La Iniciativa Internacional del Parto (ICI)

Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics

THE WHITE RIBBON ALLIANCE

International Confederation of Midwives Strengthening Midwifery Globally

IPA International Pediatric Association Every Child · Every Age · Everywhere

Lamaze International

ICEA International Childbirth Education Association

EVERY MOTHER COUNTS

bumi sehat Foundation

DONA International

Mercy In Action

La Iniciativa Internacional del Parto(ICI) fué desarrollada en un proceso de consenso consultivo con el apoyo y respaldo de las organizaciones asociadas.

International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)

International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO)

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA)

International Confederation of Midwives (ICM)

International Pediatrics Association (IPA)

Lamaze International

International Childbirth Education Association (ICEA)

Every Mother Counts

Bumi Sehat Foundation

DONA International

Mercy in Action

ICI Información del Grupo Ejecutivo

André Lalonde
FIGO Liaison and ICI Executive Chairperson

Email: Alalonde1801@gmail.com

Tel: +1 613 804 1801

Skype: andre180143

Debra Pascali Bonaro
IMBCO Liaison

Email: debrapascalibonaro@gmail.com

Tel: +1 201 851 101

Skype: debrapb

ICI Website

www.internationalchildbirth.com

La Iniciativa Internacional del Parto (ICI)

Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa[1]

Introducción

Antecedentes

En el año 2008, la Organización Internacional Para el Parto, la Madre y el Bebé (IMBCO por sus siglas en inglés) lanzó la *Iniciativa internacional para el parto de La Madre y el Bebé (IMBCI): 10 pasos para brindar servicios óptimos de maternidad*. La IMBCI incorporó los Principios y Pasos de la Iniciativa de los Estados Unidos de Norteamérica de Parto Amigable para las Madres (MFCI, por sus siglas en inglés), adaptándola para su uso a nivel mundial (1). En el año 2014, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y la Alianza de Cinta Blanca (WRA), lanzó la *Guía de FIGO para Centros Amigables de atención del Parto para Madres y Bebes*, (2) inspirada por la *Iniciativa del Hospital Amigo del Niño* de OMS / UNICEF (BFHI), fundamentado filosófica y éticamente en la carta de la Alianza de Cinta Blanca sobre el *Atención Respetuosa de la Maternidad: los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Fértil*. En el año 2018, IMBCO y FIGO unieron fuerzas para fusionar sus iniciativas. Un análisis reveló una fuerte superposición entre los Principios, Criterios y Pasos de las iniciativas , identificando denominadores comunes que formaron la base de los Principios y Pasos establecidos en este documento. Además, se llevó a cabo un análisis rápido para identificar e integrar la evidencia y los conocimientos más recientes sobre lo que constituye la atención óptima de la salud materna y neonatal. En comparación con las iniciativas iniciales, el ICI contiene más Pasos, tiene un énfasis más amplio en los derechos y la calidad de la atención, y responde a la llamada para incluir más explícitamente al recién nacido.

Un Enfoque De Derechos Humanos Para Mujeres Y Bebes

Varios documentos e instrumentos internacionales establecidos de derechos humanos hacen referencia específica a los derechos de las mujeres en el parto (3-9). En particular, la carta de la WRA sobre la *Atención Respetuosa de la Maternidad: los Derechos Universales de las Mujeres en edad fértil,* demuestra el lugar legítimo de los derechos maternos en salud en el contexto más amplio de los derechos humanos, centrándose en los aspectos interpersonales de la atención recibida por las mujeres que solicitan servicios de maternidad y alertan a una creciente evidencia de falta de respeto y abuso en estos servicios (10). También se ha prestado más atención a la identificación y definición de la falta de respeto y abuso a los

1 El término “atención de maternidad” se refiere a todo el ámbito de la atención proporcionada por los proveedores de servicios de salud para mujeres y bebés durante el embarazo, el parto y el período posnatal.

recién nacidos, con evidencia que demuestra que existe maltrato a los bebés tanto en los períodos posnatales inmediatos y posteriores (11). La ICI también reconoce los derechos de los recién nacidos y bebés como se observa en el *Documento sobre los Derechos de los Bebés* (12), que afirma los derechos específicos de los niños más allá de los ya mencionados en las convenciones anteriores de la ONU y el posterior Comentario General de la ONU sobre los Derechos Humanos de los Niños (13, 14). Esta declaración llama la atención sobre las necesidades y los derechos particulares del niño en los primeros años de vida para construir una vida saludable mental y físicamente.

La Vision Del ICI Sobre Calidad De La Atencion De Maternidad

ICI ha integrado el actual pensamiento con respecto a la calidad en la atención médica, alineándose con un cambio en la forma en como se define la calidad de la atención y cual es la mejor manera de brindarla en los sistemas de atención médica. La Cobertura Universal de Salud (UHC, por sus siglas en inglés), cuyo objetivo es brindar salud segura y acceso universal, es un importante objetivo global incluido en los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS). La perspectiva de tres instituciones globales (OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Grupo del Banco Mundial) propuestas en la prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo mundial para las coberturas de salud universales que la calidad de la atención respalda y es fundamental a la cobertura de salud universal, y define la atención médica de calidad como efectiva, segura y de acuerdo con las preferencias y necesidades de las personas y comunidades que reciben servicios (15).

Lo mismo ocurre con la calidad de la atención de maternidad. Aunque se ha observado un aumento global en la asistencia calificada al parto, debido principalmente al aumento de los partos en los centros de atención, muchas mujeres, fetos y bebés, todavía mueren o desarrollan discapacidades que duran toda la vida a pesar de haber llegado a un centro, debido a la mala calidad de la atención. La Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes prevé que los servicios de maternidad deben someterse a una transformación para garantizar una atención de calidad que garantice que las mujeres, los bebés y las familias prosperen y sobrevivan después del parto (16).

El ICI está alineado con tres publicaciones importantes que abordan la calidad de la atención de maternidad como un problema de salud y de instalaciones. El Plan para Promover la Atención de Maternidad de Alto Valor a través de la Maternidad Fisiológica se basa en pruebas que demuestran los beneficios a corto y largo plazo para la madre y el recién nacido mediante el apoyo a los procesos perinatales fisiológicos impulsados por hormonas (17). Este plan traza un camino eficiente para promover procesos fisiológicos saludables, siempre que sea posible, como un enfoque preventivo de la salud y la seguridad para las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, al centrarse en un cambio en los sistemas de salud dirigido a proveer una atención de alto valor, y en la mejora de los resultados de salud y experiencias al gastar de una forma más sabia (18). El documento de la OMS; Estándares para Mejorar la Calidad de la Atención Materna y Neonatal en los Establecimientos de Salud reconoce que dicha mejora es un enfoque importante para terminar con la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal prevenibles. Estas normas presentan una definición de calidad de atención con dos dimensiones interrelacionadas; provisión de atención y experiencia de atención, dentro de un marco diseñado para mejorar la calidad de atención para madres y recién nacidos en cuanto al parto (19). Una modificación de este marco, incluida en las Normas de la OMS para mejorar la Calidad de la Atención de los Niños y Jóvenes Adolescentes en Centros de Salud, aborda la calidad de la atención pediátrica, reconociendo que la salud y las necesidades, físicas, psicosociales, de desarrollo, de comunicación y culturales de los niños difieren de las de los adultos (20).

Una serie de importantes pautas publicadas abarcan un concepto más amplio al hablar sobre qué es lo que constituye una atención de maternidad de buena calidad. La ICI está alineada con las recomendaciones de la OMS en Atención Prenatal

para una Experiencia Positiva de Embarazo (21) y en Cuidado Prenatal para una Experiencia Positiva de Parto (22), las cuales subrayan la importancia de satisfacer las necesidades de las madres, los bebés y las familias (23). La intersección entre la salud materna y neonatal es claramente evidente al cambiar la información sobre el desarrollo de la primera infancia (ECD). En todos los entornos, los servicios de maternidad pueden apoyar la ECD gracias a su amplio contacto con mujeres embarazadas y niños pequeños y sus familias, lo que permite la implementación de intervenciones que promuevan la unión familiar y el desarrollo físico y cognitivo antes de la concepción y durante los primeros 1000 días de vida de un niño (24-26). El marco *Cuidados para el Desarrollo de la Primera Infancia* establece un plan de acción relacionado con el papel de los servicios de atención de maternidad durante el embarazo previo a los períodos posnatales (27).

La ICI se basa en los conceptos de servicios de maternidad culturalmente sensibles y culturalmente seguros, incorporando la recomendación de la OMS que apoya los servicios de atención de maternidad culturalmente apropiados para mejorar la salud materna y neonatal (28). También aborda los cuatro temas clave que fueron destacados en la investigación posterior sobre la implementación de servicios de maternidad culturalmente apropiados: accesibilidad, participación comunitaria, atención respetuosa centrada en la persona y cohesión entre los servicios de maternidad a lo largo de la atención continua (29). Además, la ICI ha integrado el concepto de ***seguridad cultural*** como un cambio filosófico clave, cambiando la prestación de atención sin tener en cuenta diferencias, por una atención que tiene en cuenta las necesidades únicas de las personas. Se requiere que los proveedores de atención médica emprendan un proceso continuo de auto reflexión y autoconocimiento cultural, y un reconocimiento de cómo su cultura personal impacta en su prestación de atención individual (30).

La ICI también reconoce el potencial de la *auto asistencia* como se describe en el documento *Auto Asistencia: una Solución Rentable para la Salud Materna, Neonatal e Infantil para Todos* como una medida para mejorar la salud materna, neonatal e infantil, y apoya la promoción de la auto asistencia en servicios de maternidad (31). Este enfoque está alineado con los Pasos de la ICI que promueven que las mujeres no sean receptores pasivos de atención sino participantes activas, dotadas de conocimientos, habilidades y confianza para mantener embarazos saludables, prevenir complicaciones, identificar emergencias y defender sus derechos y los derechos de sus hijos.

El Modelo De Maternidad MadreBebé-Familia

La ICI reconoce y acoge con satisfacción el desarrollo continuo de modelos de atención que han cambiado el modelo médico tradicional de atención por un modelo basado en el valor de la asociación entre el proveedor y el uso, y en el que las necesidades y expectativas de salud de quien recibe la atención, así como los resultados de salud deseados, son la fuerza que impulsa la toma de decisiones y las mediciones de calidad (32-34). Esto es especialmente aplicable a la atención materna y neonatal en el contexto de atención centrada en la mujer, donde existe un vínculo natural con el alcance completo de la atención brindada por las matronas y otros proveedores de atención médica materna y neonatal (35-37).

Estos modelos se superponen en principios y objetivos y difieren principalmente en su énfasis en el tipo de receptor de atención: mujer, recién nacido, niño, persona, cliente, paciente, familia, etc. La incorporación de este concepto de ***atención centrada en el receptor*** se encuentra en el declaraciones centrales de un gran número de organizaciones de profesionales de la salud de la maternidad, incluidas las organizaciones internacionales que representan a las matronas (38), los obstetras (39), los pediatras (40) y los médicos de familia (41).

La ICI ha elegido ubicar a la unidad MadreBebé-Familia como el destinatario de la atención en la provisión del centro de atención[2]. Este modelo fue inspirado y adaptado de las *Pautas de Maternidad y Recién Nacidos Centradas en la Familia* de Canadá: las cuales establecen que este modelo de atención es un proceso complejo, multidimensional y dinámico para brindar atención segura, calificada e individualizada, que responda a las necesidades físicas, emocionales, psicosociales y espirituales de las mujeres, el recién nacido y la familia (42).

Además, el modelo de atención de MadreBebé-Familia que aquí se presenta, refleja las definiciones y los principios de una serie de otros modelos de atención relevantes, incluyendo:

- *Atención Centrada en la Familia*: el Instituto para la Atención Centrada en el Paciente y la Familia promueve un enfoque para la planificación, prestación y evaluación de la atención médica basado en asociaciones mutuamente beneficiosas entre proveedores, pacientes y familias, y orientado a mejorar la salud y el bienestar de las personas y las familias y empoderarlos para mantener el control sobre la toma de decisiones en su atención médica. Además, este enfoque reconoce que los pacientes y las familias son aliados esenciales para la calidad y la seguridad en las interacciones de atención directa, así como en la mejora de la calidad, la educación de los profesionales de la salud, el diseño de las instalaciones y el desarrollo de políticas (43). Las organizaciones internacionales que representan a los obstetras y pediatras han respaldado este modelo de atención.

- *Marco de Atención Centrada en la Persona Para la Equidad en la Salud Reproductiva*: Este marco se desarrolló como respuesta al problema de las inequidades mundiales en salud materna, neonatal y reproductiva, al reconocer que los derechos y expectativas de las personas a una atención equitativa, segura y respetuosa deben ser una prioridad en salud internacionaly ser el núcleo de la mejora de la calidad de atención de salud materna y neonatal. Este modelo exige que se preste unaatención en la salud reproductiva que sea respetuosa y que responda a las preferencias, necesidades y valores de las mujeres y sus familias, y que garantice que sus valores guíen todas las decisiones clínicas (44).

- *Filosofía y Modelo de Atención de Matronas*: Desarrollada por la Confederación Internacional de Matronas, esta filosofía y modelo está arraigada en la asociación con mujeres, reconociendo sus derechos a la autodeterminación y al cuidado que es respetuoso y personalizado. El cuidado es holístico y se basa en una comprensión de las experiencias sociales, emocionales, culturales, espirituales, psicológicas y físicas de las mujeres. El modelo de ICM reconoce el embarazo y la maternidad como procesos fisiológicos generalmente normales que tienen una importancia significativa para la mujer, su familia y su comunidad (45).

- *Enfoque del Marco de Práctica y Calidad de la Matrona y la salud Materna y Neonatal* (QMNH, por sus siglas en inglés): The Lancet Series on Midwifery desarrolló un marco para la calidad de la atención materna y neonatal que posteriormente se utilizó para estructurar los análisis de evidencia e identificar el alcance de la práctica de la partería. Las conclusiones mostraron que los resultados que incluyen la supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres y los bebés pueden mejorarse a través de prácticas que se encuentran dentro del ámbito de la práctica de la partería. Este estudio también mostró la importancia del alcance de la

2 La MadreBebé-familia se refiere a una unidad integral durante preconcepción, embarazo, nacimiento e infancia que influye en la salud el uno del otro. Dentro de esta tríada, MadreBebé dyad permanece central en la importancia, como el cuidado de uno considerablemente hace impacto en el otro.

práctica de la partería para optimizar los procesos fisiológicos normales de reproducción y vida temprana y para fortalecer las capacidades de las mujeres para cuidarse a sí mismas y a sus familias. (46)

Un grupo en crecimiento de evidencias revelan que el modelo de atención de MadreBebé-Familia con la integración de un ámbito de práctica de partería, es la base sólida sobre la cual reside la atención de maternidad segura y respetuosa. El alcance de la práctica de la partería se deriva de la prestación de atención por parte de profesionales de la maternidad de parteras, y reconoce que una fuerza laboral de parteras educada, capacitada, certificada y con licencia integrada en el sistema de salud es la mejor opción para la mayoría de las mujeres durante el período de maternidad. Sin embargo, incluso en ausencia de matronas, este ámbito de práctica puede ser proporcionado parcial o totalmente por otros profesionales de la salud de maternidad. Los obstetras, pediatras y las enfermeras pueden brindar atención de calidad ininterrumpida como profesionales de la salud materna neonatal con competencias identificadas, o como parte de un equipo que abarca colectivamente el mismo conjunto de competencias (47). El modelo de atención de maternidad MadreBebé-Familia se puede proporcionar en cualquier lugar de nacimiento: hogar, centro de nacimiento, clínica y hospital, así como en toda la continuidad de la atención de maternidad, incluidas las situaciones de emergencia obstétrica o neonatal.

El Modelo de Atención de Maternidad de MadreBebé-Familia se basa en las siguientes características:

- El período desde la concepción hasta la edad de 2 años es una ventana de oportunidades para que los padres y cuidadores pongan los cimientos de la salud y el bienestar que durarántoda la vida y para beneficiar a las generaciones futuras.
- El embarazo, el parto y el nacimiento son procesos fisiológicos saludables y cambian la vida de la mayoría de las mujeres y sus familias quienes se benefician de la práctica y la filosofía del ámbito de la partería.
- La educación multidisciplinaria y el trabajo en equipo, que incluye comunicación, colaboración, consulta y derivación, son esenciales para garantizar una atención óptima para las mujeres y los bebés, especialmente aquellos con riesgo obstétrico-neonatal o cuando ocurren complicaciones obstétricas-neonatales.
- La atención de maternidad debe ser de apoyo, individualizada y basado envalores siendo un modelo de asociación entre profesionales de la salud de la maternidad y la unidad MadreBebé-Familia.
- Cada proveedor de atención médica que la mujer vea durante el parto debe escuchar qué dicen la mujer y sus familias, y deben comunicar el conocimiento y la información de salud de una manera culturalmente segura y sensible en un lenguaje que la mujer y su familia entiendan.
- · La toma de decisiones debe ser un esfuerzo colaborativo entre la mujer embarazada, su familia y sus proveedores de servicios de salud; en la mayoría de las circunstancias, quien toma la decisión final debe ser la mujer.
- La política, la educación y la práctica deben reflejar el conocimiento actual, basado en la evidencia.
- Las madres y los bebés deben permanecer juntos después del parto siempre que sea posible.

Este modelo de atención de maternidad de MadreBebé-Familia está totalmente integrado en los Principios de ICI y en *12 Pasos para los Cuidados de Maternidad Seguros y Respetuosos*.

ICI - El Futuro

Las organizaciones fundadoras, junto con las organizaciones asociadas que las respaldan, creen que esta iniciativa proporciona pasos claros que colectivamente forman una plantilla para implementar en la atención de salud materna segura y respetuosa en cualquier entorno de práctica, y alientan a otras organizaciones e iniciativas a unirse, creando un amplio espectro global de colaboración para la implementación de la atención de maternidad que beneficia a la unidad MadreBebé-Familia. Los *12 Pasos de la ICI* para una atención de maternidad segura y respetuosa inspirarán a los sistemas de salud materna, a los encargados de tomar decisiones, a los administradores y a los proveedores de atención a revisar, adaptar y evaluar la prestación de atención de maternidad a mujeres, madres, bebés y familias en todo el mundo.

ICI - Principios Fundamentales

Los siguientes Principios son la base de la *Iniciativa Internacional para el Parto (ICI, por sus siglas en inglés): 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa*. Estos reflejan la fusión de las visiones y los principios de las iniciativas fundadoras, integrando las características del modelo de atención de MadreBebé-Familia y están alineadas con las recomendaciones internacionales relevantes y la evidencia actual.

Defender los derechos y el acceso a la atención.

- Los derechos de las mujeres y los niños son derechos humanos y deben garantizarse en todos los entornos y circunstancias, incluidos los entornos humanitarios y de conflicto. Todas las mujeres y los recién nacidos, sin importar sus antecedentes, estado social y educativo, ciudadanía, edad y estado de salud, tienen derecho a acceder a servicios de salud materna y neonatal bien dotados,equipados y gratuitos o de precios razonables que brinden atención de calidad a través de personal calificado. Son inaceptables unas tasas más altas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales derivadas de un acceso inadecuado a los servicios esenciales de atención y la mala calidad de la atención. **Asegurar la maternidad respetuosa.**

- La consideración, el respeto y la compasión por cada mujer y recién nacido deben ser las bases de toda la atención de maternidad, incluso en caso de complicaciones. Cada Madre-Bebé debe estar protegida contra prácticas irrespetuosas o violentas de cualquier tipo, así como de las infracciones a su derecho de privacidad. **Proteger la tríada MadreBebé-Familia**
- La tríada *MadreBebé-Familia* se refiere a una unidad integral durante la preconcepción, el embarazo, el nacimiento y la infancia que influyen en la salud el uno al otro. Dentro de esta tríada, la díada Madre-Bebé permanece reconocida como una unidad, ya que el cuidado de una afecta significativamente a la otra. La incorporación de la Familia a esta unidad refleja la importancia de los esposos, las parejas y la estructura familiar social y / o comunitaria en la que un niño es concebido, nacido y criado, y destaca que las actividades y los sistemas de atención materna deben satisfacer las necesidades de la tríada MadreBebé-Familia para lograr el máximo potencial de atención de maternidad segura y de respeto. A lo largo de toda la continuidad de la atención de maternidad, la unidad MadreBebé-Familia debe participar activamente en la provisión de atención, aspirando a tomar decisiones compartidas, y la mujer debe ser quien tome la última decisión. **Promover el bienestar, prevenir enfermedades y complicaciones, y garantizar la referencia y atención oportunas de emergencia.**
- El embarazo, el parto, el nacimiento y la lactancia suelen ser procesos fisiológicamente normales y saludables que requieren atención de apoyo y una atención especializada.
- Muchas de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el recién nacido se pueden prevenir o atenuar mediante la atención primaria de maternidad y las medidas de salud públicas diseñadas para prevenir enfermedades y promover el bienestar.
- La atención de emergencia materna y neonatal accesible, apropiada y efectiva es esencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. **Apoyar la autonomía y las decisiones de las mujeres para facilitar una experiencia positiva de parto.**

- La continuidad de la atención de apoyo y la sensibilidad hacia las creencias y valores culturales, religiosos e individuales de la madre reducen el riesgo de trauma psicológico y aumentan la confianza de las mujeres en sus cuidadores, sus experiencias de atención de maternidad y su disposición a aceptar atención y buscarla en el futuro.
- Todas las mujeres, incluidas las que tienen complicaciones, deben recibir información completa, precisa e imparcial basada en la mejor evidencia sobre los posibles perjuicios y beneficios de los procedimientos y alternativas obstétricas y neonatales, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su atención médica y la de sus bebés. El acceso a la educación prenatal basada en evidencias para preparar a las mujeres y sus parejas contribuye fuertemente a esta capacidad de toma de decisiones.
- Las mujeres deben tener una gama completa de opciones a lo largo de sus experiencias de cuidado de maternidad incluyendo opciones para la elección el lugar de nacimiento apropiado en cuanto a riego.
- Las mujeres con embarazos normales y de bajo riesgo pueden dar a luz de manera segura fuera de las instalaciones médicas en clínicas, centros de partos y hogares cuando se dispone de atención especializada y con referencias efectivas. **Proporcionar un entorno de parto sano y positivo: las responsabilidades de los cuidadores y los sistemas de salud**
- El embarazo, el parto y las prácticas posparto afectan a la MadreBebé-Familia fisiológica y psicológicamente. La confianza y la capacidad de una mujer para tener un embarazo y un parto saludables, y para amamantar y cuidar a su recién nacido están significativamente influenciadas por su entorno de parto y pueden ser aumentar o disminuir por cada cuidador que encuentre.
- Establecer una atmósfera de cariño y apoyo, escuchar a la madre, fomentar su autoexpresión y asegurar un intercambio de comunicación equitativo en el lenguaje que una mujer entiende, para lograr una atención individualizada, son aspectos esenciales de una atención de maternidad respetuosa y culturalmente segura.
- Los cuidadores son responsables individual y colectivamente ante la madre, el bebé, la familia, la comunidad y el sistema de atención médica por la calidad de la prestación de la atención. Las necesidades de la MadreBebé-Familia deben tener prioridad sobre las necesidades de los cuidadores y las instituciones.
- Los sistemas de atención médica son igualmente responsables de proporcionar entornos seguros que también tengan en cuenta las necesidades de los proveedores. Los proveedores calificados deben recibir apoyo para brindar atención óptima con una infraestructura adecuada que incluya suministros, equipo y personal apropiados, sin maltrato o abuso por parte de sus superiores y con su aliento y apoyo. **Uso de un enfoque fundamentado en la evidencia para los servicios de salud materna basado en el Modelo de atención de la MadreBebé-Familia**
- Beneficios para la salud materna y neonatal a partir de un enfoque de atención basado en evidencias. Cada Madre-Bebé debe estar protegida contra intervenciones, prácticas y procedimientos innecesarios y potencialmente dañinos, y contra el uso excesivo y el uso insuficiente de la tecnología médica.
- La base de la atención de maternidad segura y respetuosa de MadreBebé-Familia se encuentra en la combinación de los modelos de atención basados en el valor, los cuales son impulsados por las necesidades y expectativas de salud, y se basan en la colaboración con las mujeres, y contribuyen a optimizar los procesos bio-psico-sociales normales del parto, así como los resultados de salud.

- Todos los profesionales de la salud materna y neonatal en cualquier entorno, en todos los niveles de atención y durante las complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales pueden practicar el modelo de atención de la unidad MadreBebé-Familia. Los 12 Pasos De La ICI Para Un Cuidado Seguro Y Respetuoso De La Madrebebé-Familia

Los 12 pasos de la ICI se basan en los Principios enumerados anteriormente y en la mejor evidencia disponible sobre la seguridad y la eficacia de la prestación de atención de maternidad. *La Atención Segura para la Maternidad* se refiere a el poder garantizar que la atención que reciben las mujeres les ayude a sentirse física y psicológicamente seguras, lo que permite una experiencia de parto positiva. *La Atención Segura para la Maternidad* también incluye prácticas basadas en la evidencia que minimizan el riesgo de error y daño y apoyan la fisiología normal del parto y el alumbramiento. *La Atención Segura para la Maternidad*contribuye a lograr los beneficios esperados y es apropiada para las necesidades de la unidad MadreBebé-Familia. La *Atención Respetuosa para la maternidad* se refiere a servicios inclusivos, no discriminatorios, accesibles y asequibles, un cuidado aceptable que garantice la dignidad, la compasión y la privacidad de la unidad MadreBebé-Familia.

Un cuidado seguro y respetuoso para la maternidad de la unidad MadreBebé-Familia es medible. Para cada uno de los 12 pasos, se han desarrollado una serie de indicadores de rendimiento básicos que se pueden utilizar en todos los entornos con el fin de monitorear la implementación y evaluación final del ICI. Se espera que estos pasos puedan desarrollarse con mayor profundidad con objetivos relevantes y medibles y adaptarse a las necesidades locales.

En la siguiente sección, se enumeran los 12 pasos completos (versión sin compilar) con sus indicadores correspondientes.

Los 12 Pasos para una Atención Segura y Respetuosa de Maternidad Respetuosa de la unidad Madre-Bebé- Familia

con los indicadores de rendimiento correspondientes

Los servicios seguros y respetuosos de maternidad para la MadreBebé-Familia **muestran los 12 pasos de la ICI para la atención de Maternidad de Bebés y Familias**, además, tienen políticas escritas, implementadas en educación y prácticas disponibles para su revisión, que requieren de los servicios de proveedores de salud y atención materno-neonatal:

Paso 1 Proporcionar respeto, dignidad e información para toma de decisiones:

Tratar a todas las mujeres y recién nacidos con respeto y dignidad, informando y comunicándose por completo con la mujer y su familia en cuanto a la toma de decisiones sobre el cuidado de sí misma y su bebé de una manera culturalmente segura y sensible que le garantice el derecho al consentimiento informado y al rechazo. Incorporar un enfoque basado en los derechos, que evite la exclusión y el maltrato de los marginados y los desfavorecidos socioeconómicamente, incluida la protección de las mujeres positivas para VIH y de las mujeres que sufren una pérdida perinatal. Bajo ninguna circunstancia se permite el abuso físico, verbal o emocional de las mujeres, sus recién nacidos y sus familias.

Indicadores

1. *Se proporcionan mecanismos de retroalimentación para expresar reclamos (como una caja de quejas).*
2. *Se encuentra disponible un proceso de reclamos definido para las madres y sus familias.*
3. *Se muestra el cuadrosobre la Atención Respetuosa de Maternidad: los Derechos Universales de las Mujeres en periodo de maternidad.*
4. *Los observadores locales son testigos de un trato respetuoso.*
5. *Los cuestionarios y / o entrevistas de mujeres muestran el cumplimiento de este paso.*

Paso 2 Brindar atención gratuita o asequible con transparencia de costos.

Respetar el derecho de toda mujer a acceder y recibir atención no discriminatoria, gratuita o asequible durante todo el proceso de maternidad. Informar a las familias sobre que cargos se pueden anticipar, si los hay, y cómo podrían planificar el pago por los servicios. Hacer que los costos de la educación prenatal y la atención prenatal, intraparto y postparto sean visibles, transparentes y que sigan lo estipulado por las directrices nacionales. Incluir posibles riesgos de complicaciones (sin cargo adicional por procedimiento de cesárea u otras complicaciones). Prohibir los pagos por debajo de la mesa y hacer cumplir esta regla de manera rutinaria. Bajo ninguna circunstancia se debe negar atención médica a una mujer o bebé o ser detenido después del nacimiento por falta de pago.

Indicadores

1. *No hay casos en los que a las mujeres, los recién nacidos o los bebés se les niegue la atención o se los retenga después de la atención debido a la imposibilidad de pago.*
2. *Las respuestas de las mujeres a las encuestas y entrevistas indican que las tarifas que se les pidió pagar cumplían con las tarifas anunciadas, y que no se les pidió / exigieron que proporcionaran tarifas adicionales o pagos en especie.*
3. *Los carteles o letreros informativos muestran todos los costos relevantes de manera comprensible para las familias y se publican de forma visible en la entrada de las unidades de parto, y en el alta / cajero. Estos incluyen información sobre cómo los pacientes / familias pueden reportar el incumplimiento de las políticas y / o solicitudes de sobornos.*

Paso 3 Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad MadreBebé-Familia de manera rutinaria.

Incorporar una atención basada en el valor y la capacidad de colaboración, fundamentada en una práctica basada en evidencia e impulsada por las necesidades de salud y expectativas así como por los resultados en salud y rentabilidad. La atención básica se basa en lo que las mujeres desean para sus recién nacidos y sus familias durante el periodo de parto Optimizar los procesos bio-psicosociales normales de parto mediante la promoción de la filosofía y el alcance de la práctica de partería para la mayoría de las mujeres, dentro de un sistema que garantiza la colaboración, comunicación y atención multidisciplinaria para mujeres y recién nacidos, incluidas aquellas con riesgo obstétrico-neonatal y / o complicaciones. Asegurarse de que este modelo de atención de MadreBebé-Familia esté disponible en todos los niveles de atención y en cualquier entorno y sea proporcionado por trabajadores de salud calificados individuales con todas las competencias, o dentro de un equipo con competencias combinadas.

Indicadores

1. *El conocimiento sobre este modelo se puede evaluar a través de cuestionarios y entrevistas a los proveedores y la gerencia.*
2. *La presencia de este modelo de atención y sus prácticas asociadas son observadas por los usuarios.*
3. *Los cuestionarios y entrevistas a mujeres indican que este modelo se está practicando.*

Paso 4 Ofrecer apoyo continuo.

Informar a la madre de los beneficios del apoyo continuo durante el parto y afirmar su derecho a recibir dicho apoyo de compañero (s) de su elección. Estos incluyen padre, pareja, miembro de la familia, doula[3], TBA[4] u otros. El apoyo continuo durante el parto mejora los resultados para las mujeres y los recién nacidos, que incluyen: una experiencia de parto más positiva, un aumento en el parto vaginal espontáneo, una menor duración del parto, una disminución en el número de partos por cesárea e instrumental vaginal, menos necesidad de analgésicos y una baja puntuación de 5 minutos Apgar. Dicha atención parece ser más beneficiosa cuando la brinda una persona que está presente únicamente para brindar apoyo y no es miembro del entorno propio de la mujer, tiene experiencia en la prestación de apoyo laboral y tiene al menos una cantidad modesta de capacitación (como una doula) (48).

Indicadores

1. *Las políticas claras que indican tanto verbalmente como gráficamente que las acompañantes (del nacimiento) son bienvenidas en las instalaciones para acompañar a las mujeres en trabajo de parto se publican y explican visiblemente en las visitas prenatales.*
2. *Los observadores atestiguan que cada mujer tiene la opción de apoyo continuo.*
3. *Las mujeres y las familias declaran en entrevistas y / o cuestionarios que se alentó y apoyó el acompañamiento, y que se hizo un espacio para sus acompañantes elegidos.*

Paso 5 Proporcionar medidas de alivio del dolor.

Ofrecer como primera opción segura una comodidad sin uso de drogas y medidas de alivio para el dolor y , explicar sus beneficios a la hora de facilitar un parto normal. Educar a las mujeres (y a sus compañeros) sobre cómo usar estos métodos, como respirar, tocar, sostener, hacer masajes, técnicas de relajación y trabajo en el agua (cuando esté disponible). Si hay opciones farmacológicas de alivio del dolor disponibles y fuesen solicitadas, explique sus beneficios y riesgos. Capacitar al personal en todas las medidas de comodidad y alivio del dolor y respetar las preferencias de las mujeres y las decisiones informadas para maximizar su confianza y bienestar. (49)

Indicadores

1. *Protocolos escritos sobre medidas de comodidad y alivio del dolor, incluida la necesidad de un mayor control de la Madre-Bebé si se usa el alivio del dolor farmacológico, está en su lugar y se pone a disposición de los evaluadores.*
2. *En entrevistas y / o encuestas, el personal confirma su conocimiento sobre estos protocolos e informa que se los entrenó en todos los métodos de medidas de alivio del dolor.*
3. *Se pueden hacer observaciones directas sobre si se ofrecen medidas de comodidad y alivio del dolor y si se está realizando un monitoreo adecuado.*
4. *La revisión de registros aleatorios para documentar el cumplimiento puede ser una posibilidad en algunas instalaciones / prácticas. Se puede consultar a las nuevas madres sobre la disponibilidad de medidas para aliviar el dolor a través de cuestionarios y entrevistas.*

3 Las doulas son compañeras de nacimiento capacitados y certificados en la prestación de apoyo laboral continuo.

4 Las parteras tradicionales cuando reconoció, reconocidos y/o integrados en la salud materna en la prestación de servicios.

Paso 6 Proporcionar una práctica basada en la evidencia.

Proporcionar y promover prácticas específicas basadas en la evidencia que hayan demostrado ser beneficiosas para respaldar la fisiología normal del parto, nacimiento, y los períodos posparto y neonatal. Estos incluyen pero no se limitan a:

- Permitir que el parto se desarrolle a su propio ritmo, mientras se abstiene de las intervenciones basadas en límites de tiempo fijos (22).
- Cuando sea posible, abstenerse de admitir a mujeres en trabajo de parto en salas de parto y / o partos hasta que estén en un trabajo de parto activo, mientras se asegura que las mujeres en trabajo de parto prematuro tengan acceso al personal y las instalaciones necesarias para optimizar su bienestar, el de su bebé y asistir a la familia (incluyendo cuidados de apoyo, medidas de comodidad materna, alimentos y líquidos, y espacio para movilizarse y descansar).
- Ofrecer a la madre acceso a comida y bebida como desee durante el parto (22)
- Ayudar a la mujer en trabajo de parto a caminar y moverse libremente y asistirla a asumir las posiciones de su elección, incluidas las posiciones en cuclillas, sentada y manos y rodillas apoyadas, además de proporcionar herramientas que apoyen las posiciones verticales (22, 50).
- Proporcionar privacidad a todas las madres durante el trabajo de parto y el alumbramiento, como lo son las paredes o cortinas de privacidad, o salas de parto y alumbramiento separadas / individuales cuando sea posible.
- Capacitar al personal para utilizar técnicas para encajar al bebé en el útero desde la recámara hasta la posición cefálica, y para llevar a cabo con seguridad los partos vaginales.
- Facilitar el contacto inmediato y sostenido piel a piel de la Madre-Bebé para obtener el calor, el apego, el inicio de la lactancia materna y la estimulación del desarrollo, y garantizar que la Madre-Bebé permanezcan unidos.
- Retrasar la sujeción del cordón para facilitar la transferencia de nutrientes al recién nacido (22).
- Llevar a cabo de manera confiable todos los elementos que se consideran parte del Cuidado Esencial del Recién Nacido, lo que incluye: asegurar el pleno acceso de la madre a su bebé prematuro o enfermo, el método de madre canguro y apoyar a la madre para que brinde su propia leche (u otra leche humana) a su bebé cuando no sea posible amamantarlo. (51)

Indicadores

1. *Los afiches que muestran a mujeres comiendo, bebiendo, caminando y moviéndose durante el parto son visibles, al igual que los afiches que ilustran las posturas verticales y otras posiciones fisiológicas del parto, incluyendo la de la mujer siendo sostenida por una acompañante.*
2. *Las herramientas para facilitar tales posiciones, como pelotas para el parto, sillas y taburetes, colchones o almohadillas de piso, y escaleras y cuerdas de pared, son claramente visibles y fácilmente accesibles en los espacios de trabajo de parto y alumbramiento.*
3. *Las paredes o cortinas de privacidad son visibles.*
4. *La evidencia de la capacitación del personal en la versión externa y el parto vaginal se muestra a los evaluadores.*
5. *Las observaciones de los evaluadores y las entrevistas y cuestionarios de mujeres indican un contacto inmediato y prolongado de piel a piel, alojamiento en habitación, corte tardío del cordón umbilical, acceso total de la madre a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y método de la madre canguro.*

Paso 7 Evitar las prácticas nocivas.

Evite procedimientos potencialmente dañinos que no tengan pruebas suficientes de beneficios sean más significativos que la posibilidad de riesgo rutinario o frecuente en el embarazo normal, el trabajo de parto, el alumbramiento, el posparto y el período neonatal. Cuando se considere una situación específica, su uso debe estar respaldado por la mejor evidencia disponible de que los beneficios pueden superar los daños potenciales y son consistentes con las pautas y recomendaciones nacionales y / o internacionales, y deben discutirse completamente con la madre para asegurar que tome una decisión estando bien informada (52)

Las prácticas de rutina que deben evitarse incluyen:

- *enema*
- *despegamiento de las membranas*
- *ruptura artificial de membranas*
- *episiotomía*
- *exámenes vaginales frecuentes o repetitivos*
- *retención de alimentos y agua*
- *mantener a la madre en la cama o inmovilizada.*
- *posición supina o litotomía*
- *numerosos cuidadores entrando y saliendo constantemente*
- *empuje dirigido por el cuidador*
- *presión de fondo (Kristeller)*
- *sujeción inmediata del cordón*
- *separación de la madre y el bebé*

Las prácticas que pueden ser perjudiciales para las mujeres de bajo riesgo, pero que son útiles o esenciales en situaciones emergentes o en ciertos casos de alto riesgo, y por lo tanto, solo deben usarse cuando están indicadas médicamente, incluyen:

- *Inducción médica o aumento del parto.*
- *Líquidos intravenosos (IV)*
- *Monitoreo fetal electrónico continuo.*
- *Inserción de un catéter en la vejiga.*
- *Uso de pinzas y extracción al vacío.*
- *Exploración manual del útero.*
- *Técnicas de succión en el recién nacido*
- *Cesárea*

Indicadores

1. *Las tasas de procedimientos de las instalaciones o la práctica están dentro de los rangos internacionales aceptables y están disponibles para los asesores. Se esperarán diferentes rangos para las prácticas de referencia y las instalaciones de referencia.*
2. *Una evaluación comparativa está disponible junto con otros servicios.*
3. *Las entrevistas y los cuestionarios de las mujeres muestran que están informadas sobre el motivo de las intervenciones o procedimientos sugeridos y se solicita su consentimiento.*

Paso 8 Mejorar el bienestar y prevenir enfermedades.

La promoción del bienestar y la prevención de enfermedades son los cimientos para mejorar la salud materna y neonatal. **Implementar medidas educativas y de salud pública que mejoran el bienestar, previene enfermedades y complicaciones para la Madre-Bebé:**

- Brindar educación y fomentar el acceso a una buena nutrición, agua limpia y un ambiente limpio y seguro.
- Hacer que las medidas de agua, saneamiento e higiene (WASH) sean parte de los servicios de maternidad. Garantizar la promoción y el suministro de agua limpia o hervida, instalaciones sanitarias limpias y un entorno limpio en todos los lugares del parto.
- Brindar educación y acceso a métodos de prevención y tratamiento de enfermedades para la madre y el bebé, incluida la malaria, la sífilis, la hepatitis B, la toxoplasmosis, el VIH / SIDA y la inmunización contra el toxoide tetánico.
- Tener políticas y pautas claras no discriminatorias para el tratamiento y la atención de las mujeres positivas para VIH y sus recién nacidos. Seguir las directrices nacionales sobre prevención y tratamiento del VIH en el embarazo, incluida la prevención de la transmisión y el tratamiento temprano de los recién nacidos positivos para VIH.
- Brindar educación sobre sexualidad responsable, planificación familiar y derechos reproductivos de las mujeres, así como acceso a opciones de planificación familiar y servicios amigables para los jóvenes.
- Proporcionar educación prenatal de apoyo y culturalmente competente basada en la evidencia (53) y la atención preparto, durante el parto, posparto y neonatal que aborde la salud física y emocional de la madre y el bebé en el contexto de las relaciones familiares y el entorno comunitario, incluidas aquellas mujeres que han experimentado una pérdida perinatal.
- La preparación y planificación del alta debe incluir un conocimiento adecuado de la atención postnatal y neonatal por parte de la madre y la familia, incluidas las inmunizaciones apropiadas, la atención de seguimiento programada, la comprensión de las señales de peligro maternas y neonatales y el acceso a la atención de emergencia.

Indicadores

1. *Existe una educación, los materiales y las exhibiciones pre y post natales con el fin de abordar los criterios descritos anteriormente.*
2. *El personal y los proveedores informan que se mantienen actualizados a través de la capacitación continua en estas medidas para mejorar el bienestar materno y neonatal y prevenir enfermedades, lo que incluye abordar las medidas de higiene y saneamiento y brindar opciones de planificación familiar.*
3. *Los cuestionarios y las entrevistas de mujeres indican que los criterios anteriores están incluidos en su atención. Los datos de observación confirman que los requisitos de infraestructura se cumplen para permitir unainstalación o una práctica que faciliten estos criterios.*
4. *La documentación de la educación familiar y la preparación para la atención neonatal en curso está disponible.*

Paso 9 Proporcionar atención y transporte de emergencia.

Proporcionar acceso a un tratamiento de emergencia especializado para complicaciones que amenazan la vida. Asegurar que el personal esté capacitado para el reconocimiento oportuno de condiciones y complicaciones potencialmente peligrosas y en la provisión de un tratamiento o estabilización efectivos, y que ha establecido vínculos de consulta y un sistema de transporte accesible y confiable:

- Asegurar la preparación para el parto y la preparación para emergencias durante el embarazo mediante actividades de promoción de la salud y mecanismos organizados de servicios comunitarios y de salud.
- Proporcionar planificación y arreglos para situaciones en las que la madre o el bebé necesitan atención más allá de la capacidad de los recursos disponibles. Incluya la consulta remota, un sistema de comunicación efectivo y el transporte oportuno y seguro de la madre y / o del bebé a un centro de referencia.
- Asegurar que todos los proveedores de atención médica materna y neonatal tengan una capacitación adecuada y continua en habilidades de emergencia para la estabilización y el tratamiento adecuados y oportunos de las madres y sus recién nacidos, incluyendo la provisión de reanimación neonatal y materna.
- Disponer de medicamentos, dispositivos y equipos para estabilizar y tratar a las madres y sus recién nacidos cuando se presentan complicaciones, como trastornos hipertensos graves, hemorragia grave en posparto, shock hipovolémico, dificultad para respirar y sepsis.

Indicadores

1. *Los observadores pueden ver los medicamentos, dispositivos y equipos para el tratamiento de emergencia, incluidos el sulfato de magnesio, uterotónicos, equipos de taponamiento uterino con balón, Traje Antishock no neumático, equipos de reanimación, tanques de oxígeno y transporte de incubadoras para recién nacidos enfermos, como evidencia y referencia de la capacitación continua del personal en atención de emergencia.*
2. *Se han implementado políticas y pautas escritas para el transporte y la transferencia de información como referencias.*
3. *En el caso de una remisión desde el hogar, la clínica, el centro de maternidad, etc. a un centro médico, los cuestionarios y las entrevistas de mujeres muestran que todas las remisiones y las personas que están siendo remitidas son bienvenidas en el centro y se tratan con respeto y sin culpa.*
4. *Se muestra a los asesores una prueba de la existencia de una educación continua y prácticas para todos los procedimientos de emergencia.*

Paso 10 Tener una Política de Apoyo de Recursos Humanos

para el reclutamiento y la retención de todo el personal, y para garantizar que el personal esté a salvo, seguro, motivado y capacitado para brindar atención de calidad en un ambiente de trabajo respetuoso y positivo. Incluir una política de exención que proteja la retención y continuidad de los proveedores de atención de salud materna (parteras, enfermeras) dedicados, experimentados y calificados en todas las unidades e instalaciones donde tienen lugar los partos.

Indicadores

1. *La política está disponible a pedido y aborda la seguridad del personal, protección y las exenciones de las políticas de transferencia o rotación.*
2. *Las encuestas o entrevistas con el personal demuestran la comprensión de la política y pueden confirmar que aborda los problemas anteriores; el personal también puede proporcionar información sobre las condiciones de seguridad en el trabajo y los problemas generales del entorno laboral.*

Paso 11 Proporcionar un Cuidado Continuo.

Proporcionar un cuidado continuo de atención maternal y neonatal en colaboración con todos los educadores, proveedores e instituciones y organizaciones de atención médica relevantes. Incluir a las parteras tradicionales (TBA, por sus siglas en inglés) y otras personas que asistan partos que hayan sido reconocidas, y / o integradas en los servicios de salud en esta colaboración continua. En especial, las personas dentro de las instituciones, agencias y organizaciones que ofrecen servicios relacionados con la maternidad deben:

- Colaborar a través de límites disciplinarios, educativos, culturales e institucionales para brindar a la Madre-Bebé la mejor atención posible dentro de un equipo que funcione, reconociendo las competencias específicas de cada uno y respetando el conocimiento y la experiencia propia.
- Fomentar la continuidad de la atención durante el parto y el nacimiento para la Madre-Bebé entre una pequeña cantidad de cuidadores.
- Establecer vínculos con los proveedores de salud de primera línea que trabajan en la atención primaria y la comunidad para apoyar la estabilización, las consultas y las transferencias de atención de manera oportuna a las instituciones y especialistas apropiados para las madres enfermas y los bebés prematuros o enfermos.
- Asegurarse de que la madre sabe de y puede acceder a los servicios comunitarios disponibles específicos para sus necesidades y los de su recién nacido.

Indicadores

1. *Políticas escritas para colaboración y transferencias de cuidado están disponibles para una inspección.*
2. *Las encuestas o entrevistas muestran que existen mecanismos establecidos y de trabajo para la comunicación periódica y el fomento de buenas relaciones entre las instalaciones y los proveedores de salud de la comunidad.*
3. *Las encuestas o entrevistas de profesionales externos demuestran su conocimiento sobre las políticas de instalaciones / prácticas, y proporcionan descripciones de sus experiencias de trabajo con las instalaciones / prácticas.*
4. *Las entrevistas y los cuestionarios del personal y las mujeres indican el reconocimiento de la colaboración y la presencia de atención continua de un pequeño número de proveedores.*

Paso 12 Promover la Lactancia Materna y el Contacto Piel con Piel.

Cumplir con los 10 Pasos de la Iniciativa Hospitalaria Amigable para el Bebé (2018) -Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en instalaciones que brindan servicios de maternidad (54):

- Cumplir con el Código internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna y las Resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud; tener una política escrita de alimentación infantil que se comunica de manera rutinaria al personal y a los padres; establecer sistemas continuos de monitoreo y gestión de datos.
- Asegurar que el personal tenga conocimientos, competencias y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.
- Discutir la importancia del manejo de la lactancia materna con mujeres embarazadas y sus familias.
- Facilitar el de forma inmediata ininterrumpida el contacto piel con piel y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible después del parto.
- Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes.
- No dar a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea la leche materna, a menos que esté indicado por un médico.
- Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntas y practiquen la convivencia las 24 horas del día.
- Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés.
- Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de la alimentación con biberones, tetinas y chupetes.
- Coordinar el alta hospitalaria para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a asistencia y cuidados continuos.

Indicadores

1. *Se puede observar al personal fomentando el contacto piel con piel y las madres mantenidas junto a sus recién nacidos, implementando la lactancia materna lo antes posible.*
2. *La instalación brinda atención combinada y espacio suficiente para la díada Madre-Bebé en camas lo suficientemente grandes para ambos con cunas a mano (cuando estén disponibles).*
3. *No se muestran afiches farmacéuticos publicitarios de fórmula infantil y no se proporciona fórmula infantil como regalo de despedida.*
4. *Los afiches culturalmente apropiados y muy gráficos en los idiomas locales que representan el contacto piel con piel y la lactancia materna, junto con explicaciones de sus beneficios, se colocan en un lugar destacado.*
5. *Los cuestionarios y entrevistas de mujeres indican el cumplimiento de las instalaciones o de la práctica con estos 10 Pasos BFHI.*

Implementación y Evaluación

Implementación de la ICI

La ICI prevé que la implementación real de los 12 pasos variará según la configuración basada en una evaluación de los recursos actuales y las necesidades percibidas. Si los 12 pasos se implementan o no en su totalidad o en fases eso se puede determinar localmente. El grupo de Coordinación de ICI recopilará continuamente información sobre el proceso de implementación a medida que se realiza en tiempo real, recopilará esta información, la analizará y la retroalimentará para ayudar a la implementación en curso y los nuevos procesos de implementación. Al hacerlo, se creará y mantendrá un ciclo de aprendizaje que beneficiará la implementación de los pasos de ICI en todas las configuraciones.

La implementación puede ser de pequeña o gran escala, tanto de arriba a abajo como de abajo a arriba. Las instalaciones individuales pueden estar motivadas y tener recursos para comenzar con la implementación de ICI, mientras que en otras situaciones, los administradores y planificadores de salud pueden iniciar un proceso de implementación para un distrito o región específica. El ICI reconoce y da la bienvenida a ambos escenarios. En general, la ICI ofrece las siguientes recomendaciones para su implementación:

- Trabajar con grupos de la comunidad local para garantizar la relevancia, el compromiso y la aceptación por parte de los usuarios finales
- Asegurar la participación de organizaciones de profesionales de la salud locales o nacionales para apoyar en el lugar de trabajo a los valiosos proveedores de atención.
- Siempre que sea posible, incluya el conocimiento, las habilidades y la evidencia contenida en los 12 Pasos de los programas educativos continuos y las capacitaciones para ayudar en la práctica a una implementación eficiente.

El ICI prevé que los 12 pasos se implementarán en asociaciones entre los planificadores y gerentes de salud locales y nacionales, los proveedores de atención de maternidad y las comunidades. Idealmente, los 12 pasos de ICI se incorporarán en las directrices y recomendaciones locales y nacionales y serán respaldados por los gobiernos, las agencias de las Naciones Unidas y los mecanismos de financiamiento de la salud. Los socios que respaldan ICI pueden proporcionar apoyo continuo a través de sus redes.

Mecanismos De Evaluación Y Calidad De La Ici

La ICI reconoce que la implementación de los 12 Pasos, aunque es importante, no es suficiente en sí misma. La implementación de esta iniciativa debe ir acompañada de procesos de evaluación y mecanismos de mejora de la calidad que sean culturalmente sensibles y se ajusten a las necesidades locales. **La visión de ICI para la mejora de la calidad es una evaluación liderada localmente con participación de la comunidad, basada en paquetes de educación y capacitación de fácil acceso y (cuando sea necesario) respaldada por expertos (inter) nacionales o regionales en verificación**. Los resultados

de estos procesos pueden llevar a un estado de reconocimiento[5] para las instalaciones y prácticas como parte de un ciclo continuo de aseguramiento de la calidad. Además, la información provista localmente contribuirá a la ICI como una iniciativa internacional de aprendizaje que se adapta a las lecciones del campo y, por lo tanto, continúa aumentando su capacidad para beneficiar a las madres, los bebés, las familias y los proveedores en todo el mundo.

Los criterios genéricos y los indicadores de proceso desarrollados para cada uno de los 12 pasos se pueden utilizar como un paquete de evaluación mínimo para monitorear y evaluar la implementación de ICI a nivel local. Este paquete incluye un conjunto de cuestionarios para Mujeres Desarrollado por el IMBCO para la evaluación interna y externa. Hay tres cuestionarios, con una base común, que se han adaptado al tipo de parto: un cuestionario para las mujeres que dieron a luz por parto vaginal, uno para las mujeres que tuvieron un parto por cesárea después de un parto, y uno para las mujeres que tuvieron un parto planificado. Los cuestionarios se basan en un conjunto de variables relacionadas con los criterios para los 12 pasos de ICI. Las normas globales descritas en la guía de implementación de 2018 para la Iniciativa de Hospitales / Hospitales Amigable revisada (54) pueden ser adaptadas y utilizadas por las prácticas y las instalaciones para medir la implementación del Paso 12. Evaluación y provisión de atención relacionada con la atención de la familia de bebés y madres receptoras / basadas El modelo requerirá la medición de los aspectos no clínicos de la atención, incorporando las dimensiones de derechos humanos de los servicios de maternidad respetuosos y los dominios de intercambio de conocimientos y experiencias de atención (55). El desarrollo y la validación de una herramienta para medir la atención de maternidad centrada en la persona en entornos de bajos recursos ha demostrado ser útil y también podría adaptarse para la evaluación (56), junto con otras herramientas relevantes desarrolladas para medir las experiencias de las mujeres con la maternidad (57)Además, los asesores pueden utilizar las herramientas de evaluación existentes desarrolladas localmente o desarrollar nuevas que proporcionen información relevante y resultados relacionados con el ICI. Estos pueden incluir listas de verificación para comprobar las políticas escritas y la visibilidad de los materiales de información, educación y comunicación (gráficos murales, carteles, folletos) para la presencia, ubicación, contenido y claridad; y la observación directa de la prestación de atención que debe evidenciar la integración de algunos o todos los 12 pasos de la ICI en los servicios de maternidad.

El personal de práctica de la instalación debe estar capacitado en prácticas reflexivas y evaluación. Las metodologías para evaluar la adherencia a los Principios de la ICI y los 12 pasos variarán, por ejemplo, los auto-informes de las mujeres, en función de las respuestas al cuestionario y las entrevistas privadas en persona con el personal y las mujeres. El anonimato debe mantenerse en todo momento. La recopilación de datos debe ser compatible con las tecnologías de la información (TI) siempre que sea posible.

La ICI prevé que las autoridades locales de salud y de distrito que trabajan en conjunto con los proveedores y las comunidades deben ser promotores principales de la ICI, y que los Ministros Nacionales de Salud deben ser fuertes apoyos. La ICI respalda a las organizaciones asociadas y está dispuesta a trabajar con los gobiernos y grupos locales para liderar el proceso de evaluación, confiando en gran medida en las personas de la comunidad y en la práctica de las instalaciones para garantizar la participación local y la autoevaluación (incluidas las organizaciones locales de mujeres y de salud pública). La evaluación deberá ser terminada, pero no onerosa. Debe llevarse a cabo de manera positiva, con la intención de apoyar el mejoramiento, y no como un proceso de culpa y vergüenza.

5 El ICI reconoce que la certificación ciclos no se factible o deseable en todos los contextos y, por lo tanto, sugiere que el concepto de reconocimiento como un método válido de indicando que una instalación o práctica se dedica a ICI, aplicación y evaluar sus resultados, basados en un conjunto mínimo de indicadores de proceso y de evolución.

Llamado a la Acción de ICI

La Iniciativa Internacional de Parto (ICI por sus siglas en inglés) reconoce la gran inequidad en los recursos y el acceso a la atención de maternidad de calidad en todo el mundo. El desafío para el siglo XXI es aumentar el acceso a cuidadores calificados y atención de emergencia cuando estos no están disponibles, al tiempo que se reduce el uso excesivo y la infrautilización de las intervenciones médicas, se aumenta la comprensión de la fisiología normal del parto y la lactancia materna, y se mejora la calidad de la salud materna y del recién nacido brindada en todos los países del mundo.

La ICI proporciona una plantilla para que los servicios de maternidad tomen medidas con la intención de promover y brindar atención segura y respetuosa de maternidad, al brindar Pasos claros para implementar servicios de maternidad basados en evidencia en todo el mundo y reconociendo la interacción entre la díada Madre-Bebé y su entorno familiar y social, como sus interacciones con los proveedores y sistemas de salud. La ICI ha se ha visto respaldada por organizaciones de profesionales de la salud, grupos de defensa y organizaciones de educación para el parto, y el apoyoa ella se encuentra en crecimiento.

Los 12 Pasos de ICI incluyen la promoción de la compasión y la dignidad en la provisión de atención, para garantizar el acceso a una atención asequible y adoptar un modelo de atención de maternidad de Mamá-Bebé-Familia. Otros pasos incluyen la provisión de apoyo rutinario durante el parto y el alumbramiento, el uso apropiado del alivio del dolor no farmacológico y la práctica basada en la evidencia, incluyendo evitar procesos que pueden ser dañinos. Los pasos abordan medidas para mejorar la salud y el bienestar y cuidado de emergencia apropiado con la colaboración y comunicación entre los tipos de proveedores y niveles de atención. La ICI promueve una política de recursos humanos de apoyo e incorpora plenamente la iniciativa de Hospital Baby-friendly. La ICI también apoya la implementación de sus 12 pasos y mecanismos propios de mejora de la calidad que puedan utilizarse para supervisar el proceso, efectos y la participación en servicios de maternidad segura y respetuosa.

Se solicita apoyo y respaldo a la Iniciativa Internacional de Parto de personas y organizaciones, incluidos gobiernos locales y nacionales, agencias de financiación de la salud de la ONU,y de ONG (inter)nacionales de promoción de la salud, además de grupos comunitarios locales que trabajen para mejorar la salud y el bienestar de las madres y los recién nacidos mundialmente.

La Inicitativa De Parto Internacional (ICI)

Los 12 Pasos (versión resumida) para una Atención de Maternidad Segura y Respetuosa de la MadreBebé-Familia

Paso 1 **Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad,** sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información paraelección y privacidad.

Paso 2 **Respetar el derecho de cada mujer para acceder y recibir cuidado no discriminatorio que sea gratis o por lo menos un cuidadoasequible** durante el período de maternidad, teniendo claro que bajo ninguna circunstancia se le puede negar la asistencia una mujer o bebé o retenidos después del parto por falta de pago.

Paso 3 **Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad MadreBebé-Familia de manera rutinaria, integrando un enfoque de práctica y filosofía de la partería** que puede ser practicado por todos los profesionales de la maternidad en todos los entornos y en los niveles de prestación de atención.

Paso 4 **Reconocer el derecho de la madre a un apoyo continuo durante el trabajo de parto y nacimiento,** informarle de sus beneficios y asegurar que ella reciba apoyo de los proveedores y compañeros de su elección.

Paso 5 **Ofrecer comodidad libre de fármacos y medidas de alivio del dolor durante el parto** como primeras opciones seguras. Si las opciones para el alivio farmacológico del dolor están disponibles y son solicitadas, explicar sus beneficios y riesgos.

Paso 6 **Proporcionar prácticas basadas en evidencias beneficiosas para la unidad Madre-Hijo-Familia** a lo largo de todo el periodo de maternidad.

Paso 7 **Evitar procedimientos potencialmente dañinos y prácticas que no tienen suficientes pruebas de un beneficio que compensen el riesgo de rutina y de uso frecuente** en el embarazo normal, trabajo de parto, nacimiento, postparto y período neonatal.

Paso 8 **Implementar medidas que mejoren el bienestar y prevengan enfermedades en la unidad** MadreBebé-Familia, incluyendo la buena nutrición, agua potable, sanidad, higiene, planificación familiar, enfermedades y prevención de complicaciones y educación pre y post natal.

Paso 9 **Proporcionar tratamiento obstétrico, neonatal y de emergencia apropiado** cuando sea necesario. Asegurar que su personal esté entrenado en reconocer las posibles complicaciones y condiciones peligrosas y en proveer tratamiento de estabilización eficaz, y tener vínculos establecidos para consulta y un sistema de referencia segura y eficaz.

Paso 10 **Implementar una política de apoyo de recursos humanos** para reclutamiento y retención de personal, y asegurar que su personal esté seguro, sea respetado y le permita proporcionar un cuidado con buena calidad, colaboración y atención personalizada a mujeres y recién nacidos en un ambiente de trabajo positivo.

Paso 11 **Proporcionar una atención colaborativa continua** con todos los proveedores relevantes de salud, instituciones y organizaciones con los planes establecidos y comunicación logística, consulta y referencia entre todos los niveles de atención.

Paso 12 **Lograr los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigable para el bebé (2018) revisada-** Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en instalaciones de prestación de servicios de maternidad.

Por favor acceda a ICI a **www.internationalchildbirth.com** para leer los 12 pasos y aprender más acerca de los antecedentes, principios, y objetivos de la iniciativa.

Referencias

1. Davis-Floyd R, Pascali-Bonaro D, Leslie M, Ponce de Leon R. The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to create optimal maternity care worldwide. Int J Childbirth. 2011;1(3):196-212.

2. International Federation of Gynecology & Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015;128(2):95-9.

3. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2006 [Available from: http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/.

4. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 [Available from: http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.

5. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. International Covnant on Civil and Political Rights 1966 [Available from: http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx.

6. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women [Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm.

7. Assembly UNG. Declaration of the Elimination of Violence Against Women 1993 [Available from: http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm.

8. United Nations High Commissioner. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights 2010 [Available from: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf.

9. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Beijing Declaration and Platform for Action. The Fourth World Conference on Women 1995 [Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf.

10. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care. The White Ribbon Alliance. The Universal Rights of Childbearing Women Washington DC2011 [Available from: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf.

11. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. Reproductive Health. 2017;14:66.

12. World Association for Infant Mental Health. WAIMH Position Paper on the Rights of Infants. Perspectives in Infant Mental Health. 2016 [Available from: https://www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3361.

13. United Nations. United Nations Convention on the Rights of the Child: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989; entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49 2018 [Available from: http://www.ohchr.org/en/.

14. United Nations. Committee on the Rights of the Child 2015 [Available from: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf.

15. World Health Organization, OECD, The World Bank. Delivering quality health services - A global imperative for universal health coverage: World Health Organization,; 2018 [Available from: http://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/en/.

16. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health New York2015 [Available from: http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/.

17. Buckley S. Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care Washington, DC2015 [Available from: http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing-all-fact-sheets.pdf.

18. Avery M, Bell A, Bingham D, Corry M, Delbanco S, Leavitt Gullo S, et al. Blueprint for Advancing High-Value Maternity Care Through Physiological Childbearing 2018 [Available from: http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/blueprint-for-advancing-high-value-maternity-care.pdf.

19. World Health Organization. Standards for Improving quality of maternal and newborn health care in health facilities Geneva: WHO; 2016 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1.

20. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities Geneva: World Health Organization,; 2018 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1.

21. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1.

22. World Health Organization. WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Geveva: World Health Organization,; 2018 [Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/.

23. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLOS ONE. 2018;13(4):e0194906.

24. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. The Lancet. 2017;389(10064):77-90.

25. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. The Lancet. 2017;389(10064):91-102.

26. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. The Lancet. 2017;389(10064):103-18.

27. Unicef, World Bank Group, World Health Organization, EDCAN, The Partership for Maternal nCH, Every Woman Every Child. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential Geneva: World Health Organization, ; 2018 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1.

28. World Health Organization. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva; 2010.

29. Jones E, Lattof SR, Coast E. Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17:267.

30. Nursing and Midwifery Board of Australia. Midwife Standards for Practice 2018 [Available from: http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards/Midwife-standards-for-practice.aspx.

31. White Ribbon Alliance. Self Care. A Cost Effective Solution for Maternal, Newborn & Child Health for All [Available from: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/White-Ribbon-Alliance-Self-care-Policy-Brief.pdf.

32. What is Patient-Centered Care? : NEJM; 2017 [Available from: https://catalyst.nejm.org/what-is-patient-centered-care/.

33. World Health Organization. Framework on Integrated People-Centred Health Services. Provisional agenda item 16.1 Sixty-Ninth World Health Assembly 2016 [Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1.

34. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. Maternal and Child Health Journal. 2012;16(2):297-305.

35. Morgan L. Conceptualizing Women-Centred Care in Midwifery. Revue Canadienne de la recherche et de la pratique. 2015;15(1):8.

36. de Labrusse C, Ramelet A-S, Humphrey T, Maclennan SJ. Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature. Women's Health Issues. 2016;26(1):100-9.

37. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. European Journal of Midwifery. 2018;2(May).

38. International Confederation of Midwives. International Confederation of Midwives. Vision and Mission. : International Confederation of Midwives,; [Available from: https://internationalmidwives.org/who-we-are/vision-mission/.

39. Obstetrics IFoGa. FIGO Vision, Mission and Commitments: International Federation of Gynecology and Obstetrics; [Available from: https://www.figo.org/figo-vision-mission-and-commitments.

40. International Pediatric Association. Mission & Objectives [Available from: http://ipa-world.org/page.php?id=141.

41. World Organization of Family Doctors. Global Family Doctors [Available from: http://www.globalfamilydoctor.com/.

42. Government of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines 2017 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines/preface.html.

43. Institute for Patient-and family-Centered Care. PFCC best Practices: Patient-and Family-Centered Care [Available from: http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html.

44. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. Gates Open Res. 2017;1(1).

45. International Confederation of Midwives. Core Document. Philosophy and Model of Midwifery Care- ICM Core Document 2014 [Available from: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf.

46. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet. 2014;384(9948):1129-45.

47. WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, et al. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth. The 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, IPA 2018 [Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en/.

48. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;7:Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

49. SOGC. 2018. J Obstet Gynaecol Can. Clinical Practice Guideline No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Manaagement;40(2):227-45.

50. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(5).

51. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee (WHO/MCA/17.07) Geneva: World Health Organization; 2017 [Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/.

52. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet. 2016;388(10056):2176-92. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6. Review.

53. Lamaze International, World Health Organization. Healthy Birth Practice, World Health Organizations Recommendations 2018.

54. Unicef, World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf.

55. MHTF Blog. Measuring Person-Centered Maternal Health Care 2018 [Available from: https://www.mhtf.org/2018/02/14/measuring-person-centered-maternal-health-care/.

56. Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. Reproductive Health. 2017;14(1):118.

57. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17(1):203.

El Equipo de Desarrollo de ICI

FIGO Comité de Maternidad Segura y Salud delReciénNacido (SMNH)

Gerard H. A. Visser MD, PhD, FRCOG; Chair FIGO SMNH Committee; Emeritus Professor of Obstetrics, University Medical Center, Utrecht, the Netherlands

Diogo Ayres-de-Campos MD, PhD; Member FIGO SMNH Committee; Professor, University of Lisbon School of Medicine, Lisbon, Portugal

Maria Fernandia Escobar-Vidarte MSC, MD Critical Care Medicine; Member FIGO SMNH Committee; Chief of the Obstetrical Critical Care Unit, Fundacion Valle del Lili and Universidad ICESI, Cali, Colombia

Carlos Fuchtner MD; FIGO President-elect (2018-2021); Member FIGO SNMH Committee; Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, University Gabriel Rene Moreno, Maternidad Percy Boland, Santa Cruz, Bolivia

Claudia Hanson PhD, MD Obs & Gyn; Member ICI Executive Group; Past-Member FIGO SMNH Committee; Associate Professor, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden and London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

André Lalonde MD, RCSC; Member ICI Executive Group; Former Chair FIGO SMNH Committee; Member FIGO Capacity and Education Committee; Professor of Obstetrics and Gynecology, McGill and Ottawa Universities, Ottawa, Canada

Suellen Miller CNM, PhD; Past-Member FIGO SMNH Committee; Director, Safe Motherhood Programs, Professor, Dept. of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Services, Bixby Center for Global Reproductive Health and Policy, University of California, San Francisco, CA, USA

William Stones MD, FRCOG; Past-Chair and Member FIGO SMNH Committee; Professor, Departments of Public Health and Obstetrics and Gynaecology, Malawi College of Medicine, Blantyre, Malawi

IMBCO Junta Directiva

Debra Pascali Bonaro BEd, LCCE, BDT/PDT (DONA); Member ICI Executive Group; IMBCO Chair; International Speaker, Consultant, and Doula Trainer, River Vale, New Jersey, USA

Robbie Davis-Floyd PhD, FSfAA; IMBCO Board Member; Lead Editor for the MFCI, the IMBCI, and the ICI; Dept. of Anthropology, University of Texas Austin, Austin, Texas, USA

Rae Davies BSH, LCCE, BDT (DONA); IMBCO Administrative Director; CEO The Birth Company, Ponte Vedra Beach, FL, USA

Kathy Herschderfer RM; Member ICI Executive Group; IMBCO Board Member; Past-Member FIGO SMNH Committee; Independent SRHR Consultant-Advisor, the Netherlands

Mayri Sagady Leslie CNM, FACNM; IMBCO Board Member; Director of Midwifery, George Washington School of Nursing, Washington DC, USA

Amali Lokugamage MD, MBChB, Bc, MSc, FRCOG, SFHEA; IMBCO Board Member. Whittington Health NHS Trust and University College London Medical School, London, UK

Soo Downe BA (Hons), PhD, RM, MSc, OBE; IMBCO Board Member; Professor of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston, UK

Daphne Rattner MD, PhD, MPH; IMBCO Board Member; University of Brasilia; President of the Brazilian Network for the Humanization of Childbirth, Brasilia, Brazil

Helene Vadeboncoeur PhD, MSc; IMBCO Board Member; Childbirth Researcher, Dunham, Quebec, Canada