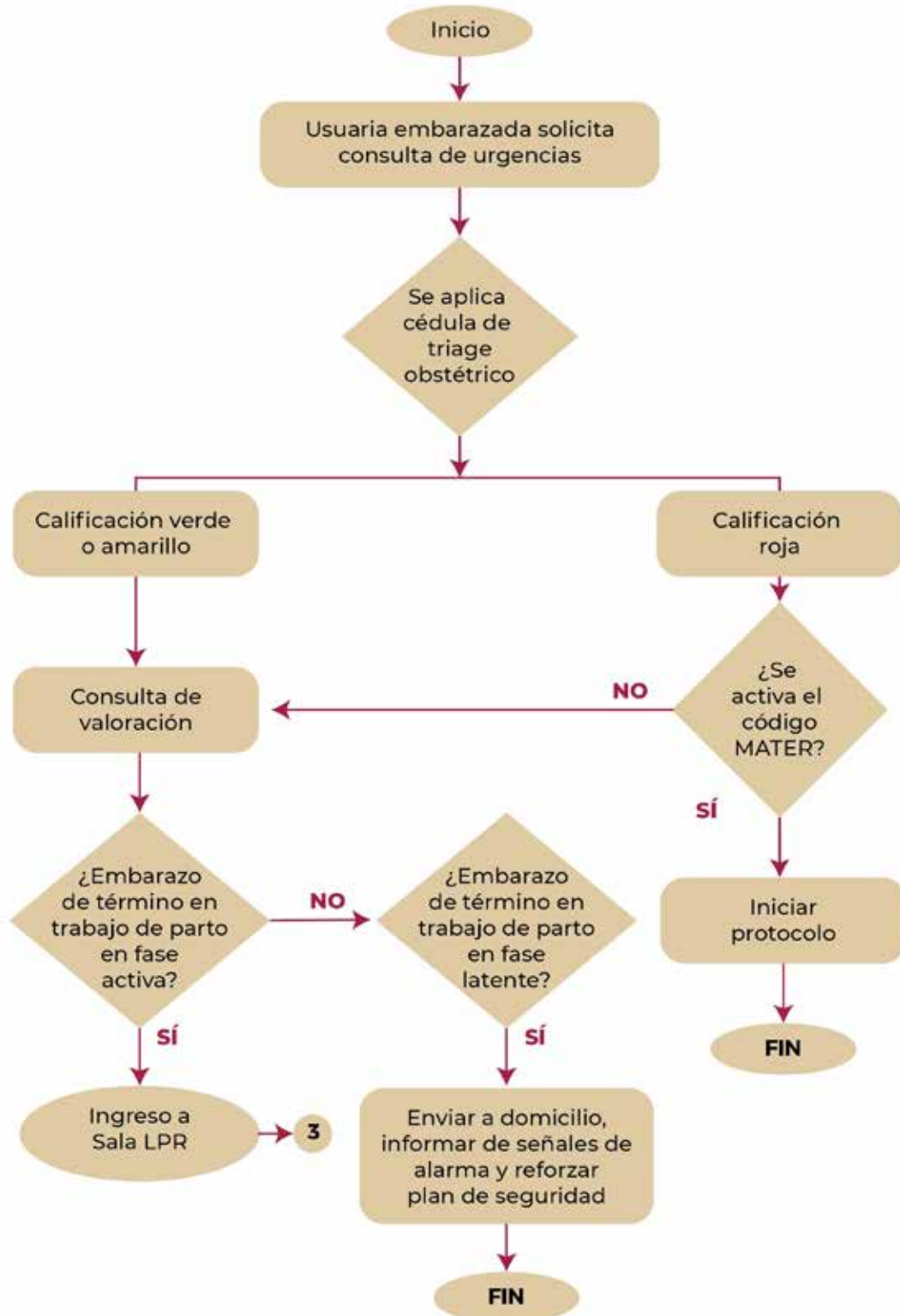
- Periodo intergenésico corto (menor a un año después de parto vaginal)
- Cesárea previa con periodo intergenésico menor a 18 meses
- Dos o más cesáreas
- Embarazo gemelar o múltiple
- Incompatibilidad feto pélvica o desproporción céfalo-pélvica
- Presentación transversa, oblicua, pélvica, compuesta o asinclitismo
- Distocia de cordón
- Distocia de contracción

- Macrosomía fetal
- Prematurez
- Antecedente de hemorragia del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta)
- Cualquier enfermedad que ponga en riesgo inminente la vida de la madre y/o el recién nacido
- Usuaria con prueba PCR positiva a COVID-19 o criterios de definición operacional de caso o caso sospechoso

Si se presenta alguna de estas situaciones, que no hubieran sido detectadas durante la atención prenatal, o que hayan sucedido antes del trabajo de parto, se deberá informar a la usuaria y sus acompañantes, sobre la situación y la alternativa de servicios, realizar la referencia de manera oportuna y dar seguimiento, asegurando que reciba la atención requerida. Asimismo, se deberá valorar si requiere estabilización previa y/o gestión de traslado seguro.

Por otra parte, cuando una usuaria acude de manera anticipada y aún no tiene criterios para ingresar, podrán ofertarse alternativas como la permanencia en posadas o espacios AME, o bien, utilizar un área de pre-labor, si se cuenta con ella. Además, se otorgará información clara, iniciará el acompañamiento y se orientará para una mejor identificación de la fase activa del trabajo de parto.

2 FLUJOGRAMA DE INGRESO A SALA LPR



11.3 ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Procedente del servicio de valoración se traslada usuaria, acompañante y expediente a sala LPR.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
2	Verifica la clasificación de riesgo y recibe usuaria con trabajo de parto en fase activa, con acompañante.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
3	Explicará el modelo de sala LPR a la usuaria y al familiar y bajo consentimiento informado se realizarán las intervenciones propias del modelo. Si es necesario con apoyo de un enlace intercultural.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
4	Identifica la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, registro de dinámica uterina en partograma.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
5	En caso de presentarse trabajo de parto con contracciones uterinas efectivas en frecuencia, duración e intensidad, se dejará la usuaria a libre evolución.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
6	Determina el bienestar materno-fetal para iniciar medidas para reactivar la dinámica uterina en caso de ser necesario.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
7	Favorece la oscuridad y temperatura adecuada en la sala LPR para la liberación adecuada de las hormonas maternas.	Médico(a) General Partera(o) Profesional Enfermera(o) general
8	Apoya durante el trabajo de parto con masaje, acompañamiento en la deambulación y apoyo emocional a la usuaria.	Acompañante
9	Oferta esferodinamia, técnicas de relajación y manejo no farmacológico del dolor, respiraciones guiadas y confort durante el trabajo de parto.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
10	Vigila el estado de hidratación y oferta líquidos claros a libre demanda, favorece la micción espontánea.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
11	Vigilancia de la FCF cada 15-30 minutos durante un minuto o decidir monitoreo continuo de ser necesario, avisando a médico(a) especialista si se ha detectado un factor de riesgo o dato de alarma.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
12	En caso de ser necesario tomar un trazo cardiotocográfico.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
13	Explica a la usuaria las diferentes posiciones que puede elegir durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento, explicando cómo puede utilizar los diversos recursos como la mesa con aditamentos para parto vertical o el banco obstétrico ergonómico.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
14	Valora y registra las modificaciones cervicales (dilatación y borramiento). Valora el descenso de la presentación (planos de Hodge/ estaciones De Lee). Valora las condiciones de las membranas y líquido amniótico, registro en partograma.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
15	Ante la presencia de alguna complicación durante el trabajo de parto se informará a Médico Ginecobstetra para su valoración y manejo oportuno y/o asegurará el traslado seguro.	Médico(a) General Partera(o) Profesional

La atención del trabajo de parto es uno de los elementos centrales en la implementación de los entornos habilitantes, guiado por las siguientes actividades:

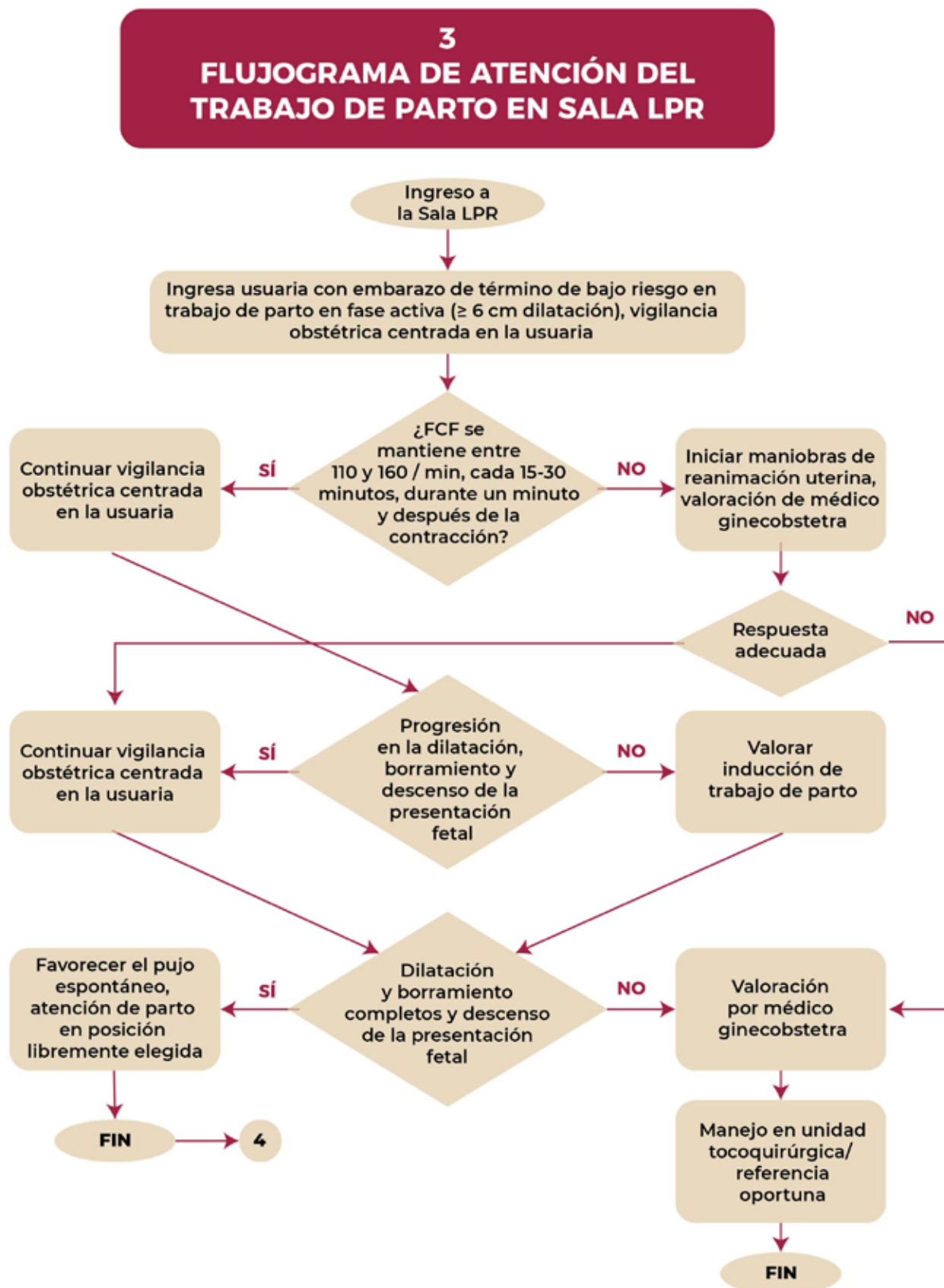
La atención durante el trabajo de parto es uno de los ejes fundamentales de las salas LPR ya que inciden de manera importante en la experiencia de atención. Además de los procedimientos clínicos descritos anteriormente, las evidencias científicas y recomendaciones han señalado la importancia de incorporar elementos no médicos en la atención, que favorecen el proceso fisiológico del parto y han demostrado un impacto en los resultados maternos y perinatales, como son:

- a) Deambulación y adopción de una posición libremente escogida.
- b) Acompañamiento por una persona de elección (pareja, familiar, amistad o doula, entre otras posibilidades)
- c) Técnicas para el manejo no farmacológico del dolor: manejo de la respiración, movimientos de cadera, masaje, aromaterapia, musicoterapia, etc.
- d) Movimientos o posiciones para favorecer el descenso fetal.
- e) Apoyo emocional y psico-afectivo (orientación, escucha, aclarar dudas, preguntar por necesidades, no sancionar las expresiones de dolor)

Estas técnicas pueden requerir de diferentes habilidades y competencias y son favorecidas en presencia de profesionales o personal certificado, pero también con la capacitación continua del personal y la transmisión de conocimiento entre pares, pues de manera general, no requieren de un alto grado de especialización o de formación académica o profesional.

Por otra parte, aunque se prefieren las técnicas no invasivas, la atención en salas LPR no impide el uso de analgesia o anestesia epidural, para lo cual se requiere una adecuada valoración de la progresión del trabajo de parto, así como la interconsulta a anestesiología y el proceso de consentimiento informado.

Por último, es importante señalar que, el movimiento y los cambios de posición durante el trabajo de parto ayudan a familiarizarse con las diferentes posiciones que se pueden adoptar durante el periodo expulsivo, identificando la que más le favorezca, con apoyo e información por parte de las y los profesionales de salud, sobre los beneficios que aportan las diferentes posiciones, que se detallan en el siguiente apartado.



11.4 ATENCIÓN DEL PARTO

Al igual que el trabajo de parto, la atención de parto centrada en la persona, representa consideraciones adicionales para el personal de salud, para lo cual se detallan las siguientes actividades:

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Procura que el ambiente del espacio de atención del parto sea acogedor y cálido, con temperatura de 25° C, con luz tenue, privacidad y silencio.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
2	Oferta movilidad de la pelvis mediante el cambio de posición para favorecer el descenso fetal (subir una pierna en un banco de altura, esferodinamia, posición de Gaskin, utilizar el rebozo como técnica de movilidad, etc.)	Médico(a) General Partera(o) Profesional
3	Determina el periodo expulsivo y el descenso de la presentación.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
4	Con la confirmación del tercer plano de Hodge / estación 0 de De Lee, se motiva a la usuaria a reconocer la sensación de pujo efectivo.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
5	Prepara el material de atención de parto y recursos necesarios para asistir el evento obstétrico.	Licenciada(o) en enfermería
6	Propone a la mujer que orine de forma voluntaria y natural evitando el sondeo vesical de rutina, sin embargo, debe valorarse esta acción ante la presencia de globo vesical que impida el descenso de la presentación.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
7	Atiende el parto en la posición que la mujer haya elegido para su mayor comodidad y desenlace del evento obstétrico.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
8	Protege el periné de manera activa (Ritgen modificada ó Finlandesa).	Médico(a) General Partera(o) Profesional
9	Espera la rotación externa fetal de manera fisiológica.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
10	Al salir el hombro anterior indica el manejo activo del 3° periodo de trabajo de parto.	Médico(a) General Partera(o) Profesional

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
11	Recién nacido vigoroso corte tardío del cordón, contacto piel a piel, inicia lactancia materna temprana.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
12	Realiza el alumbramiento espontáneo, o con la tracción controlada del cordón umbilical, revisa la placenta y el canal de parto y en caso necesario repara desgarros.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
13	Verifica globo de seguridad de Pinard, solicita signos vitales.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
14	Realiza aseo de la región vulvar con solución estéril, pone confortable a la usuaria, coloca toalla obstétrica y finaliza la atención del parto.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
15	Realiza aseo de la región vulvar con solución estéril, pone confortable a la usuaria, finaliza la atención del parto e inicia manejo de puerperio inmediato.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
16	Detecta factor de riesgo o complicación del evento obstétrico, activa código Mater estabiliza y realiza el traslado seguro.	Médico(a) Especialista Médico(a) General Partera(o) Profesional

Durante la atención del parto, se favorece la adopción de las posiciones verticales, pero sobretodo la que resulte de mayor comodidad y soporte. En algunos casos la posición horizontal en una cama baja o cama hospitalaria puede resultar igualmente cómoda, ya que permite el movimiento. A continuación, se describen las diferentes posiciones, con sus potenciales ventajas y limitantes y se ilustran las posibles variantes de las mismas:

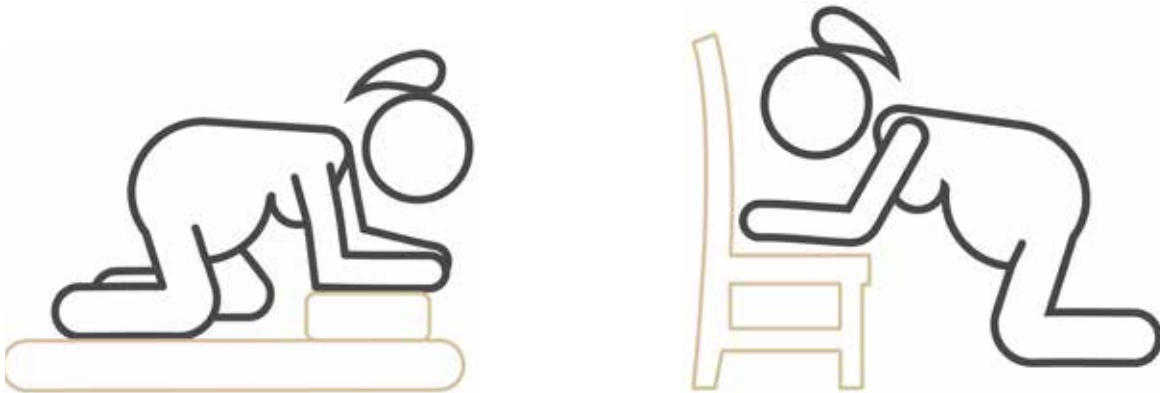
a) Vertical / cuclillas:

- La posición favorece el efecto de la gravedad al tener el eje vertical, con mayor eficiencia y dirección de las contracciones uterinas y aumenta los diámetros pélvicos.
- Requiere como apoyo una estructura con soporte adecuado (cama, silla o barra fija) o bien, con el sostén del fular o con apoyo de la persona acompañante.
- Es difícil de mantener si se utilizó anestesia epidural, ya que requiere equilibrio y fuerza en piernas, pudiendo alternar entre una postura casi erguida y la máxima flexión de piernas.



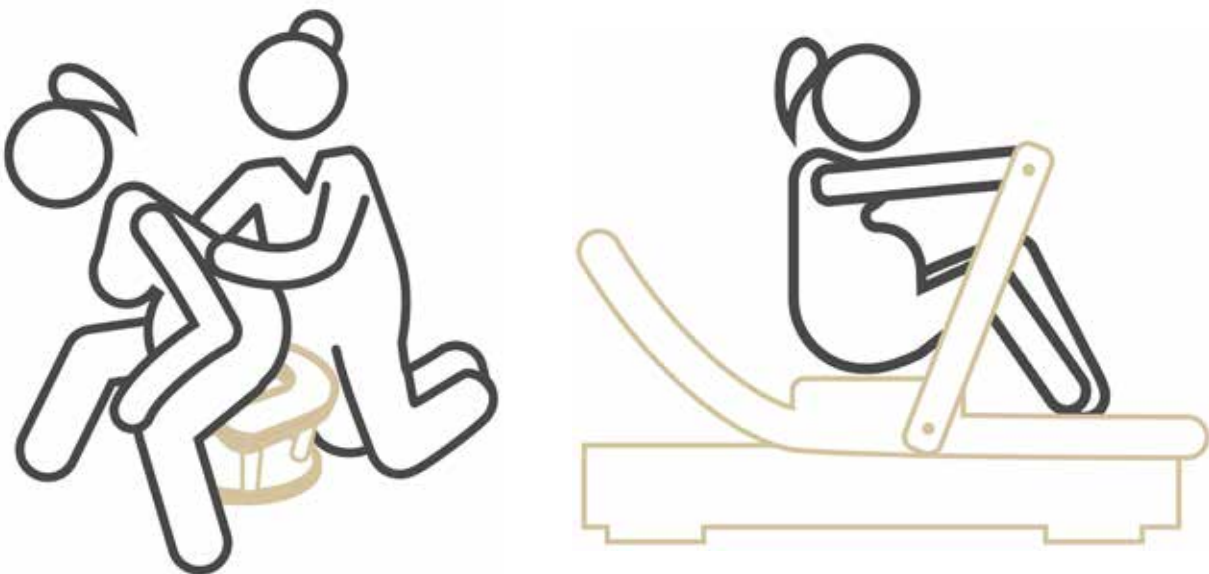
b) Cuadrupedia (cuatro puntos de apoyo):

- La posición favorece la distribución del peso en cuatro puntos de apoyo, la pelvis se encuentra totalmente libre, con menor presión y mayor elasticidad en el periné, al mismo tiempo que favorece el descenso fetal.
- No requiere de aditamentos adicionales, aunque hay algunas variantes, y puede realizarse sobre una cama o a nivel de piso.
- Puede ser difícil de mantener si se utilizó anestesia epidural en altas dosis, pero es posible si fue una dosis baja.



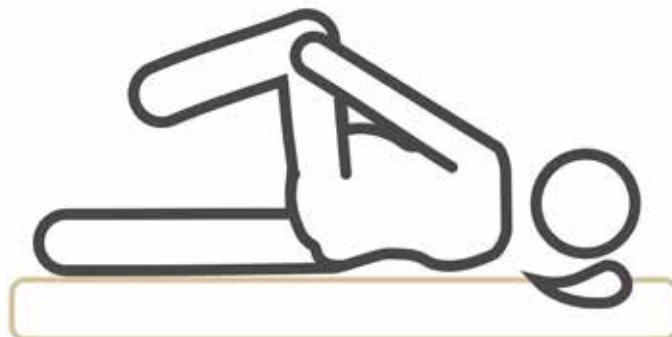
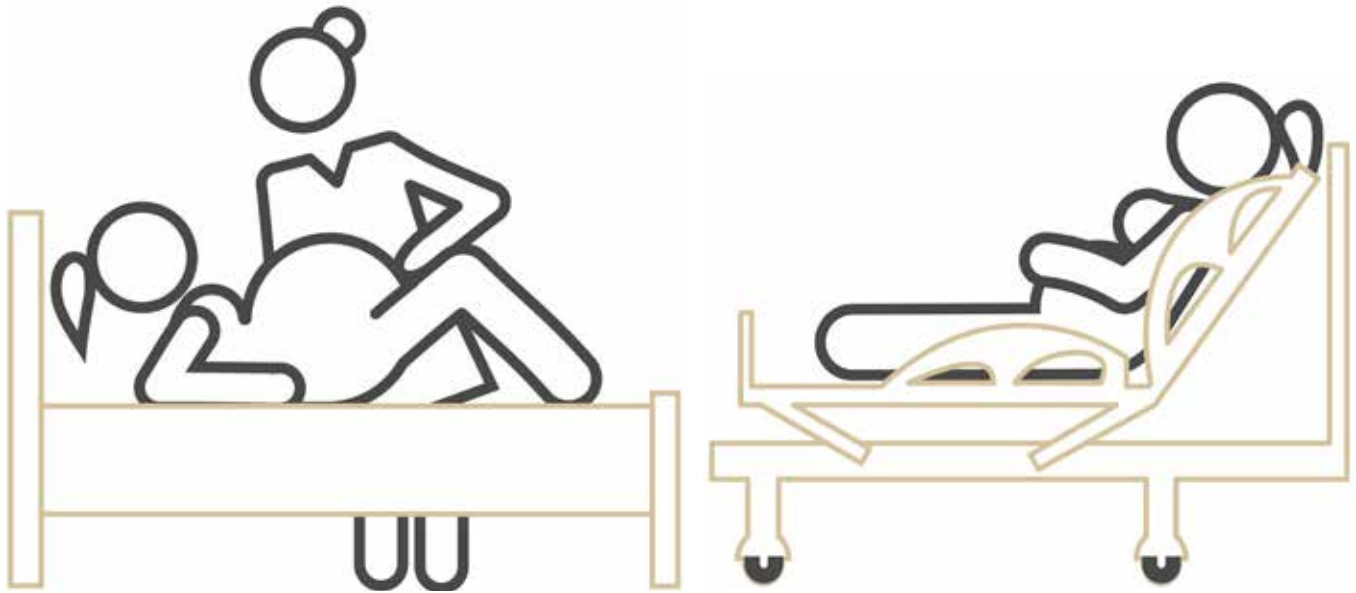
c) Sentada:

- Favorece la eficacia y dirección de las contracciones uterinas por ser una posición vertical, disminuye la presión y dolor en la parte baja de la espalda.
- Es la posición que se logra cuando se utiliza el banco o la silla obstétrica y puede complementarse con el apoyo de una barra de sostén o de la persona acompañante.
- Tiene la desventaja de requerir este mobiliario especializado.



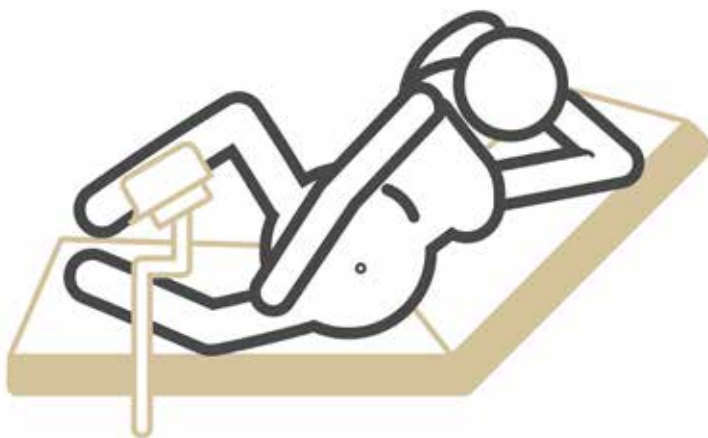
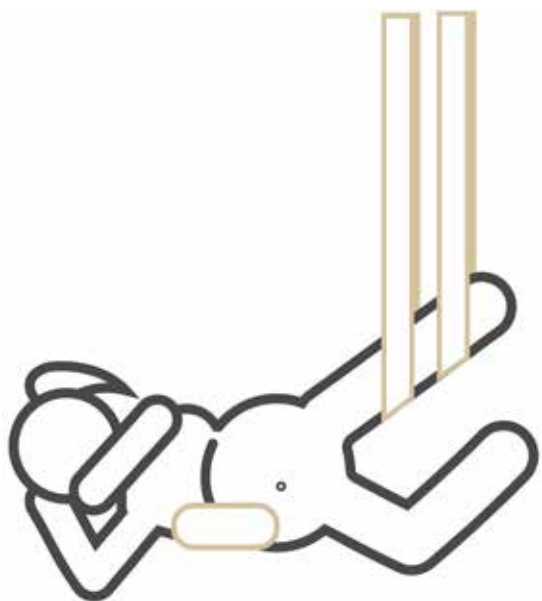
d) Horizontal / semifowler:

- El decúbito supino es una postura más pasiva, por lo que tiene menor riesgo de hemorragia, aunque las contracciones son menos intensas y efectivas.
- Al no inmovilizar las piernas en la posición de litotomía, brinda más puntos de apoyo y disminuye la presión sobre el sacro, aun cuando la posición sea horizontal. Si se utiliza una cama amplia favorece el movimiento y algunos cambios posturales que favorecen el pujo.
- Es utilizable con anestesia epidural en altas dosis.
- Puede emplearse una cama baja, o cama hospitalaria con aditamentos como piñeras, barras o fular. También hay camas obstétricas de mayor amplitud que una mesa obstétrica.



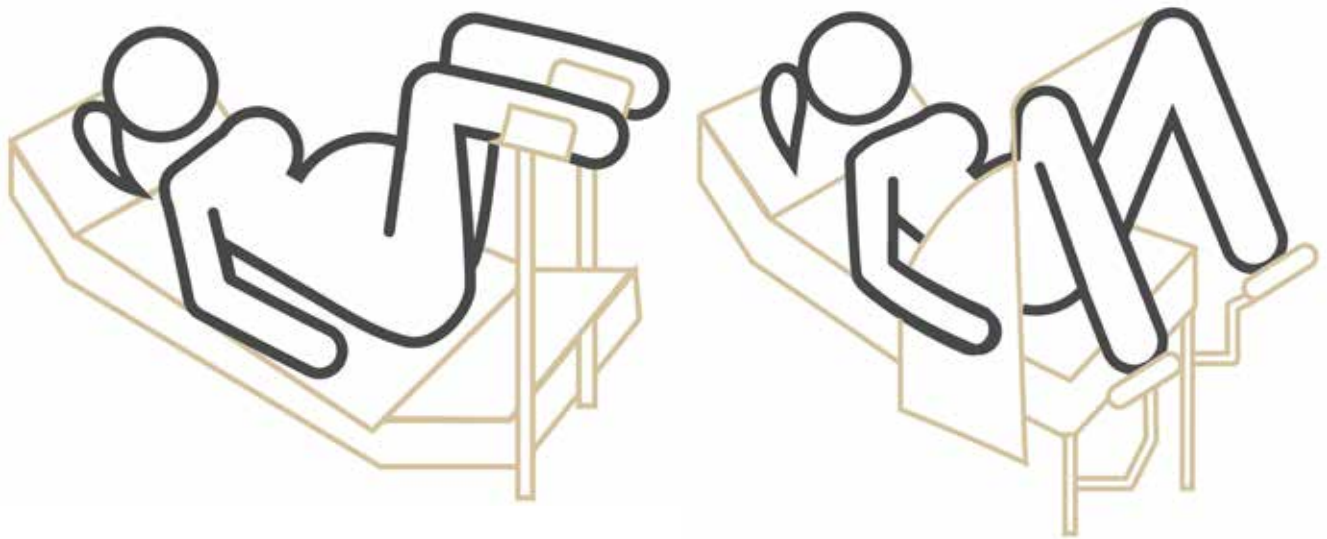
e) Lateral:

- Favorece la relajación de la musculatura perineal y liberación de la pelvis, como una variante de la posición horizontal, que puede utilizarse con anestesia epidural.
- Requiere del apoyo de piñeras que puedan adaptarse a la posición o de un fular colgante.
- Como inconveniente tiene la necesidad de un mayor entrenamiento previo mediante psicoprofilaxis obstétrica, ya que la técnica de pujo es diferente.



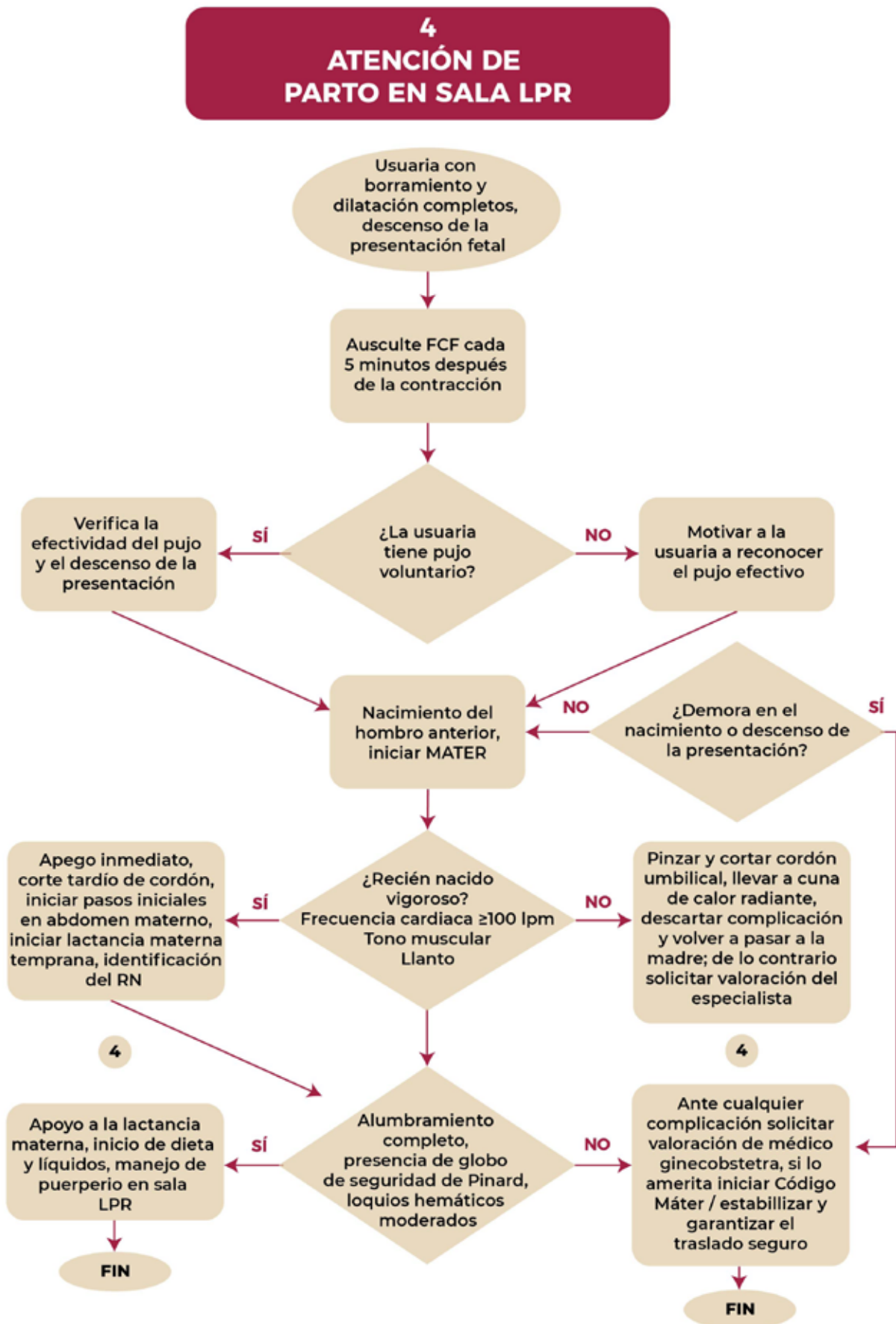
f) Postura clásica o litotomía:

- Es utilizable con anestesia epidural en altas dosis y es imprescindible para el parto instrumentado, en caso de requerir el uso de ventosas, fórceps o espátulas.
- Tiene como inconveniente el bloqueo del sacro contra la camilla, perdiendo amplitud en el diámetro pélvico.
- Puede preferirse ante la falta de conocimiento o confianza en otras posturas, sobre todo en personas que han tenido partos previos en esta posición y les resulte familiar.
- Es recomendable que la mesa obstétrica pueda colocarse en posición semi-fowler para favorecer la dirección del pujo.



Cabe señalar que, existen situaciones en que ciertas intervenciones están justificadas y deberán considerarse como parte inherente al procedimiento de atención, por ejemplo, en caso de mujeres RH negativo, no inmunizadas, o con circular de cordón a cuello con sufrimiento fetal agudo, durante la atención del parto se realizará el pinzamiento del cordón umbilical de forma inmediata. Asimismo, si se presenta distocia de hombros o ante un periodo expulsivo prolongado con alteración en el foco fetal, o alguna complicación que requiera implementar un parto instrumentado, podrá realizarse episiotomía previo consentimiento verbal y uso de anestesia local.

En este sentido, las intervenciones adicionales que puedan realizarse ante una complicación durante la atención del parto, deberán realizarse en la misma sala, con las modificaciones pertinentes para concluir el proceso de atención, minimizando el riesgo. Una vez que la situación ha sido mitigada o resuelta, se realizará una nueva valoración para determinar la conducta clínica a seguir.

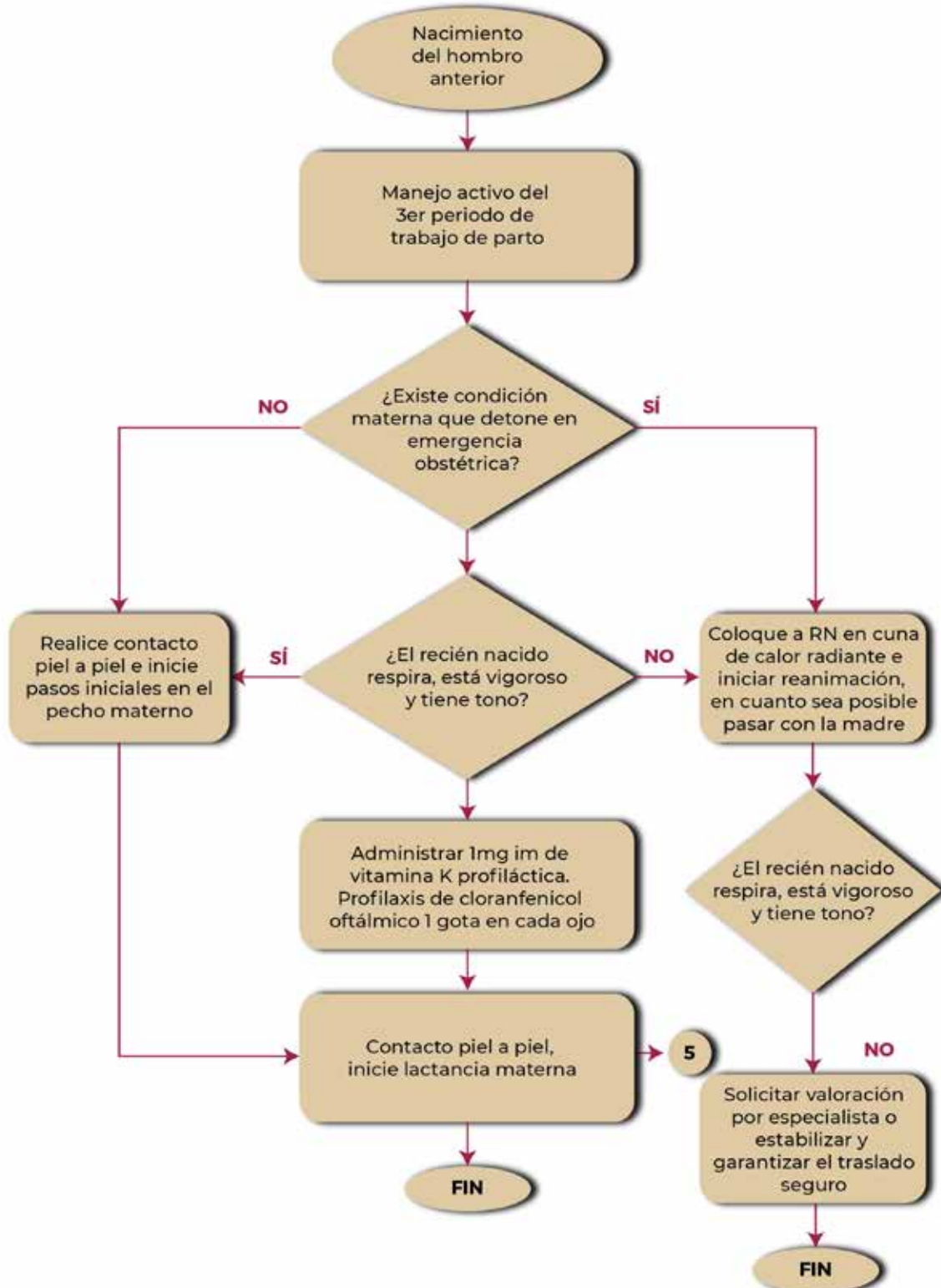


11.5 ATENCIÓN DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

Para la atención de la persona recién nacida, también deben evitarse las intervenciones de rutina que no estén debidamente justificadas y diferir aquellas que puedan realizarse posterior al contacto piel con piel y apego inmediato en la primera hora de vida, para lo cual destacan las actividades desarrolladas a continuación:

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Verifica la frecuencia cardíaca fetal en el expulsivo.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
2	Al nacimiento verifica las tres preguntas iniciales: ¿Respira o llora?, ¿Es de término? ¿Está vigoroso(a)?.	Médico(a) especialista Médico(a) General
3	Las preguntas son positivas o negativas realizar pasos iniciales en vientre materno, lateralizando y estimulando de manera táctil, se cambia campo y se espera pinzamiento tardío de cordón umbilical.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
4	Frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, continua en contacto piel a piel, siempre y cuando la mujer lo desee.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
5	Motiva la lactancia materna temprana.	Licenciada(o) en enfermería
6	Realiza los procedimientos de valoración, somatometría, profilaxis oftálmica y aplicación de vitamina K, en la cama de la madre o a un lado.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
7	Si al momento de nacer se observa al recién nacido con alguna complicación, se procederá a realizar el pinzamiento y corte inmediato del cordón umbilical, coloca en cuna de calor radiante	Médico(a) General Partera(o) Profesional
8	En caso de alguna complicación en el evento obstétrico con la madre, el recién nacido se colocará en cuna de calor radiante, regresar con la madre si las condiciones así lo permiten.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
9	Promover el baño tardío después de las 24 horas.	Médico(a) General Partera(o) Profesional

5 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA

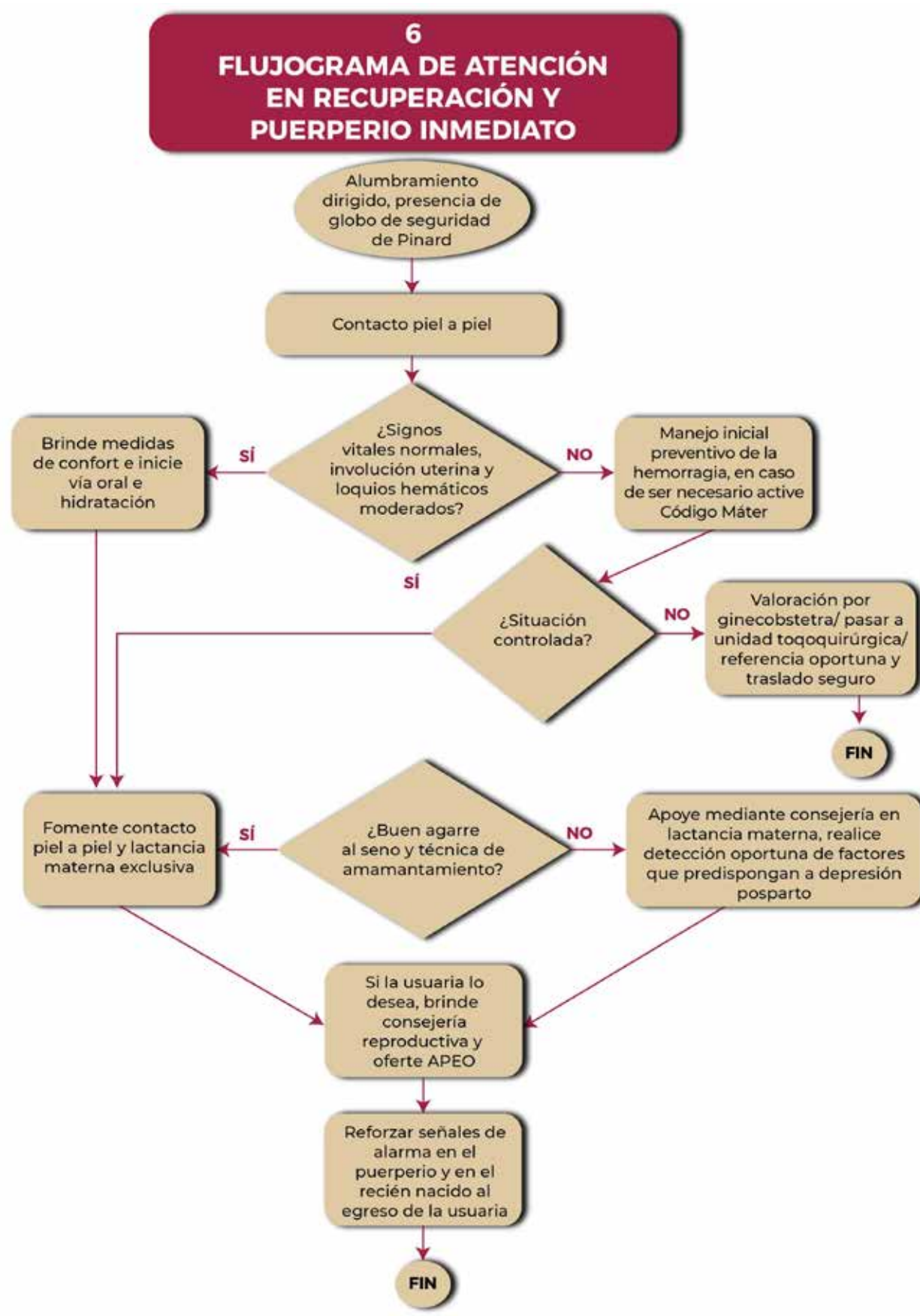


11.6 VIGILANCIA EN RECUPERACIÓN Y DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Las primeras horas de recuperación tienen lugar en la sala LPR, favoreciendo el acompañamiento y la estancia conjunta de la madre y la persona recién nacida en el mismo espacio. Sin embargo, dependiendo el modelo de implementación, en el segundo nivel de atención, es deseable continuar el puerperio inmediato en el área de hospitalización con alojamiento conjunto, para dar continuidad a la vigilancia de la mujer y la persona recién nacida, así como a las acciones de orientación, citas de seguimiento, y tamiz neonatal, así como el apoyo a la instalación de la lactancia materna. Para ello, son fundamentales las siguientes acciones:

	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	En la primera hora del puerperio, revisar a la usuaria (signos vitales, involución uterina y loquios) cada 15 minutos, posteriormente cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas de puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo hasta su evolución y egreso.	Licenciada(o) en enfermería
2	Supervisa agarre al seno y promueve los beneficios de la lactancia materna exclusiva.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
3	Si la usuaria así lo desea se brinda consejería reproductiva, bajo criterios de elegibilidad de la OMS.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
4	Si la usuaria así lo desea se le brinda APEO.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
5	Identifica señales de depresión posparto en la vigilancia del puerperio en la sala LPR. En usuarias menores a 15 años de edad, realizar la búsqueda intencionada de violencia, si no se hubiera hecho en la atención prenatal o al ingreso. En su caso, referir a los servicios especializados.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
6	Si el espacio fuera reducido, después de dos horas, binomio puede pasar al alojamiento conjunto.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
7	Refuerza plan de seguridad en el puerperio y del recién nacido con la persona acompañante y la usuaria.	Médico(a) General Partera(o) Profesional
8	Ante cualquier complicación donde se detone una emergencia obstétrica se activará código MATER y se solicitará interconsulta con el Médico Ginecobstetra o bien, se estabilizará la usuaria y se realizará el traslado seguro.	Médico(a) especialista Médico(a) General Partera(o) Profesional

Cabe señalar que, es fundamental comenzar la consejería reproductiva y proceso de consentimiento informado para anticoncepción post evento obstétrico (APEO), desde la atención prenatal, y retomar en el ingreso a la sala LPR, sobre todo en caso de elegir un dispositivo intrauterino, que podrá aplicarse tras el alumbramiento, o de un método definitivo que idealmente pueda gestionarse antes del egreso hospitalario. De manera que, el puerperio es una oportunidad más para llevar a cabo la consejería y oferta de un método anticonceptivo dentro del continuo de atención.



12. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

Las estrategias de comunicación tienen como objetivo dar a conocer la implementación de los entornos habilitantes, tanto al personal de salud, como a la población en general, con énfasis en las mujeres embarazadas y personas gestantes, sus familias y comunidades. Es fundamental que este lineamiento se acompañe de información clara y asertiva, para favorecer la aceptación y reconocimiento de los profesionales de salud, así como la demanda de los servicios por parte de la población.

La comunicación es una herramienta importante para cualquier acción en salud, dentro del proyecto prioritario en salud materna los componentes que integran este marco son:

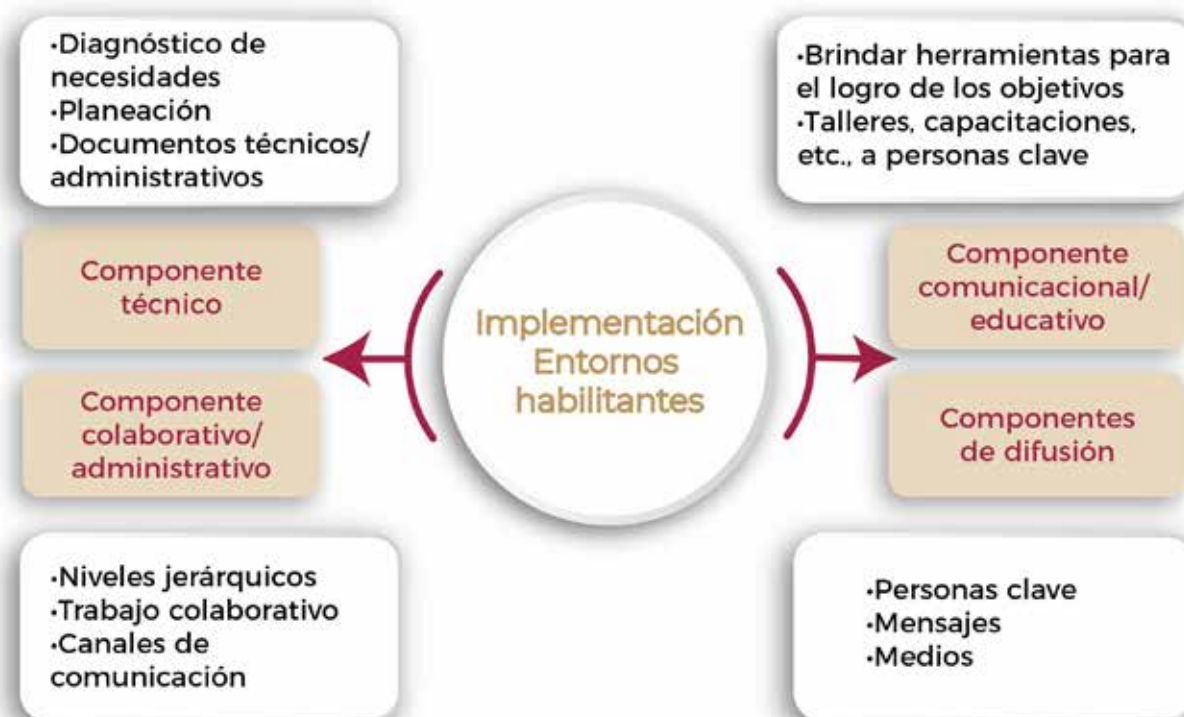
Componente técnico: Da cuenta de la base fundamental operativa de los entornos habilitantes de manera flexible para la adaptabilidad en el primer y segundo nivel de atención, así como la estructura y procedimientos que caracterizan su implementación. También resalta que, mediante un ejercicio analítico las entidades realizarán la selección del sitio o los sitios en donde se ubicará el entorno habilitante, incorporando su funcionamiento a la planeación y documentos técnicos administrativos para asegurar que la parte operativa sea clara y se ubique de manera adecuada.

Componente colaborativo / administrativo: Resalta que el proceso de implementación requiere establecer equipos de trabajo de acuerdo a los niveles de profundidad en donde participan nivel estatal, jurisdiccional, redes de atención y hospitales / centros de salud con servicios ampliados como actores que, en sinergia y colaboración dan funcionalidad al entorno habilitante y sus redes integradas.

Componente comunicacional / educativo: El objetivo de la comunicación educativa es apoyar el logro de los objetivos técnicos del lineamiento, consiguiendo que, desde el nivel gerencial hasta el nivel operativo, exista la sensibilización mediante capacitaciones dirigidas, conocimiento y sentido de identidad para la implementación exitosa y permanencia de la atención de los entornos habilitantes. De esta manera, la población objetivo podrá adoptar los comportamientos necesarios para hacer posible que el modelo tenga la demanda esperada.

Componente de difusión: La planificación de la estrategia justamente consiste en seleccionar participativamente la combinación más adecuada de personas clave (usuarias, personal operativo, mandos medios, etc.), mensajes (sensibilización, promoción, creación de campañas etc.) y medios (capacitaciones, talleres, infografía, pinta de bardas, etc.) para abordar la situación problema que se desea resolver cómo, por ejemplo: la captación de usuarias de bajo riesgo, generar la participación activa del personal gerencial de las unidades de salud, entre otros.

Componentes de comunicación y difusión para la implementación de los entornos habilitantes



Por lo tanto, podemos decir que la estrategia de comunicación busca que, desde los líderes estatales en salud materna, mandos medios (directores, subdirectores, jefe de enfermeras, etc.) y personal operativo establezcan canales claros de comunicación, capacitaciones dirigidas con el objetivo de sensibilizar a personal clave, y que de la misma manera, adquieran conocimientos, adopten actitudes y comportamientos favorables, se organicen y participen activamente generando acciones individuales y colectivas para la mejora y el funcionamiento exitoso de los entornos habilitantes mediante el diseño de **planificación estratégica de comunicación en salud materna**.

Para ello, se proponen los siguientes aspectos a considerar como guía para diseñar acciones estatales y locales de información:

a) Audiencias clave:

- Mujeres embarazadas y personas gestantes de todos los grupos de edad.
- Personal de salud de las unidades de primer y segundo nivel de atención, con énfasis en el personal de salud materna y perinatal.

- Personal de acciones comunitarias, madrinas y padrinos obstétricos y parteras(os) tradicionales.
- Población residente de las zonas cercanas a los sitios de implementación.

b) Líneas estratégicas de comunicación

- **Sensibilización:** Amplia difusión sobre las características de los entornos habilitantes, salas LPR y redes integrales de atención obstétrica, así como sus principios rectores. Hacer énfasis en la atención segura, basada en evidencias científicas y orientada a una transformación de los paradigmas en atención obstétrica.
- **Llamado a la acción:** Dirigido específicamente a mujeres embarazadas y personas gestantes, su familia y comunidades, en las zonas geográficas de implementación, para invitarles a conocer las salas LPR y a consultar con el personal de salud, durante la atención prenatal, sobre los criterios de bajo riesgo y los procedimientos de atención en los entornos habilitantes.
- **Reforzamiento:** Resaltar los beneficios de una experiencia positiva durante la atención, tanto para el personal de salud, como para la población.

c) Mensajes clave

- Explicar qué son las salas LPR y en dónde se encuentran implementadas.
- Posicionar los entornos habilitantes como un proceso de cambio en la atención obstétrica, que paulatinamente estará disponible en más regiones a nivel nacional.
- Dar a conocer las condiciones para que las personas sean atendidas en estas salas y cómo favorecer un embarazo más saludable y de bajo riesgo.
- Resaltar la importancia de que la población esté informada para tomar mejores decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

d) Medios de comunicación

- **Comunicación / orientación directa:** consulta prenatal; unidades de salud; clubes de embarazadas; redes sociales de apoyo a la salud materna; línea telefónica 800MATERNA (800 6283762)
- **Fuera de línea:** televisión; radio y radio comunitaria; perifoneo local; exteriores (carteles, pintas en bardas, folletos, espectaculares, etc.); conferencias de prensa; generación de espacios informativos en radio y TV; entrevistas con personal de salud, organizaciones o instancias académicas aliadas.
- **En línea:** redes sociales (Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, LinkedIn); organización de foros o eventos virtuales.

13. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el monitoreo y evaluación de la implementación, operación y resultados de las salas LPR como entornos habilitantes en el marco de las redes integrales de servicios, se requiere de diversos instrumentos a incorporar en diferentes fases y periodicidad, con la participación de los niveles de rectoría. Para ello, se utilizarán como mínimo, los tres tipos de instrumentos cuyas características, utilidad y relevancia, se describen a continuación.

13.1 CÉDULA DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO DE PRODUCTIVIDAD

La cédula de supervisión es un instrumento de gerencia empleado como parte de la rectoría estatal y federal que permite dar seguimiento tanto al proceso de implementación como a la operatividad, a partir de los elementos de planeación y programación, infraestructura, recursos y apego a los procedimientos, seguimiento y ejercicio presupuestal, conforme a lo establecido en el presente lineamiento y el marco normativo en que se sustenta.

El instrumento define los criterios a evaluar, la persona responsable de cada acción en el ámbito de operación, el estándar de evaluación de desempeño, la justificación de la evaluación, la referencia al instrumento normativo y un apartado de observaciones, que permiten a la persona evaluadora, detallar situaciones particulares. Dichos criterios pueden requerir actualizaciones, confirme se avanza en el proceso de implementación y acorde las recomendaciones, evidencias científicas, guías y lineamientos en salud materna y perinatal, por lo que es recomendable la revisión anual de este instrumento.

Por otra parte, el monitoreo de la productividad contempla el registro e informe mensual de la productividad de cada entorno habilitante conforme a las actividades centrales que deben realizarse durante la atención, desde el ingreso hasta el puerperio. Este registro contribuye al monitoreo de la implementación y operación en términos cuantitativos, para tomar decisiones y diseñar mejoras de manera oportuna. Además, constituye una de las fuentes de información requerida para el análisis de los indicadores específicos que se detallan a continuación.

Al igual que la cédula, los criterios de productividad también podrán requerir actualizaciones tras su revisión periódica, por lo que dichos instrumentos serán compartidos con las entidades federativas como parte de la planeación anual.

13.2 ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS

Para el monitoreo continuo de la operación y la evaluación de los resultados de las salas LPR, en función del apego a los criterios y procedimientos de atención, se considerará al menos un indicador específico que permita medir el impacto en el corto y mediano plazo para cada uno de los seis procedimientos esenciales a realizar en los entornos habilitantes.

La generación u obtención de los datos, el análisis de información, la sistematización de la información para el reporte de estos indicadores, así como el análisis de la información para la toma de decisiones corresponde tanto a la unidad médica sede, como a la rectoría estatal. Al nivel federal corresponde solicitar esta información de manera oportuna para integrar un análisis estatal, regional y/o nacional, favoreciendo la retroalimentación y mejora continua.

A continuación, se detallan los indicadores diseñados para medir el apego al presente lineamiento:

IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO	
Indicador	Porcentaje de usuarias con al menos cinco consultas de atención prenatal
Descripción	Identifica la frecuencia mínima de consultas de atención prenatal para llevar a cabo las acciones de detección, información y seguimiento del periodo gestacional
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de usuarias con al menos 5 consultas prenatales}}{\text{total de usuarias ingresadas a la sala LPR}} \times 100$
Fuente de información	SINBA / SIS Tarjeta de atención integral del embarazo, parto, puerperio y periodo de lactancia (38-P)
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	100%
Observaciones	La frecuencia de atención prenatal no es un criterio de ingreso para atención en sala LPR

INGRESO A LA SALA LPR PARA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	
Indicador	Porcentaje de usuarias que ingresan en la sala LPR para atención del parto
Descripción	Mide el porcentaje de usuarias que ingresan a la sala LPR en la unidad médica del total de mujeres que ingresan a la unidad
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de usuarias ingresadas en la sala LPR}}{\text{Total de usuarias ingresadas en la unidad para atención de parto}} \times 100$
Fuente de información	Sistema de información de la Unidad de salud
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	80%
Observaciones	La meta está basada en la proporción de casos de bajo riesgo estimados en las recomendaciones y evidencias

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
Indicador	Porcentaje de usuarias que tuvieron alguna complicación (emergencia obstétrica) en la vigilancia del trabajo de parto
Descripción	Monitorea la presencia de complicaciones ocurridas en la sala LPR durante la atención del trabajo de parto
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de usuarias que tuvieron alguna complicación (emergencia obstétrica) en el trabajo de parto}}{\text{Total de usuarias ingresadas en la sala LPR}} \times 100$
Fuente de información	Sistema de información de la Unidad de salud
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	10%
Observaciones	La meta está basada en la proporción de complicaciones potenciales estimadas en la evidencia científica, aun cuando se haya realizado una adecuada valoración durante la atención prenatal y al ingreso

ATENCIÓN DEL PARTO	
Indicador	Porcentaje de usuarias que concluyen la atención del parto en la sala LPR
Descripción	Monitorea la continuidad de la atención en la sala LPR mediante el porcentaje de usuarias que concluyen con la atención del parto en la sala LPR
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de usuarias que concluyen la atención del parto en la sala LPR}}{\text{Total de usuarias ingresadas en la sala LPR}} \times 100$
Fuente de información	Sistema de información de la Unidad de salud
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	90%
Observaciones	Aquellas personas usuarias que no presenten complicaciones o emergencias obstétricas, deberán concluir el proceso de atención del parto en la sala LPR

ATENCIÓN DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA	
Indicador	Porcentaje de personas recién nacidas con APGAR menor a seis puntos en el primer minuto, atendidas en la sala LPR
Descripción	Evalúa los resultados perinatales y complicaciones en las personas recién nacidas durante la atención en las salas LPR
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de personas recién nacidas con APGAR} < 6 \text{ en el primer minuto}}{\text{Total de nacimientos registrados en la sala LPR}} \times 100$
Fuente de información	Sistema de información de la Unidad de salud
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	10%
Observaciones	La meta está basada en la proporción de complicaciones potenciales estimadas en la evidencia científica, aun cuando se haya realizado una adecuada valoración durante la atención prenatal y al ingreso

VIGILANCIA EN RECUPERACIÓN Y PUERPERIO INMEDIATO	
Indicador	Porcentaje de puérperas que presentaron alguna complicación o emergencia obstétrica durante las primeras dos horas posparto
Descripción	Evalúa los resultados obstétricos y complicaciones en durante la atención en las salas LPR
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de puérperas que presentaron alguna complicación durante las primeras dos horas}}{\text{Total de usuarias que parieron en las salas LPR}} \times 100$
Fuente de información	Sistema de información de la Unidad de salud
Periodicidad	Mensual / Anual
Línea de base	Disponible en 2022
Meta esperada	10%
Observaciones	La meta está basada en la proporción de complicaciones potenciales estimadas tras una adecuada atención del trabajo de parto y parto

13.3 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Las encuestas de satisfacción son un método de evaluación cualitativa que permite conocer el grado de satisfacción de las personas usuarias o algunos elementos de su experiencia durante la atención, los cuales forman parte sustantiva de la evaluación de un proyecto centrado en la persona y complementan los instrumentos más objetivos y el seguimiento cuantitativo de indicadores.

En este sentido, los entornos habilitantes no solamente consideran relevante la experiencia de las usuarias, sino también del personal de salud que participa en la implementación, ya que ambas visiones permiten una mejora integral en el ámbito operativo, para lo cual se proponen las siguientes herramientas.

a) Encuesta a personas usuarias

Se recomienda su aplicación previa al egreso de la Unidad, a todas las personas que recibieron atención en las salas LPR, independiente de si concluyeron o no la atención en dicho espacio. Su participación es voluntaria, previo consentimiento informado verbal, asegurando el anonimato y confidencialidad, así como la finalidad de la misma.

b) Encuesta a personal de salud

Se recomienda su aplicación a todo personal que participe en las salas LPR, incluyendo personal rotatorio. Puede realizarse en cualquier momento y de manera semestral o anual en caso del personal de continuidad. Su participación es voluntaria, previo consentimiento informado verbal, asegurando el anonimato y confidencialidad, así como la finalidad de la misma.

Los formatos de encuesta se detallan a continuación:

ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS ATENDIDAS EN SALA LPR

Nombre de la Unidad:			Fecha:		
Persona que responde: Usuaría () Acompañante ()					
Edad:	Hablante de lengua indígena / autoadscripción: SÍ () NO ()				
Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Posgrado ()					
De acuerdo con la atención que recibió, podría responder qué tan satisfecha se siente con:	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Aceptable	Satisfecha	Muy satisfecha
	1	2	3	4	5
La información sobre el modelo de atención durante sus consultas de atención prenatal					
El respeto a sus valores y creencias sobre el embarazo, parto y posparto					
La valoración realizada por el personal de salud a su llegada a la unidad médica					
La información recibida sobre el proceso de atención y los procedimientos a realizar					
La solicitud de su autorización o consentimiento antes de realizar algún procedimiento					
Los recursos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto (masajes, caminar, música, calor, etcétera)					
El apoyo emocional y respeto a sus necesidades e inquietudes					
La posibilidad de elegir una posición cómoda durante el parto					
La respuesta clara a sus dudas o preguntas por parte del personal de salud					
La orientación y alternativas de métodos de anticoncepción					
La orientación y apoyo para la lactancia materna					
La información sobre los cuidados y signos de alarma de su hijo o hija recién nacido(a)					
¿Tiene algún comentario adicional?					
Puntaje total:			Nivel de satisfacción () Alto: 48-60 () Medio: 36-47 () Bajo: <35		

ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPA EN LA SALA LPR						
Nombre de la Unidad:				Fecha:		
Perfil profesional: Ginecobstetricia () Pediatría () Medicina general () Partería profesional () Enfermería () Otro: _____						
Edad:		Participación: Laboral () Rotación () Apoyo temporal ()				
De acuerdo con su participación en la sala LPR, qué tan satisfecha(o) se siente con:		Muy insatisfecha(o)	Insatisfecha (o)	Aceptable	Satisfecha (o)	Muy satisfecha(o)
		1	2	3	4	5
La información sobre el modelo de atención durante las consultas de atención prenatal						
La difusión del lineamiento de los entornos habilitantes						
La descripción de su rol y funciones como personal de salud						
Las adecuaciones a la infraestructura y mobiliario						
La disponibilidad de recursos materiales, equipamiento e insumos						
La disponibilidad de recursos humanos suficientes para la continuidad de la atención						
La difusión de los procedimientos específicos de atención						
El apego a los procesos y procedimientos establecidos en el lineamiento						
La relación entre profesionales de salud (entorno laboral o formativo)						
La relación entre profesionales de salud y personas usuarias						
El apoyo otorgado por las áreas directivas de la unidad médica						
La percepción de la satisfacción por parte de las usuarias						
¿Tiene algún comentario adicional?						
Puntaje total:		Nivel de satisfacción () Alto: 48-60 () Medio: 36-47 () Bajo: <35				

REFERENCIAS

Berta, M., et al (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 19, 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

Bishop-Velarde A. y Flores-Pimentel, D. (2020) Inclusión de la partería al Sistema de Salud en México. Resultado de consultoría realizada para el CNEGSR. Coord. Investigación en Salud y Demografía, S.C. México. En proceso de publicación.

Bishop-Velarde A. y Flores-Pimentel, D. (2020) Guía para la inclusión de la Partería Profesional en los Servicios de Salud. Resultado de consultoría realizada para el CNEGSR. Coord. Investigación en Salud y Demografía, S.C. México. En proceso de publicación.

Guibert Reyes, W. et. al. (1999) ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 176-183. Fecha de consulta 06/enero/2022

Miller, S. et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet; 388: 2176-92.

Morales, S. et. al. (2014) Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. 14(4): 53-57.

OMS (2013) Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS/OPS (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI Marco conceptual y descripción. OMS/OPS: Washington, D.C.

OPS (2018) Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Secretaría de Salud (2020) Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19. México: Secretaría de Salud. http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf

Secretaría de Salud. Programa Sectorial del Salud 2020-2024. Diario oficial de la Federación DOF/17/08/2020 Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación. DOF/12/07/2019 Disponible: en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019



