

**PERFIL DE LOS SERVICIOS DE
PARTERÍA EN LAS AMÉRICAS:
*Modelos de atención del parto***

*THS/OS/05/6
Original en Inglés*

Preparado por:
*Dr. Karen Odberg Pettersson, RNM, MNsc, MPH, PhD
Kari Stone, BSN, MPH*



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

*Borrador - May 2005
Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS)
Unidad de Organización de Servicios de Salud (THS/OS)*

Perfil de los servicios de partería en las Américas

Modelos de atención del parto

Una revisión bibliográfica

May 2005

CARÁTULA EN POWER POINT



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Preparado por:

Dr. Karen Odberg Pettersson, RNM, MNsc, MPH, PhD

Kari Stone, BSN, MPH

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y todos los derechos son reservados por la Organización. Este documento puede, sin embargo, ser libremente revisado, resumido, reproducido y traducido, en todo o en parte, siempre que el crédito total se le de a la fuente y que el texto no se use para propósitos comerciales.

ÍNDICE

PRÓLOGO	v
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES GENERALES	3
1. La partería	3
2. Atención calificada del parto	4
3. La situación de la salud materna en la Región de las Américas	4
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVO	9
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	13
1. Resumen de la revisión bibliográfica.....	13
2. Terminología utilizada para referirse a los profesionales que brindan asistencia materna y servicios de partería.....	14
3. Modelos de atención de parto identificados	14
DISCUSIÓN	33
1. Cuestiones metodológicas.....	33
2. Resultado materno y neonatal del parto en relación con el modelo de asistencia	34
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS	43
ANEXOS	
ANEXO I: CUESTIONARIO PARA ELABORAR UN PERFIL DE LOS SERVICIOS DE PARTERÍA EN LAS AMÉRICAS	49
ANEXO II: PROTOCOLO DEL ESTUDIO DE CASOS PARA ELABORAR UN PERFIL DE LOS SERVICIOS DE PARTERÍA EN LAS AMÉRICAS	63

PRÓLOGO

La partería profesional se considera la "parte esencial" del equipo obstétrico y la espina dorsal de la atención moderna prenatal y de parto. La experiencia en la historia (Suecia y Holanda) así como las pruebas contemporáneas (Chile y Sri Lanka) han indicado que el desarrollo de la cobertura de la partería nacional es la medida más importante para reducir la mortalidad materna y perinatal. Es por otro lado, más notable aún, que tales mejoras tuvieron lugar en países todavía clasificados como países de bajos ingresos.

Los conceptos fundamentales que describen la función de la partera son “adecuado” y “cobertura”. Adecuado se refiere a tener la base correcta en educación y adiestramiento, los cuales a su vez responden a las metas específicas de cuidar el embarazo y el parto normal, es decir aplicar los ejercicios “de partería” basados en pruebas y los procedimientos mientras se está preparado para intervenir sólo cuando es requerido. De manera interesante, la palabra ‘obstetric’ se deriva del vocablo griego “obstetros”, que significa espera, estando al lado, un concepto usado ya para las parteras en la Grecia Antigua. Por otro lado, los médicos han llevado a la atención del parto a tender a tasas de intervenciones quirúrgicas altas no motivadas, resultando frecuentemente en complicaciones maternas y neonatales. Adecuado también refiere a la sensibilidad cultural y social, aspectos que son particularmente importantes para los prestadores de asistencia sanitaria maternos en relación con las poblaciones pobres y vulnerables. Finalmente, adecuado también incluye el aspecto costo-eficiencia debido a que la educación y los sueldos de los médicos son más costosos en comparación que la educación y los sueldos de las parteras.

La “cobertura” es más fácil de lograr en todo un país y en particular en las zonas rurales, si a las personas de la periferia se les da el acceso a la educación de salud materna. En general, más que 50% de mortalidad materna y neonatal ocurre en zonas rurales, esta es una excelente justificación para promover la cobertura con profesionales competentes. La educación médica avanzada (médicos), sin embargo, predispone a que la población viva en la ciudad mientras que la educación de partería, al ser de nivel medio, parece favorecer el modelo de cobertura nacional y la reducción exitosa de la mortalidad materna, como se observó en Chile.

Para diseñar el perfil de los servicios de partería en las Américas se tiene que explorar la extensión de los servicios de partería y sus prácticas. Esta información es necesaria para que los países Miembros de la OPS puedan evaluar los servicios de salud materno, atención neonatal y sus resultados con relación a: i) la prevalencia del sistema de atención de salud materno; y, ii) las normas de la OMS basadas en la experiencia internacional y la investigación. Los problemas que se identifiquen podrán ser tratados escogiendo otro modelo de atención. Más aún, el tema costo-efectividad de los servicios de salud materno debe ser enfatizado puesto que en muchos países de medio y bajos recursos no pueden acceder al modelo del médico, ni tampoco las mujeres individualmente ni sus familias pueden pagar la atención del modelo médico.

El proceso de preparar el perfil de los servicios de partería comenzó en diciembre de 2003 al desarrollar un cuestionario, el cual se espera que todos los Estados Miembros respondan. Un protocolo

de estudio de casos, para ser usado en países seleccionados que representan todas las regiones de las Américas fue también completado en 2003. Estos instrumentos y el estudio del perfil fueron presentados en la Primera Conferencia Regional de Parteras en las Américas, organizada por la “Confederación Internacional de Matronas” (ICM), en Trinidad y Tobago, siendo una excelente oportunidad para reunirse con las parteras de todo el continente y de comprometerlas para el próximo estudio.

La revisión bibliográfica real se realizó durante el período abril-junio de 2004, resultando en la identificación de cinco modelos de atención practicados en toda la Región. Los modelos serán comparados con la información provista en la encuesta y en los estudios de casos y se revisará si los datos actuales presentan una información distinta o más nueva.

Una variedad de sociedades que colaboran están envueltas, entre éstas hay sociedades regionales, nacionales y universidades locales, y asociaciones profesionales. El esquema del estudio se irá perfilando a medida que los cuestionarios sean devueltos y los estudios de caso sean compartidos. Más aún, estudios comparando los resultados se planifican para el Brasil, uno de los países miembros de la OPS.

RESUMEN

Este documento es en realidad el primer paso de los tres —revisión bibliográfica, estudio por medio de un cuestionario y estudio de casos seleccionados— que conforman la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para elaborar un perfil de los servicios de partería y el ejercicio de la profesión en Región de las Américas. Diversos socios colaboradores participan en esta iniciativa, entre ellos asociaciones de enfermería y universidades regionales, nacionales y locales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado su inquietud por las altas tasas constantes de mortalidad materna y perinatal, que se atribuyen en gran medida al lento avance en el proceso de introducir asistentes de partería calificados durante el embarazo y el parto. En el año 2000 se lanzó una estrategia denominada “5 + 5” que tiene como objeto ayudar a las naciones a brindar atención calificadas a mujeres embarazadas y en trabajo de parto. Una de las muchas iniciativas relacionadas con esta estrategia es la elaboración del perfil mundial de la partería que la OMS está llevando a cabo en Ginebra en la actualidad.

Las parteras son consideradas en todo el mundo como un actor clave para mejorar la salud materna y perinatal. Las pruebas históricas y contemporáneas (Holanda, Suecia, Sri Lanka y Chile) indican que la mortalidad materna y perinatal se puede reducir mediante la introducción de parteras con un alto nivel de formación en el nivel de atención primaria, así como también en la secundaria y terciaria. Sin embargo, la OMS ha introducido un nuevo concepto que describe a profesionales considerados esenciales en el esfuerzo por mejorar la salud materna, denominados “asistentes de partería calificados”, es decir, personas con conocimientos de partería, lo que incluye no sólo a parteras sino también a médicos y enfermeras. Esto puede relacionarse con el hecho de que muchos países no forman parteras sino que dependen de médicos y enfermeras con conocimientos obstétricos para atender a las mujeres durante el parto.

La salud materna en la Región de las Américas, medida por la mortalidad materna, es sumamente diversa. Las estadísticas actuales de Canadá y los Estados Unidos, similares a las de otros países de altos ingresos (< 10/100.000 nacidos vivos), contrastan con las de Haití, que tiene una mortalidad materna mayor a 500/100.000 nacidos vivos. De todas formas, la salud materna en las Américas se encuentra en una situación más avanzada que en otras regiones del mundo, en especial África.

La finalidad de esta revisión bibliográfica es identificar el sistema de atención materna elegido por cada país, con un énfasis especial en la partería como profesión. La amplia búsqueda realizada en bases de datos obtuvo resultados limitados, en particular en la región del Caribe y América del Sur, a excepción de Chile, México y Brasil.

Se identificaron cinco modelos de atención del parto, de los cuales sólo uno estaba integrado principalmente por parteras profesionales (Modelo III). Este modelo incluye a Chile, Perú, Belice, Costa Rica y los países no latinos del Caribe. La partería profesional limitada o con algún grado de avance (Modelo IV) se encontró en países como la Argentina, el Brasil, los Estados Unidos y Canadá. La partería tradicional combinada con asistencia obstétrica institucional brindada principalmente por médicos y enfermeras (Modelo I y II) prevalece en México, Haití, el Istmo centroamericano y parte de la región andina. El Modelo V, asistencia obstétrica institucional sin partería profesional, se aplica en Cuba y Colombia.

En conclusión, la partería profesional se encuentra subdesarrollada en todas la Región de las Américas, excepto por la región no latina del Caribe, y la atención del parto está sumamente dominada por los médicos y presenta un alto nivel de medicalización, con altas tasas de cesáreas. Las tasas de mortalidad materna son más elevadas en aquellos países donde el porcentaje de asistentes calificados es bajo (Modelo I y II). Por lo tanto, se recomienda que los ministerios de salud de los diversos países consideren las pruebas históricas y contemporáneas que indican que la partería profesional generalizada a escala institucional y comunitaria es la clave principal para mejorar la salud materna y perinatal. La partería tradicional no debe reemplazarse antes de que la atención capacitada se encuentre disponible sino que, por el contrario, se debe promover la colaboración entre las parteras tradicionales y profesionales para alentar a las mujeres a que busquen atención profesional durante el parto.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pasado de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos inicial al proyecto de “Reducción de los riesgos del embarazo” dentro de una iniciativa mundial para mejorar la salud materna y perinatal. En diciembre de 2000, una mayoría de 189 países respaldó la Declaración del Milenio, una de cuyas metas clave consiste en reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015.

Según la OMS, en la mayor parte de los países existen cuatro tipos clave de profesionales que brindan atención materna y al recién nacido, de los cuales sólo las dos primeras categorías entran dentro de la definición de un asistente de partería calificado.

- Médicos generales con conocimientos de partería y obstetras o ginecólogos
- Parteras profesionales y enfermeras o parteras
- Profesionales sanitarios sin conocimientos de partería: un grupo heterogéneo que puede hacerse cargo de algunas partes de las intervenciones con eficacia, pero sólo bajo supervisión
- Parteras tradicionales, familiares y, no menos importantes, las mujeres mismas

Sin embargo, es lento el avance de los países para aumentar el acceso a la asistencia calificada y, por consiguiente, la OMS sostiene que es el momento de integrar esta iniciativa en los planes nacionales de salud y desarrollo. Por lo tanto, la OMS propone un marco de responsabilización para las acciones urgentes y concertadas, tanto a escala internacional como nacional, que tenga como objeto ayudar a los actores clave a identificar y cumplir con sus funciones y responsabilidades centrales, con el fin de lograr una asistencia calificada durante el embarazo y el parto (OPS, 2000). La estrategia 5 + 5 propuesta incluye los siguientes componentes para reducir la morbilidad materna y de los recién nacidos (recuadro 1).

Recuadro 1. La estrategia 5+5

5 colaboradores clave	5 estrategias clave
Profesionales sanitarios a todos los niveles	Fijar normas y pautas que definan la atención que los asistentes calificados deben proporcionar
Mujeres, familias y comunidades	Desarrollar, desplegar y administrar los recursos humanos para asegurar que haya asistentes calificados donde se los necesite
Gobiernos nacionales, instituciones de salud pública y de enseñanza	Fortalecer (crear) un entorno favorable dentro del sector de la salud y la comunidad
Sector privado y organizaciones filantrópicas	Movilizar los recursos humanos, financieros y de conocimiento
Organismos donantes y técnicos internacionales	Realizar un seguimiento y evaluación

Como una ampliación natural de esta propuesta, la OMS emprendió la elaboración del mapa mundial actual de los servicios de maternidad, en el que se incluye el mapa de los servicios de partería como un elemento específico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidió emprender esfuerzos similares para delinear los servicios de partería y el ejercicio de esta profesión en la Región de las Américas y el Caribe. Esta iniciativa se llevará a cabo en colaboración con varios socios, entre ellos la University of West Indies, la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), la Confederación Internacional de Matronas (CIM), los centros colaboradores de la OMS para enfermería y partería, asociaciones a nivel de país (ministerios de salud, universidades y asociaciones de enfermería y partería), la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), la universidad de Halmstad (Suecia).

ANTECEDENTES GENERALES

1. LA PARTERÍA

La Confederación Internacional de Matronas (CIM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) han definido a la partera como una “persona que, habiendo ingresado como alumno regular en un programa de formación en partería, debidamente reconocido en el país en que se encuentra, ha completado con éxito el programa obligatorio de estudios en partería y obtenido las calificaciones requeridas para registrarse o matricularse legalmente para ejercer la partería. Debe poder brindar la supervisión, la atención y el asesoramiento necesarios a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período posparto; debe poder realizar partos bajo su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye poder implementar medidas preventivas, detectar condiciones anormales tanto en la madre como en el niño, obtener asistencia médica y poner en práctica medidas de urgencia en caso de no contar con ayuda médica. Cumple una tarea importante en la educación y orientación sanitarias, no sólo para las mujeres, sino también dentro de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación familiar y el cuidado infantil. Puede ejercer en hospitales, consultorios, unidades sanitarias, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio” (CIM/FIGO/OMS, 1992).

A escala mundial, la función de la partera tradicionalmente ha sido ayudar a las mujeres durante un parto normal. Sin embargo, como se puede apreciar en la definición anterior, sus áreas de competencia se han ampliado para incluir atención de urgencia cuando no se cuenta con asistencia médica. Las aptitudes que se enseñan a las parteras varían según el lugar que ocupan dentro de los servicios de atención materna. Sin embargo, es probable que, cuanto más periférica sea la ubicación de la partera, más responsabilidades se espere que asuma (Liljestrand, 1998).

Tanto las pruebas históricas como las contemporáneas muestran que la introducción de parteras calificadas desempeña un papel importante en la reducción de la mortalidad materna. En Chile, por ejemplo, hace mucho tiempo que se establecieron parteras profesionales en cada comunidad y se considera que han tenido una repercusión significativa sobre la baja mortalidad materna, de 26/100.000 nacidos vivos (Segovia, 1998). Algunos países como Sri Lanka y Tailandia también introdujeron parteras capacitadas en todos los niveles de los servicios de atención materna, lo que se considera que ha tenido una influencia positiva en la salud materna (Brouwere y Lerberghe, 2001).

Las parteras calificadas han sido consideradas como la “parte esencial o eje” del equipo obstétrico (Kwast y Bentley, 1991) y la “espina dorsal” de la atención moderna del parto (Liljestrand 1998). Sin embargo, necesitan contar con un entorno favorable, que incluya conocimientos teóricos y prácticos adecuados, equipos y medicamentos esenciales y un sistema de derivación funcional, para poder proporcionar una atención de calidad que tenga una repercusión favorable sobre la salud materna y neonatal (Maclean, 2003).

La partería se ejerce de diversas maneras en todo el mundo y existe una gran polémica entre las parteras sobre el modelo que se debería adoptar. El “modelo de atención con parteras” se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son hechos normales de la vida con los que no debe interferirse

a menos que haya complicaciones, e incluye un seguimiento del bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y su familia a lo largo de todo el ciclo de la maternidad. Este modelo se centra en la mujer y en él la partera cumple una función autónoma, es decir, ejerce su profesión sin la supervisión de médicos y obstetras.

Sin embargo, existen otros modelos de asistencia de partería, entre los que se destacan: a) la partera dentro de un equipo de salud pública al nivel de la comunidad y b) la partera dentro del equipo obstétrico al nivel institucional. La autonomía de la partería varía según los sistemas nacionales de salud. En Suecia, por ejemplo, las parteras están habilitadas para ejercer su profesión donde lo deseen. Sin embargo, como los servicios de atención materna están institucionalizados, la partera funciona principalmente dentro de un equipo obstétrico. Controla los partos y el trabajo de parto tanto normales como anormales, pero en estrecha colaboración con los obstetras de guardia.

2. ATENCIÓN CALIFICADA DE PARTO

Según la OMS, “asistente de partería calificado” denomina exclusivamente a una persona con conocimientos de partería, como las parteras (o comadronas o matronas), los médicos y las enfermeras que han recibido la formación necesaria para atender partos normales y diagnosticar, controlar o derivar cualquier complicación obstétrica (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999). Este profesional de la salud es la persona clave en el flujo continuo del proceso del modelo de atención. Al abordar las necesidades de las mujeres embarazadas, el proceso continuo de la atención, es decir, el flujo de los servicios de un nivel a otro (de bajo a alto riesgo y la atención de urgencia) debe ser una prioridad. La continuidad de la atención requiere un sistema sanitario funcional y la infraestructura necesarias, además de una comunicación y colaboración eficaz y adecuada no sólo entre los profesionales sanitarios calificados sino también con las parteras tradicionales, que brindan asistencia a un gran número de mujeres durante el parto.

Al analizar los servicios de asistencia materna, en especial en países de ingresos bajos y medios, resulta esencial establecer la razón por la cual hay una escasez de asistentes calificados y cómo se distribuye dicha escasez dentro de la población. Es un hecho que la morbilidad materna y perinatal es mayor entre la población más vulnerable (De Brouwere y Lerberghe, 2001), que a menudo reside en zonas rurales donde los servicios son escasos. Para brindar recomendaciones que apunten al grupo más vulnerable de mujeres y que, por lo tanto, puedan reducir la tasa de mortalidad materna resulta crucial explorar la distribución de los servicios dentro de un país.

También se deben considerar otros factores fundamentales al analizar la manera en que se brinda asistencia calificada a todas las mujeres y recién nacidos en un país, y las condiciones obviamente varían ampliamente de un país a otro de acuerdo con factores como la diversidad geográfica, los profesionales sanitarios existentes en la actualidad que brindan servicios de asistencia materna, la organización y la estructura del sistema sanitario, las necesidades específicas identificadas en la población materna, y el sistema de información y seguimiento.

Por otra parte, la situación socioeconómica y política tiene una enorme influencia sobre la disponibilidad de estos servicios. Las poblaciones afectadas por conflictos, por ejemplo, son sumamente vulnerables y a menudo no cuentan con asistencia a raíz de desplazamientos internos, que muchas veces también afectan a los profesionales sanitarios.

3. LA SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A pesar de que la tasa general de mortalidad materna para América Latina y el Caribe se calcula en 190/100.000 nacidos vivos, la Región de las Américas presenta grandes desigualdades en la mortalidad materna en comparación con otras regiones del mundo (OPS, 2002). Canadá informa una

tasa de mortalidad materna de 4/100.000 nacidos vivos (el riesgo de mortalidad es de una mujer por cada 8.700 partos) en comparación con Haití, que informa 523/100.000 nacidos vivos (el riesgo de mortalidad es de una mujer por cada 29 partos). Las desigualdades resultan obvias también dentro de las regiones. Chile, por ejemplo, tiene una tasa de mortalidad materna de 23/100.000, mientras que la de Bolivia es de 390/100.000 nacidos vivos. Es más, también hay grandes diferencias dentro de los mismos países. En Bolivia, la tasa de mortalidad materna va de 36 a 937 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, lo que muestra las desigualdades que existen entre los distritos urbanos y rurales, característica que también se observa en Nicaragua (Pettersson et al., 2002).

Las causas más comunes de mortalidad materna incluyen hemorragias, septicemia y toxemia, seguidas por complicaciones del puerperio. Se cree que el aborto es un factor importante que contribuye a la mortalidad materna. A pesar de que 20 países de la Región ya han reconocido esto (OPS, 2002), otros países evitan incluir las cifras de abortos en las estadísticas nacionales (Pettersson et al., 2002). Aunque muchas complicaciones del parto que conducen a la defunción materna de manera directa pueden ser atribuidas a factores inevitables, la OMS ha señalado a la infección por el VIH/SIDA como un factor fundamental en algunos casos de defunciones maternas. Se calcula que más de 300.000 mujeres se encuentran infectadas por el VIH, la mayor parte en la región del Caribe. Haití también es un país sumamente afectado; en 1996, alrededor de 13% de las mujeres embarazadas tuvieron un resultado positivo con la prueba del VIH (OPS, 2002).

Otro problema grave es la elevada tasa de embarazos en adolescentes. En Nicaragua, por ejemplo, es habitual que las adolescentes que carecen de perspectivas para su futuro vean en la maternidad una oportunidad de “tener algo propio” (Pettersson et al., 2002).

La cantidad de mujeres que dan a luz con asistencia calificada es bastante alta en la Región, aproximadamente 75% (OPS, 2003), lo que probablemente indica que la asistencia que reciben es inferior al promedio.

Las Américas también es una Región donde las mujeres en muchos países son asistidas predominantemente por médicos u obstetras durante el parto. En consecuencia, la atención del parto a menudo incluye mayores tasas de cesáreas y prácticas de rutina que, de acuerdo con la investigación objetiva, se han encontrado contraindicadas (episiotomías) o inválidas (la rasuración y los enemas) (Enkins, Keirse, et al., 2001).

La Región ha experimentado grandes cambios, caracterizados por un número cada vez mayor de democracias, inestabilidad política y guerras, al igual que por una corrupción generalizada a escala gubernamental. Aunque los gastos sanitarios nacionales han aumentado en alguna medida, pareciera que la inflación y la asignación de los fondos a servicios tecnológicos especializados han “consumido” el dinero adicional.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La partería, tanto como una especialidad de la enfermería como una profesión a la que se ingresa de manera directa, ha contribuido de manera considerable a la salud maternoinfantil en las Américas durante los últimos decenios. Muchos de países del Caribe y de América latina, que cuentan con una larga trayectoria en servicios de partería o enfermería-partería (Chile, Costa Rica y Uruguay) han mejorado la salud materna y neonatal, mientras que otros países con parteras profesionales y enfermeras o parteras todavía no han logrado los mismos resultados positivos para las madres y los recién nacidos.

Aún no se ha analizado de manera sistemática la contribución real y potencial que ofrece la partería en la reducción de los riesgos del embarazo para las madres y los recién nacidos en los países de la región, una tarea que se considera crucial para poder proporcionar recomendaciones y asistencia técnica a los países.

OBJETIVO

- Orientar el apoyo futuro de la OPS a los países de la región para los servicios de partería y la salud maternoinfantil.
- Contribuir a la iniciativa de la OMS para elaborar un perfil mundial de los servicios de partería y el ejercicio de esta profesión.
- Complementar otros trabajos con el fin de abordar el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la asistencia calificada en el parto.

METODOLOGÍA

La elaboración del perfil de la partería consiste en realizar un análisis descriptivo de la situación de los servicios de partería y la formación de las parteras en la región de las Américas por medio de un cuestionario (anexo I). Se espera que cada país realice una encuesta que incluya datos demográficos y otros indicadores básicos, e información sobre los servicios nacionales de salud materna, la provisión de servicios de salud materna, la contribución de las parteras tradicionales a la asistencia materna, la formación de enfermeras y parteras y la legislación que regula el ejercicio de la enfermería y la partería.

El cuestionario ha sido examinado por colegas de varias instituciones y probado en la práctica en Jamaica, donde se le agregaron unos pocos elementos que reflejaron el entorno jamaicano y del Caribe. El cuestionario se traducirá al español, el portugués y el francés para obtener información de base de cada uno de los 35 países de la Región. Se alienta a que cada país proporcione páginas adicionales con información pertinente sobre sus servicios de atención materna y el ejercicio de la partería. Los cuestionarios se analizarán por medio de la estadística descriptiva.

Con el fin de lograr una comprensión más integral de los factores que influyen en la disponibilidad y el uso de la asistencia materna y los servicios de partería, se realizará un análisis minucioso con el enfoque de estudio de casos (anexo II) en algunos países seleccionados, al menos un país de cada una de las subregiones. El análisis se conducirá de manera estadística y cualitativa.

Además se llevó a cabo una revisión bibliográfica, que se presenta en este informe, a fin de determinar los modelos de asistencia materna en la Región de las Américas. Esta revisión bibliográfica se realizó por medio de los siguientes motores de búsqueda: Pubmed, Popline, WHOLIS, Pop Planet, Lilacs Express, la colección de enfermería de EBSCO, EBSCO Alt Health Watch, Elsevier Science Direct y SCIELO. También se consultaron una serie de enlaces que aparecieron en los distintos sitios web.

Se creó un catálogo para cada país de la región, en el que se introdujo la información esencial relacionada con la asistencia materna y los servicios de partería.

RESULTADOS

1. RESUMEN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En Pubmed, no se encontró bibliografía para cinco Estados Miembros del Caribe (Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Suriname) y en Popline se encontraron dos artículos pertinentes relacionados con Granada. La información disponible, bastante limitada, se extrajo de sitios web que proporcionaban perfiles de los países (OPS, www.Earthtrends) e informaban el porcentaje de asistencia calificada del parto, pero no diferenciaban los distintos profesionales sanitarios involucrados. También se obtuvo información valiosa acerca del Caribe a través de información personal (Hewitt, 2004; Conferencia CIM, 2004).

Una gran cantidad de resultados de la búsqueda, especialmente en Pubmed, fueron cartas de parteras que visitan los diversos países y más de 60% de los abstracts o resúmenes no se encontraban disponibles. Aproximadamente 70% de los artículos se encontraron al buscar con las palabras “midwife” (partera, matrona o comadrona) y “midwifery” (partería).

A continuación figura un resumen de los resultados y la cantidad de estudios pertinentes para esta revisión identificados dentro de la región. Más de 70% de todos los resultados relacionados con la partería, las parteras y la formación de parteras fueron idénticos.

Cuadro 1. Resultados de la búsqueda

Palabras de búsqueda	Partería	Formación en partería	Parteras	Enfermera o partera	Material pertinente extraído
Mundo	9.933	3.351	14.429	2.187	
América del Norte	810	205	872	245	31
México	66	26	84	16	5
Istmo Centroamericano	53	23	84	7	19
Caribe Latino	9	3	24	3	6
Región Andina	37	14	52	6	8
Brasil	4	23	45	40	7
Cono Sur	30	16	47	7	12
Caribe no latino	4	7	33	20	15
Total	1.013 (10%)	317 (9,5%)	1.241 (8,6%)	344 (15,7%)	103 (3,5%)

2. TERMINOLOGÍA UTILIZADA PARA REFERIRSE A LOS PROFESIONALES QUE BRINDAN ASISTENCIA MATERNA Y SERVICIOS DE PARTERÍA

Diversos términos y títulos se emplean para designar a los profesionales sanitarios que no son médicos y que brindan asistencia en los partos en las distintas regiones de las Américas. La mayor parte de estos términos se muestra en el Recuadro 1.

Recuadro 1 Terminología de enfermería y partería

Español	País en el cual se utiliza el título o nombre
Matrona	Chile, Bolivia
Enfermera partera	Puerto Rico
Obstetriz	Ecuador, Perú
Enfermera obstetriz	Bolivia, México
Enfermera obstetra	Nicaragua
Obstetriz licenciada	Paraguay, Perú
Obstetriz Técnico	Paraguay
Obstetriz Auxiliar	Paraguay
Obstetriz Rural	Paraguay
Partera tradicional	Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay
Partera empírica	
Comadrona	Guatemala
Portugués	
Enfermeira obstétrica	Brasil
Obstetriz	Brasil
Auxiliar de Obstetriz	Brasil
Parteira tradicional	Brasil
Francés	
Sage femmes	Haití
Inglés	
Certified Nurse Midwife (CNM)	EUA
Certified Midwife (CM)	EUA
Certified Professional Midwife (CPM)	EUA
Nurse/ Midwife	El Caribe
Single Trained Midwife	Jamaica, Guyana
Auxiliary Nurse/Midwife	El Caribe
Lay Midwife (LM)	EUA
Autonomous midwife	Canadá
Rural Health Nurse	Belice

3. MODELOS DE ATENCIÓN DEL PARTO IDENTIFICADOS

Para describir la situación real de los servicios de partería, que según la OMS pueden ser proporcionados por diversos grupos de profesionales siempre que hayan adquirido los conocimientos de partería necesarios (ver Recuadro 2), parecía factible diseñar modelos de los distintos enfoques a la

asistencia que se brinda durante el parto identificados en la bibliografía y categorizar los países de acuerdo con estos modelos.

Recuadro 2a. Aptitudes de partería (ICM, 2002 como descrito en Fullerton, 2003)

- Las parteras tienen las aptitudes y el conocimiento requerido de las ciencias sociales, la salud pública y la ética que forman la base de la atención alta culturalmente pertinente, apropiada para las mujeres, los recién nacidos y las familias.
- Las parteras proporcionan calidad alta, la educación sanitaria cultural y servicios sensibles a todo en la comunidad para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y „X de crianza positiva
- Las parteras proporcionan atención prenatal de calidades altas para maximizar la salud durante el embarazo y ese incluye detección temprana y el tratamiento o referencia de „X de complicaciones seleccionado.
- Las parteras prestan calidad alta, atención culturalmente sensible durante el trabajo de parto, conducen un parto higiénico y seguro y manejan las situaciones de urgencia seleccionadas para maximizar la salud de las mujeres y de los recién nacidos.
- Las parteras proporcionan atención posnatal integral de alta calidad, culturalmente sensible para las mujeres.
- Las parteras proporcionan calidad alta, la atención integral al lactante esencialmente sano del nacimiento a dos meses de edad.

Recuadro 2b. Aptitudes de partería

- Aptitudes y competencias esenciales para las causas principales de mortalidad materna y neonatal
 - Hemorragia
 - Septicemia
 - Preeclampsia y eclampsia graves
 - Trabajo de parto prolongado y obstruido
 - Aborto peligroso
 - Problemas neonatales (asfixia, hipotermia)
 - Aptitudes interpersonales
 - Sensibilidad cultural
 - Capacidad para solucionar problemas y tomar decisiones

Se identificaron cinco modelos:

- I. Partería tradicional y asistencia obstétrica institucional
- II. Asistencia obstétrica institucional y partería tradicional certificada
- III. Partería profesional institucional y comunitaria, y el modelo del equipo obstétrico
- IV. Atención obstétrica institucional, partería profesional institucional y comunitaria limitada o partería con algún grado de avance
- V. Atención obstétrica institucional sin asistencia de partería profesional

3.1 Modelo I: Partería tradicional y asistencia obstétrica institucional

En este modelo, la mayor parte de las mujeres dan a luz en sus hogares con parteras tradicionales, es decir, asistencia no calificada. Los médicos, con la ayuda de enfermeras y enfermeras auxiliares, brindan asistencia a mujeres que necesitan asistencia obstétrica de urgencia.

Cuadro 2. Características de los países clasificados según el modelo I

	Habitantes (en miles)	Situación económica	Alfabetismo femenino	Tasa total fecundidad	TMM/* 100.000	TMI/** 1.000	Atención al nacer	
							Califica	No califica
GUT	12.347	PIMB	63,2	4,2	98,1	39,0	35-40% (MD, E, EA)	65% (PT)
HAI	8.326	PIB	51,1	3,9	523,0	80,3	20-25% (MD, E, EA)	75-80% (PT)

Fuente: Indicadores básicos de la OPS, 2003 y Perfil de los países de la FNUAP, 2003.

Abreviaturas: PT = Partera Tradicional, MD = Médico, E = Enfermera, EA = Enfermera Auxiliar

PIMB = País de ingresos medios bajos, PIB = País de ingresos bajos.

* TMM = Tasa de mortalidad materna, muertos por 100.000 nacidos vivos.

** TMI = Tasa de mortalidad infantil, muertos por 1.000 nacidos vivos.

En *Guatemala*, cerca de 37% de los partos son asistidos por asistentes calificados, 34,1% por médicos y 3,7% por enfermeras y enfermeras auxiliares. Guatemala no forma parteras profesionales. La mayor parte de los profesionales sanitarios residen en las zonas urbanas.

Las zonas rurales, donde vive 65% de la población y se concentran los grupos de alto riesgo, están atendidas en gran parte por auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios rurales, parteras tradicionales y voluntarios sanitarios de la comunidad. No hay un sistema eficaz implantado para las derivaciones y las derivaciones cruzadas (OPS, 1998).

La mayor parte de los partos rurales tienen lugar en el hogar y son atendidos por comadronas (parteras tradicionales) que cobran entre US\$ 1,50 y US\$8 por brindar atención prenatal y obstétrica combinadas (Lang y Elkin, 1997; Gleit y Goldman, 2000). Schieber et al. (1994) no encontraron diferencias significativas en la mortalidad perinatal en el grupo asistido por parteras tradicionales en relación con el grupo atendido por médicos. Sin embargo, se debe tener cierta cautela al considerar estos resultados, ya que los casos tratados por médicos incluyen embarazos de alto riesgo y partos complicados.

La formación de las comadronas varía ampliamente, de netamente empírica a un curso formal (15 días) ofrecido por el Ministerio de Salud Pública. Para aquellas comadronas que aprobaron el curso, el centro de salud distrital celebra reuniones mensuales y ofrece cursos de actualización profesional de tres días cada año si se cuenta con la financiación necesaria (3). Según Gleit et al. (2000), es probable que las comadronas continúen siendo los prestadores clave de atención de embarazos y partos en el futuro aunque aumente el acceso a la asistencia moderna del parto.

La mayor parte de la población de *Haití* vive en la pobreza absoluta (CIA World Fact Book, 2003) y existen grandes disparidades internas en cuanto al acceso a la asistencia calificada durante el parto. Sólo 11% de la población rural recibe asistencia calificada, en contraste con 52% de la población urbana (FNUAP, 2003). Las parteras tradicionales, aproximadamente 11.000, atienden cerca

de 80% de los partos en Haití. Muchas de estas parteras han recibido algún tipo de adiestramiento dentro de un proyecto financiado por el PNUD (OPS, 1998).

Sin embargo, Haití reintrodujo la formación de parteras profesionales en forma de un curso de posgrado de un año para enfermeras. Las parteras profesionales se desempeñarán principalmente en zonas rurales donde los médicos no trabajan. Alrededor de 60 parteras realizaron este curso. Sin embargo, sólo 30 están trabajando debido a que el gobierno no proporciona nuevos cargos para estos profesionales que, por consiguiente, deben volver al puesto que ocupaban antes de entrar al programa de partería. Las enfermeras o parteras profesionales también ayudan en los partos en el hogar.

Los dos hospitales de referencia nacionales están sobrecargados y representan 60% de los partos institucionales, que son atendidos principalmente por médicos. Las camas rurales de maternidad, cuando las hay, se utilizan de manera deficiente (Barnes Josiah, 1998). Haití tiene la prevalencia más alta de infección por el VIH/SIDA en las Américas (Communication, 2004).

3.2 Modelo II: Asistencia obstétrica institucional y partería tradicional certificada

En este modelo, los médicos y las enfermeras atienden la mayor parte de los partos. Como la respuesta a las exigencias es inadecuada, las parteras tradicionales se consideran un complemento del sistema de atención sanitaria profesional y se promueve la integración de sus servicios. En este modelo, no se permite que las parteras tradicionales ejerzan sin contar con la licencia habilitante.

Cuadro 3. Características de los países clasificados según el modelo II

	Habitantes (en miles)	Situación económica	Alfabetismo femenino	Tasa Total fecundidad	TMM/ * 100.000	TMI/** 1000	Atención al nacer MD, E PT	
BOL	8.808	PIMB	81,5	3,3-6,4	390,0 (550)	66,0	59%	41%
ECU	13.003	PIMB	91,0%	2,8-4,3	91,7 (210)	33,4	70%	30%
ELS	6.515	PIMB	77,7	2,8-4,6	63,4 (180)	35,0	51%	49%
HON	6.941	PIMB	77,0	3,3-5,6	108,0 (220)	34,0	50%	59%
MEX	103.457	PIMB	90,2	2,3-3,5	83,6 (65)	22,4	86%	20%
NIC	5.466	PIB	67,8	3,1-5,4	87,0 (250)	35,0	65%	35%
PAN	3.120	PIMA	91,9	2,7	60,7 (100)	14,4	90%	10%

Fuente: Indicadores básicos de la OPS, 2003 y Perfil de los países de la FNUAP, 2003.

Abreviaturas: MD = Médico, E = Enfermera, PT = Partera tradicional

PIMB = País de ingresos medios bajos, PIMA = País de ingresos medios altos, PIB = País de ingresos bajos

* TMM = Tasa de mortalidad materna, muertos por 100.000 nacidos vivos.

** TMI = Tasa de mortalidad infantil, muertos por 1.000 nacidos vivos.

Bolivia está ampliando su gestión en pos de una maternidad sin riesgo mediante la Ley del Seguro Universal Materno-infantil, que brinda servicios de salud gratuitos para las mujeres durante el embarazo y durante 6 meses después del parto. Bolivia tiene un programa de formación para Enfermeras Licenciadas que tienen un programa universitario de 5 años y pueden ejercer dentro de los servicios de maternidad en todos los niveles. Las enfermeras pueden asistir a cursos de posgrado en

obstetricia, ginecología y atención perinatal, y pueden atender partos de bajo riesgo. Estas enfermeras especializadas se denominan matronas, obstetrices y enfermeras obstetrices.

Cerca de 20% de los 311 municipios de Bolivia carecen de personal sanitario calificado. Por consiguiente, se ha impartido adiestramiento a las parteras tradicionales, los promotores sanitarios y otros recursos de la comunidad durante los 20 últimos años con la intención satisfacer las demandas de salud de la población. Se cree que más de 5.000 de estas parteras y promotores de salud adiestrados están en actividad dentro del sistema de salud (OPS, 1998).

La medicina tradicional se practica ampliamente y casi toda la comunidad urbana rural o marginal cuenta con algún tipo de representante como las parteras y los curanderos tradicionales. El sistema de salud está incorporando gradualmente a las parteras tradicionales en las redes locales de asistencia. La demanda de estos servicios es alta y a menudo se usan conjuntamente con otros servicios públicos y privados (OPS, 1998).

En el Ecuador, cerca de 70% de las mujeres tienen acceso a asistencia calificada durante el parto (FNUAP, 2003). Sin embargo, existen grandes disparidades entre la población urbana y rural (77% y 29%, respectivamente), y el informe del MNPI (al que se accedió en 2004) declara que el Ecuador sólo puede proporcionar 50% de la asistencia obstétrica de urgencia. Además, las enfermeras y médicos no cuentan con el adiestramiento necesario para satisfacer las necesidades.

Se calcula que cerca de 51% de los partos en El Salvador son atendidos por asistentes calificados y la tasa de cesáreas es de aproximadamente 24% (OPS, 1998). Las enfermeras generales y las enfermeras auxiliares atienden los partos de bajo riesgo, mientras que los médicos atienden los de alto riesgo. El Salvador no tiene ningún programa de partería o de especialización en asistencia obstétrica para enfermeras.

El Salvador cuenta con 3.200 parteras tradicionales registradas que brindan asistencia a aproximadamente 25% de todos los partos (OPS, 2001). Además, existen razones para creer que hay parteras tradicionales no registradas que atienden partos en zonas rurales. Finger (1994) encontró que 7 de cada 10 mujeres en El Salvador informó que padecen problemas de salud crónicos debidos a partos complicados. Esta información cuenta con el apoyo de la OPS (1998) que sostiene que las complicaciones después del parto fueron la causa principal (18,3%) de internación entre las mujeres de 15 a 44 años en 1996 (OPS, 1998).

En *Honduras* hubo un aumento constante de partos institucionales (33 a 44%) entre 1990 y 1997. Sin embargo, cerca de 50% de los partos todavía tienen lugar en el hogar con parteras tradicionales. Honduras preconiza la integración de la partería tradicional en los servicios públicos de asistencia materna.

Rodgers, Little y Nelson (2004) encontraron que el adiestramiento de las parteras tradicionales en Honduras mejoró su desempeño en relación con un grupo testigo, pero se consideró que el adiestramiento solo no es suficiente mejorar la morbimortalidad materna. Los autores abogan por la integración de las parteras tradicionales adiestradas dentro del sistema de salud pública, el desarrollo de un sistema de transporte y el abordaje de las condiciones subyacentes sociales y del sistema sanitario, que tienen una influencia negativa sobre el estado de salud reproductiva de las mujeres.

Honduras no forma enfermeras ni parteras, ni permite que las parteras ingresen en los programas de formación de manera directa. Las enfermeras y las enfermeras auxiliares participan en los servicios de partería junto con médicos y unos pocos obstetras. No se cuenta con una cantidad suficiente de profesionales sanitarios y la situación se ve agravada por la distribución geográfica desigual de los recursos: en algunas comunidades, el mercado laboral para el personal sanitario está saturado, mientras que en aquellas comunidades que son sumamente inaccesibles, muchos puestos están vacantes. Honduras tiene 50% de todos los casos de infección por el VIH/SIDA en Centroamérica.

Según Davis-Floyd (2003) la biomedicina se ha hecho cargo del parto en México y la tasa de cesáreas es de casi 40%, una de las tasas más altas en el mundo. La partería profesional está más o menos ausente en México en la actualidad, sólo unas pocas enfermeras obstétricas con estudios de posgrado en salud maternoinfantil brindan asistencia a los partos en algunas clínicas pequeñas. Sin embargo, México cuenta con una larga trayectoria en la formación de parteras, que comenzó en 1792 y en el siglo XIX se transformó en programas de partería universitarios (Romero, 2002). En 2002, sólo cuatro estudiantes se graduaron de un programa de partería nuevo denominado CASA (CIM, 2004).

La mayor parte (74%) de todos los partos cuenta con asistencia médica (Caza, Glanz y Halperin, 2002), mientras que el estudio de MNPI (al que se obtuvo acceso en 2004) alega que los asistentes calificados atienden 86% de los partos. A pesar del modelo predominantemente medicalizado, en el que los médicos son asistidos por enfermeras obstétricas que cuentan con formación universitaria, existen bastantes parteras tradicionales que atienden más de 45% de los partos en ciertas zonas rurales y 20% en las comunidades de más de 20.000 habitantes (Camey et al., 1996). Los autores recalcan la importancia de la partería tradicional en las zonas rurales, pero reconocen que las deficiencias observadas en sus servicios deben remediarse mediante el adiestramiento adicional. También se sugiere que la interacción entre las parteras tradicionales y los médicos en un sistema de derivaciones podría reducir la morbimortalidad materna y neonatal.

Hunt et al. (2002) exploraron el comportamiento de búsqueda de atención del parto entre las mujeres en el estado de Chiapas, en México, y encontraron que, si bien se puede acceder con facilidad a servicios médicos para el parto, las mujeres todavía prefieren la atención de las parteras tradicionales durante el parto. Las razones dadas para esta preferencia fueron las posiciones y las técnicas que emplean los médicos, el lugar donde ocurre el parto y la presencia de familiares.

Cerca de 45% de los partos en *Nicaragua* tuvieron lugar dentro de los hospitales en 1995, pero según una estimación reciente, que no tiene en cuenta la ubicación del nacimiento, los asistentes calificados atienden 65% de todos los partos (FNUAP, 2003). El 35% restante de los partos son asistidos por parteras tradicionales. En ciertas zonas rurales, las parteras tradicionales atienden cerca de 60% de todos los partos (MINSAL/AID, 2000). Nicaragua cuenta con una larga tradición establecida de partería tradicional y el Ministerio de Salud (MINSAL) tiene registradas cerca de 5.000 parteras tradicionales en todo el país. La mayor parte de las parteras tradicionales se adiestra empíricamente, aunque la mayoría ha recibido algún tipo de adiestramiento por parte de UNICEF. El gobierno reconoce a la partera tradicional como un cuadro imprescindible en los servicios de asistencia materna, aunque tiene planes para formar enfermeras obstétricas, que se desempeñarán en aquellos lugares donde no hay médicos disponibles (Pettersson et al., 2002). No hay ningún plan para sustituir la partería tradicional en un futuro cercano. Por el contrario, se considera esencial que los prestadores de asistencia materna tradicionales y profesionales colaboren para promover la salud materna y neonatal.

Actualmente, no hay ningún programa educativo para enfermeras o parteras profesionales o programa en el que las parteras puedan ingresar de manera directa en Nicaragua. Sin embargo, en 1988 Nicaragua inició un programa educativo para enfermeras obstétricas, del que se graduaron 52. De todas maneras, muy pocos de estos graduados trabajan como parteras, ya que sólo se les permite atender partos en un hospital en Managua. En su lugar, se forman enfermeras en salud materna habilitadas para desempeñarse dentro de los servicios de maternidad. Sin embargo, no atienden partos o al menos no lo hacen en los lugares donde hay médicos y obstétricas presentes (Pettersson et al., 2002).

Panamá no cuenta con ningún programa de formación profesional en partería. La cobertura de la asistencia calificada del parto, principalmente a cargo de médicos, alcanza 90% y la tasa de cesáreas es de aproximadamente 19%. Las parteras tradicionales (1.500 o más) se registran ante el Ministerio de Salud y reciben formación oficial. Según la información, estas parteras atienden el 10% restante de los partos.

3.3 Modelo III: Partería profesional institucional y comunitaria, y el modelo del equipo obstétrico

En este modelo, bajo el cual se clasificaron 16 países, las parteras son las prestadoras de asistencia dominantes y forman parte del equipo obstétrico formado por médicos y obstetras. Las parteras se desempeñan también en comunidades donde probablemente sean el único asistente calificado.

La mayor parte (97%) de todos los partos en Antigua y Barbuda es institucional y los que brindan asistencia son las enfermeras, enfermeras o parteras y los médicos. Las enfermeras parteras de distrito brindan asistencia en el 3% restante de los partos. No existe una razón clara que explique esta tendencia, ya que la política del Gobierno busca maximizar la cantidad de nacimientos en las instituciones. El sector sanitario está bien dotado con establecimientos adecuados, incluida una unidad de cuidados especiales para lactantes prematuros. El país tiene pocos médicos y cerca de 220 enfermeras, de las cuales 31 son enfermeras o parteras de distrito (OPS, 1998).

Los servicios sanitarios comunitarios se prestan a través de una red de 9 centros sanitarios y 18 clínicas satélite o subcentros vinculados a los centros sanitarios. Estos establecimientos se distribuyen de manera pareja en el país. Los equipos, integrados por médicos (funcionarios médicos de distrito), enfermeras familiares, enfermeras de salud pública, enfermeras o parteras de distrito, auxiliares sanitarios de la comunidad y auxiliares de consultorio, prestan servicios en los centros sanitarios. Las enfermeras o parteras de distrito y los auxiliares de consultorio prestan servicios en los subcentros con apoyo de los equipos de los centros sanitarios.

El único programa certificado para la formación de personal sanitario es la Escuela de Enfermería. Existen dificultades para atraer a estudiantes capacitados y motivados al programa de enfermería.

En *Belice*, las parteras profesionales atienden la mayor parte de los partos (alrededor de 80%) dentro de los hospitales, en uno de los cuales la tasa de cesáreas era 26% en 1999. La calidad de colaboración entre las parteras y los médicos varía, y la falta de obstetras y de posibilidades de derivación son problemas importantes de acuerdo con las parteras entrevistadas (Boyer, Klima y Jennrich, 2003).

Las parteras tradicionales atienden pocos partos y la cantidad sigue en descenso. Por otro lado, es ilegal ejercer sin contar con la formación oficial que ofrece el Ministerio de Salud (Boyer et al., 2003).

La formación en enfermería y partería es gratuita, y la Escuela de Enfermería de Belice proporciona educación a cuatro categorías de enfermeras, de las cuales dos prestan servicios de partería: la enfermera sanitaria rural (2 años básicos y especialización en enfermería o partería de la comunidad) y la enfermera o partera (1 año más después de la etapa básica). La mayor parte de las enfermeras en la administración y la enseñanza han proseguido estudios avanzados de enfermería en la West Indies University en Jamaica (Guild, 2000). Hasta mayo de 2000, había 60 parteras profesionales, 32 parteras prácticas y 44 enfermeras sanitarias rurales con conocimientos de partería habilitadas para ejercer en Belice (Boyer et al., 2003).

Cuadro 4. Características de los países clasificados según el modelo III

	Número de habitantes (en miles)	Situación económica	Alfabetismo femenino	Tasa total de fecundidad	TMM/* 100.000	TMI/** 1.000	Atención en el parto
Antigua y Barbuda	73	PIA	88,0%	2,3	65,4	22,3	3% EPD 97% E, EP, MD
Bahamas	314		95,5%	2,3	38,0	12,7	95% E, EP, MD
Belice	256	PIMB	94,1	3,1	68,4 (140)	21,2	80% EP, MD, OB 20%ESR, PT
Chile	15.805	PIMA	96,1	2,3	22,7 (33)	8,9	70% EP 30% MD, OB
Costa Rica	4.173	PIMA	96,0	2,2	35,3 (35)	11,2	56% MD, OB 41% EP
Dominica	79	PIMA	94%	2,0	NA	19,8	100%
Granada	80	PIMA	98%	2,5	NA	17,6	99%
Guyana	765	PIMB	98,5	2,3	133,3 (150)	54,0	90% EP, PID, E, MD, OB 5% PT
Jamaica	2.651	PIMB	91,7	2,3-3,3	106,2 (120)	19,9	80% EP, MD PID, OB 20% EPA, OB
Paraguay	5.878	PIMB	93,0	3,2-5,6	120,0 (170)	19,8	60% EP, MD 40% PT
Perú	27.167	PIMB	86,7	2,2-4,3	185,0 (240)	33,4	56% EP, MD, OB 44% PT
Santa Lucía	149	PIMA	82,0%	2,3	34,7	16,7	100% MD, E
San Vicente y las Granadinas	120	PIMA	96,0%	2,2		19,2	99% E, EP, MD, OB
St. Kitts y Nevis	42	PIMA	97,5	2,4	246,6	12,7	99% E, EP, MD
Suriname	436	PIMB	91,0%	2,4	153 (230)	13,7	80% EP, MD, OB 20% EP, ED, PT
Trinidad y Tabago	1.303	PIMA	98,1	1,6	44,7 (65)	21,7	90% EP, MD, OB en la salud pública 10% EP, MD, OB en la atención privada

Fuente: Indicadores básicos de la OPS, 2003 y Perfil de los países de la FNUAP, 2003.

Abreviaturas: EPA = Enfermera Partera Autónoma, EPD = Enfermera Partera de Distrito, EP = Enfermera o Partera, PID = Partera por Ingreso Directo, ED = Enfermera de Distrito, E = Enfermera, ESR = Enfermera Sanitaria Rural, PT = Partera Tradicional, MD = Médico, OB = Obstetra

PIA = País de ingresos altos, PIMB = País de ingresos medios bajos, PIMA = País de ingresos medios altos

* TMM = Tasa de mortalidad materna, muertos por 100.000 nacidos vivos.

** TMI = Tasa de mortalidad infantil, muertos por 1.000 nacidos vivos.

En *Chile*, todos los partos son supuestamente institucionales y las parteras, que se conocen como matronas, son los prestadores principales de asistencia en alrededor de 70% de estos partos. Los obstetras privados atienden el 30% restante. Según Segovia (1998), la partera está a cargo del parto normal y, además de realizar el seguimiento y la documentación, se ocupa de procedimientos como la episiotomía, sutura de desgarros perineales de primer y segundo grado, y administración de oxitócica, analgésicos y algunos antibióticos.

Los servicios de atención prenatal se prestan a alrededor de 93% de las mujeres en Chile y la partera se encarga de la mayor parte de estos servicios. El desarrollo de la partería se ilustra en el cuadro 5.

Cuadro 5. Asistencia en el parto en Chile

Año	Partera Tradicional (%)	Enfermeras auxiliares (%)	Partera profesional (%)	Médico (%)
1925	75	0	20	5
1955	12	43	36	9
1995	0	0	70	30

Fuente: MS, Chile, 1997.

La partera chilena, que actualmente cursa una carrera universitaria de cinco años, desempeña un papel importante en la reducción de la mortalidad maternoinfantil, que se debe en parte a la asistencia calificada y en parte a la participación de la partera en la educación de la comunidad sobre la importancia de contar con asistencia calificada en el parto (Segovia, 1998). En 1965, se introdujeron actividades de planificación familiar en el programa de atención materna y las parteras desempeñan un papel importante al nivel de la atención primaria sanitaria.

En el cuadro 6 se muestra la división de la atención dentro de los servicios de atención materna.

Cuadro 6. Distribución de los servicios prestados dentro de la atención primaria sanitaria

Subprograma de atención de las mujeres	Médicos %	Parteras %
Atención prenatal	8,2	91,8
Atención postnatal	1,4	98,6
Planificación familiar	1,1	98,9
Morbilidad obstétrica	54,1	45,6
Morbilidad ginecológica	33,1	66,0

Fuente: Ministerio de Salud, Chile, 1996.

Muchos años de experiencia indican que la partera chilena tiene la capacidad para tomar decisiones médicas y realizar diagnósticos. Las parteras trabajan en estrecha colaboración con los obstetras, en un clima de comprensión y respeto mutuos. La legislación, el Código Sanitario, regula el ejercicio profesional de las parteras.

Sin embargo, la tasa de cesáreas está en aumento en Chile y alcanza 40% a 68% entre las mujeres atendidas por obstetras privados y 12% a 14% de las mujeres atendidas en el sistema público. Las ganancias financieras son la principal motivación de los obstetras para ejercer actividades privadas según Murray (2000).

En *Costa Rica*, 98% de los nacimientos tienen lugar dentro de un entorno clínico. Los médicos y los obstetras atienden cerca de 60% de los partos y las enfermeras o parteras el 40% restante. Las parteras tradicionales, que solían ser el principal prestador de asistencia en el parto en Costa Rica, atienden muy pocos nacimientos. Jenkins (2003) describe que la transición para institucionalizar la asistencia del parto comenzó en el decenio 1950-1960 y que los profesionales sanitarios “biomedicalizados” gradualmente reemplazaron a las parteras tradicionales. Estas últimas se toleraron sólo como “puentes temporales que debían quemarse” una vez que se lograra la hospitalización.

En 1989 se analizó nuevamente la ley relacionada con la partería con el fin de lograr un control mayor de la profesión de la partería y ya no se permitieron los partos en el hogar, excepto aquellos que no pudieran derivarse a las instituciones médicas a tiempo (Decreto, 1989). Jenkins

(2003) sostiene que la institucionalización del parto busca brindar acceso universal a un modelo selecto de asistencia a los ciudadanos independientemente de su condición social o económica o su aislamiento geográfico y que se cree que este modelo es la clave para lograr una mejor salud materna y neonatal.

Las mujeres embarazadas tienen acceso universal a la atención sanitaria en *Dominica*, donde se da a luz en consultorios y centros hospitalarios. Alrededor de 70% de todos los partos se realizan en el Princess Margaret Hospital y los partos restantes tienen lugar en el hogar o en un centro sanitario. Dominica tiene una relación 5:1 de enfermeras y médicos, lo que indica que las enfermeras o enfermeras y parteras brindan la asistencia durante el parto.

Dos instituciones en Dominica ofrecen formación para los profesionales sanitarios: la Escuela de Enfermería administrada por el gobierno y la Ross University Medical School, una institución privada que se encuentra frente a la costa. El programa en la Escuela de Enfermería se adapta a las necesidades específicas del servicio sanitario nacional de Dominica, mientras que el programa de estudios en la Universidad Ross se inclina hacia las demandas del mercado externo (OPS, 1998).

El sistema de salud materna en *Granada* se basa en enfermeras o parteras calificadas que prestan atención prenatal integral con derivación a un obstetra en caso de complicaciones. Se alienta a todas las mujeres a que den a luz en el hospital, lo que en la actualidad de hecho ocurre en 99% de todos los nacimientos.

Los partos normales son atendidos por enfermeras o parteras, que han establecido los protocolos que se deben seguir en el manejo de situaciones potencialmente mortales. Por otra parte, Granada estableció sistemas eficaces de derivación, un buen sistema de registro y ofrece asistencia materna centrada en la mujer, aparentemente con recursos limitados y buenos resultados (Laukaran, Bhattacharya y Winkikoff, 1994). Cerca de 200 enfermeras o parteras trabajan en los tres hospitales de Granada (OPS, 1998).

En *Guyana*, alrededor de 40% de la población vive en la pobreza absoluta y los grupos indígenas constituyen el sector más vulnerable de la población. Guyana también registra la prevalencia más alta de la infección por el VIH/SIDA (7%) en la región. El sector privado, público y no gubernamental proporciona atención de salud reproductiva, incluidas las Iniciativas para una Maternidad sin Riesgo. Cerca de 95% de todas las mujeres están cubiertas por servicios de asistencia prenatal prestados principalmente por enfermeras y parteras (ver cuadro). Las parteras también atienden la mayor parte de los partos y brindan la atención posparto disponible. El Consejo de Enfermería de Guyana regula el ejercicio de la profesión para las enfermeras y las parteras.

Cuadro 7. Formación de la enfermera y partera

Terminología	Programa #	Duración	Profesores	Educación básica	Otros
Posgrado en Enfermería o partería	3	12 meses	EP, M	RN o RNA	2 a 3 años de experiencia
Partera (ingreso directo)	1	18 meses	EP, M	5 años sec.	Inglés
Enfermera general con conocimientos obstétricos	3	36 meses	EP, M	5 años sec.	Inglés
Auxiliar de enfermería	3	24 meses	EP	5 años sec.	Inglés

Fuente: OPS, cuestionario por país, 2004.

Guyana no cuenta con ningún programa para la partería tradicional, pero las parteras tradicionales atienden aproximadamente 5% de los partos, en especial en las zonas rurales del interior del país.

En el sector de la salud pública, las vacantes de personal oscilan entre 25% y 50% en la mayor parte de las categorías. Hay una pérdida continua del personal calificado que pasa del sector público al privado y a otros países (OPS, 1998; FNUAP, 2003).

Más de 80% de los partos en Jamaica tienen lugar en la maternidad pública principal que presta servicios a la zona metropolitana de Kingston y St. Andrew. El servicio es inadecuado debido a la escasez de personal y camas (OPS, 1998). Según información reciente, Jamaica tiene 1.348 parteras que son enfermeras que realizaron un curso de posgrado de un año en partería. Las parteras no atienden partos en el hogar (CIM, 2004). Pueden, sin embargo, ejercer la profesión de manera autónoma en colaboración con obstetras, según lo describe Troy (2000). Hay una escasez de parteras con mayor experiencia, por lo que se las recluta en los EUA y Canadá. Jamaica también forma parteras por ingreso directo (PID) en un programa de dos años de duración, en el cual el primer año consiste en cursos básicos de enfermería y el segundo año se dedica exclusivamente a la partería. Jamaica es miembro de la Caribbean Midwives Association.

Jamaica cuenta con numerosas parteras de distrito, las cuales después de uno a dos años de formación se matriculan para ejercer la partería, incluida la asistencia de partos en el hogar, atención prenatal y posparto (Figueroa, Ashley y McCaw-Binns, 1990).

El país tiene una política nacional relativamente fuerte sobre la maternidad sin riesgo y la formación es bastante buena. Lo que se debería mejorar según el estudio de MNPI (2003) es brindar un acceso más igualitario a la atención obstétrica, en especial a la asistencia calificada del parto.

Parece que el Paraguay tiene más parteras que enfermeras, pero mucho más médicos en relación con las enfermeras (3.730 médicos, 433 enfermeras profesionales y 1.547 parteras habilitadas). El Paraguay tiene una asociación de enfermeras parteras y forma parteras en el ámbito universitario, así como parteras técnicas y parteras auxiliares (Conferencia CIM, 2004). Sesenta por ciento de todos los partos se realizan en las instituciones, donde las parteras atienden los partos de bajo riesgo y brindan asistencia y apoyo a los obstetras en los hospitales de referencia. El Paraguay también tiene parteras tradicionales que atienden cerca de 40% de los partos (OPS, 1998).

A pesar de haberse formado una cantidad sustancial de parteras (> 11.000) en el Perú (Madison, 2002), 40% de los partos todavía son atendidos por parteras tradicionales. La desigualdad en el acceso a la asistencia es enorme: la asistencia calificada está disponible para 85% de los partos en zonas urbanas, mientras que sólo para 30% de los partos en zonas rurales. Debido a estas disparidades, la atención calificada del parto en toda la nación sólo está disponible para 56% de la población (FNUAP, 2003). El prestador de atención primaria para las mujeres de bajo riesgo durante la etapa prenatal y el parto es la partera profesional. Los obstetras prestan atención hospitalaria a mujeres en riesgo y proporcionan un sistema de reserva para las parteras (obstetrices) que gozan de un alto respeto y confianza. Están generalmente a cargo cuando el obstetra se encuentra ausente.

Sin embargo, pareciera que hay poca colaboración entre las parteras profesionales y las parteras tradicionales. Muchas veces se culpa a las parteras tradicionales de las defunciones maternas que ocurren en la comunidad, razón por la cual las parteras profesionales se niegan a cooperar con ellas (Madison, 2004).

El Ministerio de Salud se encarga de asignar profesionales sanitarios a las zonas rurales, cada uno de los cuales debe prestar servicios durante un año en algún área urbana o rural subatendida. Sin

embargo, las personas de las ciudades son renuentes a hacerlo debido a que no hablan el idioma autóctono (Madison, 2004).

Étnica, social y culturalmente, el Perú cuenta con una de las poblaciones más diversas de América Latina. Más de 50% de las personas vive en la pobreza, del cual 15% vive en situación de pobreza absoluta (FNUAP, 2003).

La profesión de partería se estableció en el Perú en 1826 por medio de un decreto supremo cuando se formó el primer Colegio de Partos. En 1985, este colegio se incorporó a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Desde entonces, la formación universitaria es la única manera de convertirse en partera en el Perú (Madison, 2004). La formación en partería en el Perú requiere 5-6 años y se obtiene un título intermedio en Obstetricia. Después de realizar un trabajo de investigación científica o rendir un examen, las parteras reciben el título de Profesional Licenciado o Licenciada en Obstetricia. La carrera de partería se separa marcadamente de la enfermería (Neglia, 2004). El Perú también cuenta con un programa de posgrado (maestría) en partería.

Un 50% de las mujeres embarazadas utilizan los centros de salud pública para recibir asistencia prenatal en Santa Lucía y 10% a 15% de ellas se registran antes de las 16 semanas de gestación; el 50% restante se atiende en consultorios privados. Desde 1994, se recomienda a las mujeres embarazadas que se realicen un examen de ultrasonido o ecografía de rutina a las 20 a 22 semanas de gestación.

El Sir Arthur Lewis Community College es la única institución local que forma profesionales sanitarios. La universidad empezó con las carreras de enfermería general y partería en 1988, y el Consejo de Enfermería se encarga del registro y seguimiento de enfermeras y parteras.

Dos hospitales de distrito proporcionan atención primaria al igual que internación en las unidades de maternidad para partos de bajo riesgo (OPS, 1998).

En *San Vicente y las Granadinas*, 23% de los nacimientos totales tienen lugar a nivel distrital y los nacimientos restantes dentro de los hospitales (OPS, 1998). El protocolo que rige la prestación de servicios de atención materno-infantil estipula un mínimo de seis controles prenatales. Los registros indican que un 82% de todas las mujeres embarazadas cumplen con este criterio. Prácticamente todas las madres y recién nacidos reciben un mínimo de tres controles postnatales en los diez primeros días después del parto (OPS, 1998). Según la información, alrededor de 99% de todos los partos son atendidos por profesionales calificados, lo que incluye a enfermeras o parteras, enfermeras y médicos (Hewitt, 2004).

La carrera de enfermería se estudia en la Facultad de Enfermería de San Vicente, que es estatal. Los profesionales sanitarios también reciben formación internacional en América del Norte y Europa.

En Saint Kitts y Nevis, los servicios de atención primaria prestan servicios a todas las mujeres embarazadas por medio de sesiones prenatales semanales que se realizan en todos los centros de salud. Un número desconocido de mujeres embarazadas recibe asistencia exclusivamente de médicos privados. Todos los partos en el país tienen lugar en los hospitales y es de suponer que son asistidos por enfermeras y médicos. En 1997, se introdujo la asistencia obstétrica especializada al nivel de la comunidad. Todos los partos se realizan en los hospitales y se promueve activamente la lactancia materna. Se ha actualizado el equipamiento en ambas islas, que ahora ofrecen servicios de mamografía y ultrasonografía (OPS, 1998).

Cerca de 80% de los partos en Suriname tienen lugar en los hospitales donde parteras, médicos y obstetras brindan asistencia calificada. Las enfermeras distritales, las parteras y las parteras tradicionales atienden al 20% restante de los partos en la zona rural del interior del país (Eichler,

1999). Aproximadamente 12% de todos los recién nacidos pesan menos de 2.500 g y son predominantemente niños nacidos de madres adolescentes y mujeres indostánicas. La Misión Médica ayuda a la población en zonas remotas a acceder a la atención médica en un plazo de 24 horas mediante su sistema de comunicación por radio y proporciona transporte, ya sea por avión o barco.

La facultad de medicina de Paramaribo forma parteras (Eichler, 1999). La Escuela Central de la Enfermería y los programas internos del Hospital Académico y el Hospital San Vincentius forman enfermeras y auxiliares de enfermería, aunque estos programas no logran satisfacer la demanda (OPS, 1998).

Las iniciativas para una maternidad sin riesgo han tenido éxito en *Trinidad y Tabago*, y han conducido a una considerable disminución en la mortalidad materna en los últimos decenios. Sin embargo, la fecundidad adolescente sigue siendo un problema significativo. Cerca de 90% de los partos tienen lugar en instituciones del gobierno, que cuentan con instalaciones para cesáreas, transfusiones de sangre y atención neonatal aguda, atendidos principalmente por parteras en colaboración con obstetras. El 10% restante de los partos tiene lugar en los hospitales y los hogares para convalecientes privados (la mayor parte de los cuales cuentan con instalaciones para cesáreas), con una cantidad mínima de partos en los hogares y "otros lugares". Sólo alrededor de 10% de madres utilizan los servicios postnatales de los centros de salud (OPS, 1998)

Trinidad y Tabago ofrece dos maneras de comenzar la carrera de partería: un programa de ingreso directo, que consiste en dos años de formación para enfermeras auxiliares, y un programa de enfermería/partería, que consiste en tres años de formación en enfermería. Cuando los practicantes adquieren algo de experiencia práctica, entran en un programa de partería de 18 meses de duración. El Ministerio de Salud supervisa ambos programas, pero existe una presión creciente para traerlos bajo el auspicio de la universidad (Lewis, 2000).

Trinidad y Tabago cuenta con una Asociación de Parteras.

3.4 Modelo IV: Atención obstétrica institucional, partería profesional limitada a escala institucional y comunitaria, y partería con algún grado de avance

En este modelo, la mayor parte de los partos es en los hospitales, y los médicos y obstetras dominan la atención del parto. La partería desempeña una función limitada y las enfermeras o parteras o parteras atienden a pocas mujeres.

Cuadro 8. Características de los países clasificados según el modelo IV

	Número habitantes (en miles)	Situación económica	Alfabetismo femenino	Tasa total fecundidad	TMM/* 100.000	TMI/** 1000	Atención en el parto	
							E/EP	MD/OB
Argentina	38.428	PIMA	97,1	2,4	35,0 (85)	16,3	25%	75%
Barbados	270	PIMA	99,7%	1,5	80,5	14,7	1%	99%
Brasil	178.470	PIMA	88,1%	2,2	55,8 (260)	28,3	10%	80% 20% PT
Canadá	32.500	PIA	96,9%	1,5	2,4	5,3	<5%	95% MDF, OB
EUA	294.043	PIA	99,5%	2,1	9,9	6,9	10%	90%
Puerto Rico	3.879	PIMA	94,5	1,9	20,2	9,2	10%	Probablemente 90%
República Dominicana	8.745	PIMB	84,8%	2,7	69,0 (110)	31,0	3%	97%
Uruguay	3.415	PIMA	98,2	2,3	11,1 (50)	13,5	10%	Probablemente 90%
Venezuela	25.699	PIMA	93,1	2,7	60,1	17,7	5%	90%

Fuente: Indicadores básicos de la OPS, 2003 y Perfil de los países de la FNUAP, 2003.

MDF = Médico de familia

PIMA = País de ingresos medios altos, PIA = País de ingresos altos, PIMB = País de ingresos medios bajos

* TMM = Tasa de mortalidad materna, muertos por 100.000 nacidos vivos.

** TMI = Tasa de mortalidad infantil, muertos por 1.000 nacidos vivos.

En la *Argentina*, el parto tiene lugar dentro de los hospitales. A pesar de la larga tradición de la partería, que comenzó en 1852, el parto está medicalizado en la actualidad. La Argentina tiene cuatro veces más médicos que enfermeras o parteras, lo que explica el hecho de que 75% de todos los partos sean asistidos por médicos y obstetras.

La institucionalización de los partos empezó en serio durante el decenio de los setenta, cuando las parteras atendían todos los partos de bajo riesgo y llamaban al especialista cuando había complicaciones. Según Szmoise y Vartabedian (1992), la medicalización del parto normal en la Argentina incluye la rotura artificial temprana de las membranas, el uso general de oxitóxicos y mayores tasas de cesárea.

En la actualidad, la Argentina forma parteras (licenciada obstétrica) en el ámbito universitario. El programa tiene una duración de cinco años de duración: un año básico y cuatro años de especialización formal en partería (CIM, 2004).

Los servicios de partería en Barbados están institucionalizados debido a una política en contra de los partos en el hogar y son asistidos por obstetras mientras las enfermeras asumen un papel secundario. Según Newbrook (2004) no hay ninguna partera profesional en Barbados; sin embargo, información reciente indica que las enfermeras pueden asistir a un programa de un año en partería (Congreso CIM, 2004).

Los enemas y el rasurado de rutina se realizan en el momento del ingreso al hospital, la posición de litotomía es habitual y rara vez está presente algún acompañante, como el padre. Se somete a un gran número de mujeres a la rotura artificial de las membranas y administración de oxitóxicos para acelerar el parto. No se usan partógrafos (Newbrook, 2004). Los pediatras asisten a los casos neonatales complicados y están presentes al nacer en caso de observarse meconio. A las enfermeras no se les permite suturar el perineo ni están autorizadas para manejar o facilitar el trabajo de parto por cuenta propia.

En el *Brasil*, aproximadamente 97% de todos los partos registrados en 1999 tuvieron lugar en entornos hospitalarios y la tasa de cesáreas era de 38%, sin incluir los hospitales y consultorios privados, que se sabe tienen tasas mucho mayores, incluso de 90%. La explicación de estas tasas elevadas de cesáreas en el Brasil difiere, pero incluye aspectos como la organización de la asistencia obstétrica, la formación de los profesionales sanitarios y el pedido de las mujeres que prefieren los partos quirúrgicos (Hotimsky, Rattner, Venancio et al., 2002).

A pesar de la formación de enfermeras o parteras y parteras por ingreso directo, los médicos y los obstetras atienden la mayor parte de los partos en el Brasil. Según González y Tsunehiro (2002), sólo 50% de las enfermeras o parteras recién graduadas se desempeñan como parteras salas de parto.

Además de los conflictos entre las parteras por ingreso directo y las enfermeras o parteras, que se resolvieron en 1994 cuando la CIM y la CIN desarrollaron una declaración conjunta con definiciones para todas las categorías en el Brasil —obstetrix, enfermera obstetra, auxiliar de obstetrix y partera tradicional (MEDIO/95/FAA/3, 1994)— las parteras en el Brasil también hacen frente a dificultades al colaborar dentro del equipo obstétrico.

Los conflictos surgen debido a la visión médica del parto que tienen los obstetras, que contrasta con el criterio de las parteras que ven al trabajo de parto como un procedimiento natural, con el que no debe interferirse. Los obstetras no favorecen el hábito de parteras de aplicar la posición sentada, dejar a las mujeres caminar durante el trabajo de parto y estar acompañadas en la sala de parto. Por otra parte, las parteras no están de acuerdo con el uso frecuente de oxitóxicos. Según las parteras, el orgullo profesional, la jerarquía y el temor de perder terreno hacen que los obstetras no

dejen que las parteras se transformen en socios hechos y derechos de los equipos obstétricos (Tuesta, Giffin, De Sousa Gama, et al., 2003).

Algunos hospitales y maternidades se esfuerzan por seguir las normas de la OMS con respecto a la atención humanizada del parto, que incluyen promover el parto no quirúrgico, reducir las intervenciones tecnológicas excesivas en el proceso de parto, promover la iniciación de la lactancia materna temprana, el alojamiento conjunto madre-bebé, la presencia de la familia y escuchar las experiencias de las mujeres.

En 1997, la Asociación Brasileña de Enfermeras o parteras realizó una encuesta que mostró que se habían formado 2.756 enfermeras o parteras en el país durante los últimos 20 años. No se les garantiza el trabajo en una sala de partos una vez terminada su formación, razón por la cual necesitan formación en el servicio en aquellos casos en que finalmente se les permite atender partos.

Sin embargo, desde 1998, el Ministerio de Salud Brasileño (MINSA) promueve la idea de que las parteras presten asistencia en partos normales. Se dispone de financiación para cursos de formación obstétrica para enfermeras y el arancel que se cobra en un parto normal atendido por enfermeras obstétricas (enfermeras o parteras) está incluido en la tabla de aranceles del “Sistema Único de Saúde” (SUS).

En *Canadá*, 100% de los partos están atendidos por asistentes calificados; este país tiene una de las tasas de mortalidad maternidad más baja del mundo (cuadro 8). De acuerdo con el Canadian Institute for Health Information (2004), los obstetras atienden un número cada vez mayor de partos (con una tasa de cesáreas de 20%), mientras que muchos médicos de familia excluyen cada vez más los partos de sus servicios centrales. Los médicos de familia solían ser los proveedores principales de asistencia en el parto y todavía tienen aproximadamente 30% a 40% del “mercado”. Antes de que el gobierno regulara la profesión, en 1991, la partería estaba limitada a las regiones remotas de la frontera y puestos de avanzada de Canadá (Plummer, 2000). Sin embargo, la cantidad de partos asistidos por parteras está aumentando lentamente. Las cifras varían de una provincia a otra, ya que cada provincia maneja los servicios de salud de manera independiente, incluida la atención materna.

La partería se legisló y reglamentó por primera vez en Ontario en 1991 (Plummer, 2000) y Ottawa siguió el ejemplo en 1992 (McKendry y Langford, 2001). Desde entonces, la mayor parte de las provincias tienen legislación sobre partería, excepto la isla Prince Edward y Yukon. Sin embargo, hasta la fecha Canadá tiene sólo 400 parteras en todo el país. Algunas de las nuevas leyes sobre partería en Canadá también incluyen la partería indígena (tradicional), cuyo renacimiento no ha sido una tarea fácil. Se han perdido muchas prácticas antiguas y hay pocas parteras que puedan transmitir las tradiciones. Sin embargo, algunas formas emergentes de partería indígena indican que se están realizando intentos para mezclar la partería tradicional con la moderna (Carrol y Benoit, 2001).

Las parteras canadienses ejercen la partería autónoma, es decir, ningún médico participa en los embarazos y partos de bajo riesgo. En algunas provincias, las parteras tienen privilegios hospitalarios, lo que significa que pueden acompañar a su cliente al hospital y asistir el parto allí. La formación en partería es por ingreso directo, el programa universitario dura cuatro años, de los que un año y medio se dedica a ciencias básicas sociales y físicas, y el año y medio restante es la especialización en partería. Las parteras canadienses no participan en la planificación familiar. La mayor parte de las parteras tienen su propio consultorio y sólo derivan al paciente si el embarazo o el trabajo de parto se complican.

En los *Estados Unidos de América*, cerca de 99% de los partos tienen lugar en un entorno hospitalario y los médicos (principalmente obstetras) atienden cerca de 90% de ellos (ACNM, 2004, Curtis, 1999). El discurso alrededor del parto se centra en torno a “controlar el riesgo” desde el punto de vista obstétrico. Según Davis-Floyd (2003), los médicos consideran que el parto es un desastre potencial que debe controlarse con firmeza para obtener el mejor resultado posible. Las tasas de

intervención son muy altas (Curtis, 1999), aunque es interesante notar que la tasa de cesáreas está disminuyendo (de 22,8 a 20,8%) y que el número de nacimientos vaginales después una cesárea anterior ha aumentado más de 8% (de 1,9 a 27,4%). El uso de fórceps disminuyó de 7,1 a 3,6%, mientras que las extracciones por vacío han aumentado de 4,5 a 7,8%. Las estadísticas de la National Hospital Discharge Survey (encuesta nacional sobre egresos hospitalarios) indican que el porcentaje de episiotomías es bastante alto, a pesar de que disminuyó 14% en el período 1986-89 (57% frente a 43%). También ha habido un aumento constante en el uso del monitoreo fetal electrónico, el ultrasonido o ecografía, la inducción y estimulación del nacimiento tanto entre los médicos como entre las parteras de todas las categorías (Curtis, 1999).

El número de nacimientos asistido por enfermeras-parteras certificadas ha aumentado más del doble en el último decenio en los Estados Unidos, de 4,5 a 10% (ACNM, 2002). Aproximadamente 0,5% de los partos tienen lugar en el hogar y 0,5% en centros de maternidad, de los cuales el país tenía 160 en funcionamiento en 1999 (Stone, 2000). Esto indica que la mayor parte de las parteras se desempeña en el entorno hospitalario, probablemente bajo la supervisión de obstetras y médicos, lo que dificulta o prácticamente imposibilita promover el modelo de atención con parteras. Paine, Dower y O'Neil (1999) sostienen la necesidad de integrar el modelo de partería en el sistema sanitario y ponerlo a disposición de todas las mujeres con el fin de satisfacer las necesidades de salud del país. También resulta esencial educar a las mujeres para que puedan tomar decisiones fundamentadas relativas a la atención durante el parto.

A pesar de que en algunos estados siguen habiendo muy pocos partos atendidos por parteras (<3%), otros estados como Georgia, New Hampshire y Vermont tienen más de 20%. El estado de Nuevo México tiene más partos asistidos por parteras que cualquier otro estado: 34,5% (ACNM, 2004). Sin embargo, hay razones para creer que las cifras son considerablemente mayores. Una encuesta del ACNM (American College of Nurse-Midwives) realizada entre sus miembros reveló que 6% de las parteras informaron que en los certificados de nacimiento de los bebés cuyo nacimiento habían asistido no se indicaba que la atención había sido prestada por partera (Curtis, 1999). Además, la tendencia hacia partos asistidos por parteras ha aumentado en forma sostenida durante el último decenio y parece seguir en aumento en el primer decenio del siglo XXI (ACNM, 2004).

Stone (2000) presentó en su artículo "The Evolving Scope of Nurse-Midwifery Practice in the United States" una descripción y análisis minuciosos de los antecedentes históricos de la partería en los EUA. A principios del siglo XX, las parteras empíricas asistían más de 50% de los partos. Las elevadas tasas de mortalidad materno-infantil se atribuían a malas prácticas por parte de estas parteras, y los médicos y enfermeras introdujeron el concepto de enfermeras-parteras debido a su preocupación por el problema de la atención materna y neonatal inadecuadas. El primer esfuerzo exitoso de establecer un servicio con estas características tuvo lugar en una zona rural remota de Kentucky, en 1925 (Stone, 2000). De acuerdo con Stone (2000), la primera escuela de enfermería-partería se estableció en 1931 (The Lobenstine Midwifery Clinic) y en la actualidad hay 46 programas acreditados por el ACNM para formar enfermeras-parteras y ocho programas acreditados de formación de parteras por ingreso directo (Paine et al., 1999).

El ACNM ha desarrollado las competencias centrales para el ejercicio básico de la partería, cuya última edición fue adoptada en mayo de 2002. Estas competencias describen los conocimientos fundamentales, las aptitudes y los comportamientos que se esperan de una partera, y sirven como normas para educadores, estudiantes, profesionales sanitarios, consumidores, empleadores y formuladores de políticas. Además, constituyen los requisitos básicos para los graduados de todos los programas de formación acreditados o preacreditados en enfermería-partería y partería (ACNM, 2002).

Puerto Rico se instituyó el programa de partera enfermera en 1998, acreditado por el American College of Nurse-Midwives (ACNM) y se supone que las parteras prestan asistencia a la

mujer durante el embarazo y el parto con base en un modelo de equipo (documento del Programa de Educación de Enfermeras Parteras, CIM, 2004).

La tasa de cesáreas es de aproximadamente 30%, y suele ser mucho mayor en los hospitales privados (46,5%). Sin embargo, esto varía de un lugar a otro de la isla y las tasas más bajas se encuentran entre las mujeres con los riesgos más elevados (Vázquez-Calzada, 1997).

En la República Dominicana, 97% de las mujeres dan a luz en el hospital. Un examen de los registros hospitalarios indica que los médicos generales realizaron más de 62% de los partos, los obstetras alrededor de 30% y las enfermeras 4%. La tasa de cesáreas fue 27,5% en promedio (Miller et al., 2003). No hay ninguna partera profesional en la República Dominicana; las parteras tradicionales sin registrar aparentemente atienden partos en los hogares.

Las cifras de mortalidad materna no son uniformes: según la OPS (2003) es de 69/100.000, mientras que los datos de DHS de 1996 estipulaban que estaba cerca de 229/100.00. Si esto fuera cierto, implicaría que ha habido un cambio extraordinario en la calidad de la asistencia, probablemente debido a las razones que evaluara Miller et al. (2003) quien publicó un estudio en 2003 de lo que llamó la paradoja de la República Dominicana. El estudio planteaba la pregunta de por qué tantas mujeres fallecían si personal sanitario calificado atendía los partos institucionales. La explicación era que había enormes deficiencias en la calidad de la asistencia. Las enfermeras, por ejemplo, a menudo debían resolver problemas comunicándose por teléfono con los médicos.

En el Uruguay, casi todos los nacimientos (99%) tienen lugar en un hospital y están certificados por un médico o una partera con formación universitaria. Sin embargo, este país tiene una cantidad enorme de médicos (3,7/1000 habitantes) comparado con el número de enfermeras (0,7/1000 habitantes), lo que indica que los médicos asisten en la mayor parte de los partos. De acuerdo con las estadísticas, el Uruguay tiene una tasa de mortalidad materna baja, 20,1/100.000 nacidos vivos, aunque se cree que no se informa una cantidad significativa de casos de mortalidad materna (OPS, 1998).

Venezuela tiene una relación de tres médicos por cada enfermera, de modo que, a pesar de la falta de información fidedigna, se puede suponer que los médicos prestan la mayor parte de la asistencia calificada (95%) en los partos (OPS, 1998).

3.5 Modelo V: Asistencia obstétrica institucional sin partería profesional

Este modelo se caracteriza por ser un sistema donde no se forma ningún tipo de partera profesional o enfermera/partera. Los médicos y obstetras se encargan de todos los partos y reciben la ayuda de enfermeras auxiliares o enfermeras que no cuentan con ninguna formación específica en servicios de partería.

Cuadro 9. Características de los países clasificados en el modelo IV

	Número habitantes (en miles)	Situación económica	Alfabetismo femenino	Tasa total fecundidad	TMM/* 100.000	TMI/** 1.000	Atención en el parto
Colombia	44.222	PIMB	92,5%	2,6	91,7	20,4	80% MD OB, EA 20% PTSC
Cuba	11.300	PIMB		1,6	33,9	6,5	100% MD, OB, E

Fuente: OPS (2003), PNUD (2003)

Abreviaturas: EA = enfermera auxiliar, PTSC = parteras tradicionales sin certificación

PIMB = País de ingresos medios bajos

* TMM = Tasa de mortalidad materna, muertos por 100.000 nacidos vivos.

** TMI = Tasa de mortalidad infantil, muertos por 1.000 nacidos vivos.

Colombia tiene el doble de médicos que de enfermeras. No tiene programas de formación para parteras y los médicos más jóvenes asisten la mayor parte de los partos de bajo riesgo. Las enfermeras auxiliares ayudan a los médicos durante el trabajo de parto y el parto en sí mismo y, de ser necesario, pueden asistir partos de bajo riesgo. Según la información, las enfermeras supervisan a las enfermeras auxiliares, pero ninguna recibe formación específica en partería. Las enfermeras auxiliares reciben a las mujeres que comenzaron con el trabajo de parto, realizan el reconocimiento inicial y evalúan su condición (Bech Larsen, 2004).

La tasa de cesárea es de aproximadamente 10%. Se realizan partos instrumentales con espátulas, aunque no se utilizan ni fórceps ni extracción por vacío. Numerosos partos se inducen mediante la aplicación de Cytotec vaginal, a menudo a raíz del deseo de la familia de que el bebé nazca en una fecha determinada (Bech Larsen, 2004).

Colombia tiene parteras tradicionales, aunque no están registradas o formadas dentro de los servicios de salud oficiales. Aparentemente no hay ningún tipo de control sobre la cantidad de partos asistidos por estas parteras tradicionales. Algunas estimaciones indican que cerca de 80% de los partos son institucionales en las ciudades, mientras que en las zonas rurales, 50% de los partos tienen lugar en el hogar, a menudo sin ningún tipo de asistencia (Bech Larsen, 2004).

La formación académica para profesionales de enfermería se realiza en el ámbito de la enseñanza superior, en institutos o escuelas de enfermería con reconocimiento oficial. El requisito mínimo para los programas de estudios de enfermería o programas de grado es de ocho semestres (cuatro años académicos), aunque algunos programas tienen una duración de cinco años académicos.

Cuba ha hecho hincapié durante varios decenios en la salud materno-infantil y ha logrado reducir la TMI de 91 a 6,4/1000 nacidos vivos (1999) y la mortalidad materna a escala nacional es de 31,7/100.000 nacidos vivos (Moliner et al., 2001). Parte del éxito se debe a los hogares de maternidad (209) situados en cada municipio, donde las enfermeras brindan atención las 24 horas del día a mujeres con un embarazo de alto riesgo hasta que llega el momento del parto hospitalario (Renz, 2002).

Casi todas las madres dan a luz en una institución y el prestador de atención primaria es el médico. Cuba no forma actualmente parteras.

DISCUSIÓN

1. CUESTIONES METODOLÓGICAS

Dos investigadores independientes llevaron a cabo la revisión bibliográfica con una variación de menos de 5%, lo que indica un alto grado de fiabilidad. Se emplearon diversos motores de búsqueda, pero gran parte de la información extraída de una fuente aparecería en otra también, en particular la información identificada en Pubmed y Popline.

Una de las limitaciones de este estudio es el porcentaje bajo de material extraído a partir de los motores de investigación (3,5%). Además se consultaron numerosos informes y sitios web, lo que, sin embargo, resultó bastante frustrante, ya que se encontraron disparidades bastante considerables entre distintas fuentes estadísticas, como la OPS, el CIA World Fact Book (libro de hechos del mundo de la CIA, 2003) y la OMS. También resultó difícil encontrar artículos de calidad en los tres idiomas usados (inglés, español y portugués), en particular en relación con la partería profesional. La mayor parte de los artículos identificados de las distintas regiones de América del Sur se relacionan con la partería tradicional y fueron escritos principalmente por antropólogos. A excepción de los EUA, donde se realizó una amplia investigación sobre los resultados de los partos asistidos por parteras en comparación con aquellos asistidos por obstetras, encontramos que incluso los artículos de investigación se centran en la partería tradicional (Jenkins, 2002; Hunt, 2002; Glej, 2003; Glej, 2000).

El asistente calificado prácticamente no apareció durante la búsqueda de bibliografía, lo cual no es extraño ya que se trata de terminología relativamente nueva.

En cuanto al Caribe, la información personal obtenida sugiere que todavía prevalece la tradición oral, un motivo válido para no poder identificar material satisfactorio (Hewitt, 2004).

La bibliografía relacionada con la formación en enfermería y partería también ha sido escasa, y en muchos casos totalmente inexistente, por lo que algunos países no han recibido una descripción adecuada o correcta de la situación real. Gran parte de la bibliografía es vieja, el material reciente (es decir, entre 1999 y 2004) es sumamente limitado.

Existe siempre la posibilidad de que se haya pasado por alto material valioso y que los términos de búsqueda no hayan sido totalmente inclusivos. Por consiguiente, los autores están abiertos a recibir críticas constructivas y sugerencias para mejorar la calidad y la exactitud de este informe.

Debido al hecho de que tantos países de las Américas no promueven los modelos de atención con parteras, y como la OMS se refiere actualmente al asistente calificado como el profesional sanitario que posee “aptitudes de partería”, la manera más viable de analizar la información consistió en clasificar los países según el sistema de asistencia materna predominante. Sin embargo, algunas características se superponen entre los distintos modelos. Por ejemplo, en el caso del Perú, la partería profesional y el equipo obstétrico bien desarrollados (modelo III, cuadro 4) coexisten con una amplio

ejercicio de la partería tradicional. Sin embargo, para lograr algún tipo de sistematización, los países se asignaron a un modelo, aunque se pueda alegar que también encaja en varios modelos más.

El término “partería” se aplicó a todos los modelos, ya sea que describiera la enfermería/partería o la partería por ingreso directo, la única distinción que se hizo fue entre la partería profesional y tradicional. El término “asistencia obstétrica” se eligió para describir los modelos dominados por médicos e incluir no sólo la medicalización sino también el tipo de asistencia con “partería” más orientado hacia la familia ofrecido por los médicos de Canadá y Cuba.

En consecuencia, los términos “asistente tradicional de parto” fueron reemplazados por el concepto de “partera tradicional”, en parte debido al hecho de que la terminología más común utilizada en la bibliografía es “partera” y “partera tradicional”. Otra razón es la crítica que se encontró durante la revisión bibliográfica sobre la denominación de esta tarea, que debería honrar el significado verdadero del concepto de la partera de “estar con la mujer”. Por último, el congreso de la CIM realizado en Trinidad y Tabago (2004) integró parteras de todas las categorías, un acto que muestra la manera de encarar el futuro.

2. RESULTADO MATERNO Y NEONATAL DEL PARTO EN RELACIÓN CON EL MODELO DE ASISTENCIA

Un aspecto esencial que se debe considerar al analizar los modelos en relación con el resultado del parto es el hecho de que existen enormes diferencias entre la región del norte y la del sur de las Américas. Canadá y los EUA entran en una categoría propia, con una mortalidad materna de 9,9 y 2,4/100,000 respectivamente, lo que indica una asistencia altamente calificada y de calidad. Sin embargo, los EUA en especial enfrenta problemas por los costosos litigios legales, que constituyen un grave obstáculo para los modelos de asistencia tanto obstétrica como de partería (Dawley, 2000; ACNM, 2002). Aunque los países hayan sido clasificados bajo alguno de los modelos (IV, cuadro 8), el análisis relacionado con el resultado frente al modelo se refiere principalmente a los países que luchan por lograr una maternidad sin riesgo.

Se debe analizar con cautela la información estadística disponible con relación al tipo de modelo elegido por cada país o, como sucede en algunos casos, el modelo que están obligados a usar. La tasa de mortalidad materna no es un indicador muy fiable ya que se necesitan muestras grandes para asegurar un resultado correcto desde el punto de vista estadístico. En los países con poca población y pocas defunciones maternas, como St. Kitts y Nevis en la región de Caribe, la tasa de mortalidad materna resulta relativamente alta. Por otra parte, existe la opinión generalizada de que una gran cantidad de las defunciones maternas no se notifican, no sólo en los países con un sistema de registro deficiente, sino también en aquellos que cuentan con sistemas eficientes (De Brouwere y Lerberghe, 2001).

A pesar de estas circunstancias, no cabe duda de que el modelo I y II, donde la partería tradicional es una parte fundamental de la asistencia del parto, presenta tasas de mortalidad materna más altas que otros modelos (cuadro 2 y 3), un resultado que es compatible con Koblinsky (2002), quién sostuvo que el parto en el hogar con asistencia no calificada está asociado con una mortalidad materna elevada. La partería tradicional, sin embargo, desempeña un papel importante en varios países sudamericanos. Según los antropólogos, las mujeres se adhieren a las tradiciones y son renuentes a buscar atención profesional aun cuando esté a su disposición. En Guatemala y Honduras, por ejemplo, se ha tornado muy común combinar las dos formas de atención. En algunas regiones, las parteras tradicionales cobran mucho más por sus servicios que los servicios de salud pública. Sin embargo, esto no impide que las mujeres busquen su ayuda. Otra información indica que las mujeres no pueden pagar la atención privada y, por consiguiente, eligen lo más cercano a ellas, ya que se ve con cierta renuencia a los servicios de salud pública.

Otro factor que favorece la continuidad de la partería tradicional es el desarrollo lento de algunas zonas rurales en la mayor parte de los países estudiados. Muchos profesionales sanitarios son reacios a moverse de las zonas urbanas debido a las responsabilidades familiares y la posibilidad de desarrollar una carrera. Esta es una de las razones principales de la falta de personal en los servicios de asistencia materna en Nicaragua (Pettersson et al., 2002), situación que no se limita solamente a este país.

A pesar de la importancia de las parteras tradicionales durante el parto que a) prestan asistencia sensible a los problemas culturales, b) son la conexión entre la comunidad y el sistema sanitario, c) registran a todas las mujeres embarazadas, d) alientan a las mujeres a buscar asistencia calificada, y e) acompañan a la mujer que busca atención profesional en el parto, es esencial recordar que este cuadro no está reconocido como un asistente capacitado (definición de la OMS) y, por consiguiente, no puede contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal, como se ha demostrado en diversas partes del mundo (De Brouwere y Lerberghe, 2001). Uno puede, sin embargo, invertir la cuestión y preguntar: ¿qué pasaría con las tasas de mortalidad materna si no se contara con la presencia de la partería tradicional teniendo en cuenta la incapacidad de los países de prestar servicios a las poblaciones distantes y vulnerables?

Los modelos I y II se consideran una opción cuando se dispone de un sistema de derivación funcional. Según Koblinsky (2002), esto se puso en práctica en Sri Lanka y Malasia, donde la mortalidad materna se redujo a <100/100.000 nacidos vivos.

El modelo que presenta las tasas más bajas de mortalidad materna es el modelo III, en el que la partería profesional está bien desarrollada. Chile, Costa Rica, Santa Lucía y Trinidad Tabago tienen todos una mortalidad materna de <50/100.000 nacidos vivos, y Chile, que tiene la tasa más baja (22,3/100.000) es de hecho el país que logró desarrollar la partería profesional tanto institucional como comunitaria. La experiencia de Chile, por lo tanto, parece repetir la experiencia de países como Suecia (Högberg, 1985; Andersson, 2000) y Holanda (Schuitemacher et al., 1991), y de éxitos contemporáneos como Tailandia y Sri Lanka (De Brouwere y Lerberghe, 2001).

Por consiguiente, llama la atención que países donde la partería profesional solía estar bien desarrollada y gozar de gran prestigio, como en la Argentina y México, hayan pasado a un modelo basado en médicos. La razón detrás de esto no pudo deducirse mediante esta revisión bibliográfica. Desde luego, quizás se deba a la creencia válida de que los médicos son los mejores prestadores de atención materna y de que se debe considerar al parto una condición que necesita atención médica sumamente especializada. Sin embargo, es también sabido que la obstetricia se considera un negocio lucrativo, que probablemente resulte atractivo sistematizar. Para comprender plenamente los fundamentos detrás de este razonamiento, sería necesario realizar un estudio exhaustivo. No obstante, parece estar claro que la atención medicalizada tiende a marginar las poblaciones pobres y vulnerables, y también fomenta la permanencia de la partería tradicional. Esto se demostró claramente en Nicaragua donde se hizo evidente la “brecha en la atención” entre las parteras tradicionales y la asistencia obstétrica institucionalizada (Pettersson et al., 2002).

El modelo IV (cuadro 8) y el V (cuadro 9), los modelos dominados por médicos, se caracterizan por tasas de cesáreas sumamente altas. Las investigaciones han establecido que esta intervención está asociada con tasas de mortalidad mayores entre las mujeres en trabajo de parto, que a su vez no se relacionan solamente con trabajos de parto complicados (De Brouwere y Lerberghe, 2001). Por consiguiente, parece razonable analizar no sólo los efectos perjudiciales de los métodos tradicionales sino también de la atención del parto medicalizada. Quizás también sea razonable preguntarse la razón por la cual se permitió que este desarrollo más bien desafortunado siguiera adelante. Un motivo importante quizá sea la privatización cada vez mayor de la asistencia sanitaria, que en el Brasil, por ejemplo, presenta tasas de cesáreas que están cerca de 90%. Si se es el único obstetra o uno de los pocos obstetras responsables de una determinada cantidad de mujeres, quizá la

manera más viable de programar los partos sea la operación quirúrgica electiva. La atención privada también se asocia con ingresos altos, lo que puede representar otra fuerza motivadora (Murray, 2000). El hecho es que estos modelos crean desigualdad e inequidad de la atención dentro de un país, lo cual según la OPS (2003) es ejemplificado por las altas tasas de cesáreas en las zonas urbanas comparadas a las tasas bajas que se registran en las zonas rurales. Por otro lado, Bruga y Pritze-Aliassime (2003) demuestran claramente cómo el porcentaje de asistencia por médicos aumenta al mismo tiempo que la situación socioeconómica de las mujeres.

En el Modelo IV, el modelo dominado por médicos y medicalizado, dos países tienen tasas excepcionalmente altas de mortalidad materna: Barbados y la República Dominicana. En el primer caso, se podría relacionar con el hecho de que pocas defunciones maternas entre pocos nacimientos muestran estadísticamente un aumento de la tasa de mortalidad materna. Sin embargo, en la República Dominicana, las tasas dadas por la OPS (2003) son bajas en comparación con las tasas descritas por Miller et al. (2003), que van de 110 a 229/100.000 nacidos vivos. En su estudio, un modelo gráfico (página 92) ilustra cómo la República Dominicana cae fuera del axioma de que una mayor cobertura de la asistencia calificada (en porcentaje) conlleva una reducción en la mortalidad materna. Con una cobertura de cerca de 90%, la tasa de mortalidad de la República Dominicana es más alta que la de Guatemala (modelo I, cuadro 2) y la de Ecuador y de El Salvador (modelo II, cuadro 3). La conclusión de los investigadores ante esta paradoja es que se encuentra atención inferior al promedio en todos los niveles (Miller et al., 2003). Koblinsky (2002), que hace referencia a un modelo denominado “asistencia obstétrica de emergencias integral”, encontró de manera similar que la mortalidad materna puede seguir siendo alta a pesar de contar con atención de profesionales, en particular donde la calidad de la atención es baja.

En el caso de la República Dominicana, es interesante notar que no se forman parteras profesionales y que a veces se delegan responsabilidades en las enfermeras generales para las que no han sido formalmente adiestradas.

Las tasas de mortalidad infantil (TMI) siguen las mismas tendencias que la mortalidad materna con relación a los modelos identificados. Haití (cuadro 1) presentó la tasa más alta (80,3/1.000 nacidos vivos). Las tasas más bajas se encontraron en el modelo III (cuadro 4). Excepto por Guyana (54/1000) y el Perú (33,4/1000), el resto de los países presentaron tasas por debajo de 23/1000 nacidos vivos. Es notorio que tanto en Guyana como en el Perú se menciona a las parteras tradicionales como cuidadores. Lo intrigante es, sin embargo, que el Perú, donde las parteras tradicionales atienden cerca de 40% de los partos, tenga una TMI inferior que Guyana, donde supuestamente sólo 5% de los partos son atendidos por parteras tradicionales.

La República Dominicana seguramente no debe ser el único caso en que la atención durante el parto es de calidad inferior al promedio. Muchos países luchan con personal insuficiente. Los sueldos bajos dentro del sistema de salud pública, por ejemplo, forzaron a las enfermeras y los médicos en Nicaragua a buscar más de un trabajo (Pettersson et al., 2002). Resulta también claro en la revisión bibliográfica que los ministerios de salud no proporcionan o no pueden proporcionar un ambiente propicio que resulta esencial para la promoción de la maternidad sin riesgo, en especial durante el parto (FNUAP, 2003; MNPI, 2003).

Según la OMS (WHD.98.8) los factores determinantes clave de una asistencia de calidad incluyen la competencia técnica de los prestadores, las aptitudes interpersonales, la disponibilidad de suministros, equipos básicos, instalaciones e infraestructura, los nexos con otros servicios de salud y un sistema de derivación funcional. Más allá de la importancia que estos componentes puedan tener, los servicios también deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables para que sean utilizados. Qué constituye una atención de calidad depende del contexto y puede variar de un lugar a otro e incluso de persona a persona (AbouZahr, Vlassof y Kumar, 1996). Con relación al parto, la calidad de la

asistencia también es un hecho significativo influido por las normas sociales y las expectativas de la mujer individual, la familia y la comunidad (Maimbolwa, 2004; Pettersson, 2004).

Los estudios sobre la calidad de la asistencia en entornos donde se lucha contra altos índices de mortalidad materna indican que existen deficiencias graves en todos los factores determinantes mencionados (De Brouwere y Lerberghe, 2001). Las barreras a la calidad de atención, sin embargo, se deben en gran medida a la falta de administración de los fondos así como a una tendencia decreciente del gasto en asistencia médica (Kwast, 1998). La estrategia regional de la OPS para la reducción de la morbimortalidad materna (2002) sostiene que la tasa baja de cesáreas en las zonas rurales (la OMS recomienda una tasa general de 15%) es una indicación de la mala calidad de la atención. Es más, la práctica habitual de la episiotomía en la Argentina y el Uruguay (9 de cada 10 mujeres) también debe considerarse como atención inferior al promedio.

Al presentarse los diversos modelos, también se consideró el alfabetismo femenino. Según es de esperarse, es más bajo en el modelo I (cuadro 2), lo que concuerda con las pruebas en todo el mundo analizadas por De Brouwere y Lerberghe (2001). La educación se considera un factor clave en la lucha por reducir la mortalidad materna. Sin embargo, resulta esencial que la calidad de la atención proporcionada sea buena. En el caso opuesto, la situación de Bolivia (cuadro 3) informa una tasa alta de alfabetismo de mujeres y una tasa alta de mortalidad materna. Esto probablemente se relaciona con el hecho de que cerca de 40% de los partos son atendidos por parteras tradicionales, a menos que la tasa de alfabetización informada sea demasiado alta.

También se incluyó en los modelos la situación económica de los países según la clasificación por grupos de ingresos del Banco Mundial (FNUAP, 2003). En concordancia con otros indicadores, el modelo I (cuadro 2) muestra con mayor claridad cómo una tasa de mortalidad materna alta parece asociarse con una identificación como país de ingresos bajos.

El modelo puro de asistencia con partería, basado en el apoyo social, físico y psicológico de la mujer y el trabajo en equipo con ella durante el embarazo y el parto, se analiza principalmente en entornos como Canadá, los Estados Unidos y Chile, aunque también en cierta medida en países del Caribe y Puerto Rico, que, por cierto, ha proporcionado el único documento disponible sobre la formación de parteras profesionales. Pareciera que, tanto desde la experiencia personal como desde la investigación, el modelo puro de asistencia con partería se encuentra principalmente en países que sostienen un enfoque individual de la asistencia del parto. Las parteras que intentan forzar una situación tipo “cinta transportadora” (Pettersson, 2004) en las salas de parto, es decir, partos simultáneos y una sola partera brindando asistencia a todos (Miller 2003) necesitan nuestra solidaridad y comprensión por la incapacidad de brindar asistencia individualizada y empática. Por otro lado, para convencer a las mujeres de que se acerquen a los servicios calificados cuando se encuentran disponibles, es esencial que las parteras profesionales consideren la repercusión de las actitudes estresantes y negativas en las mujeres al elegir la asistencia y la ubicación del parto. La reducción de la mortalidad materna se vincula con el comportamiento de las mujeres que buscan asistencia, lo que a su vez se vincula con cómo las tratan los profesionales sanitarios. Con medidas sencillas, las parteras profesionales se podrían convertir en la clave en el esfuerzo por brindar atención materna humanizada, que parece ser la meta común para toda la Región de las Américas.

Resulta poco claro cómo el nuevo concepto de “asistente calificado” afectará la función de la partera profesional, si en realidad lo afecta. Podría resultar un movimiento positivo, ya que permite incluir más profesionales sanitarios en los servicios de asistencia materna. Sin embargo, parece esencial que la polémica existente entre la enfermería/partería y la partería por ingreso directo que se encontró en el Brasil y Jamaica se resuelva. De otra manera sería sumamente difícil adaptarse a colaborar con otro profesional más que reclama su derecho de formar parte del equipo obstétrico o de partería.

CONCLUSIONES

- La mortalidad materna y perinatal en la Región de las Américas es baja en comparación con otras regiones del mundo, en particular África.
- Las tasas de mortalidad materna y perinatal más elevadas se encuentran en los países donde el porcentaje de asistencia calificada durante el nacimiento es más bajo.
- Se realizan muchos esfuerzos en torno a la asistencia materna en las Américas, pero, en general, la partería profesional se encuentra subdesarrollada en todas las regiones, excepto la región no latina del Caribe.
- La partería tradicional es generalizada y seguirá desempeñando un papel importante en varios países en un futuro próximo.
- La asistencia del parto en la que no hay partería profesional, se encuentra dominada principalmente por los médicos y está sumamente medicalizada, con altas tasas de cesáreas.
- El porcentaje alto de asistencia calificada del parto no implica automáticamente una reducción de la mortalidad materna y perinatal, la asistencia institucional inferior al promedio constituye otro factor de riesgo importante.
- La atención materna medicalizada parece crear una desigualdad en el acceso a la asistencia entre distintos grupos de una misma población.
- Los cinco modelos de atención del parto no deben considerarse excluyentes.

RECOMENDACIONES

- Para brindar recomendaciones que resulten válidas y sostenibles, es esencial completar el estudio del cuestionario. Se espera que este estudio brinde una descripción integral de la situación de cada país y ayude a los investigadores a identificar aquellas áreas donde se requiera una recopilación de datos adicional, como ser la distribución de los servicios, el ejercicio de la partería y la formación de las parteras.
- Asimismo, se deben realizar los estudios de casos planificados, ya que brindarán un conocimiento exhaustivo acerca de los países “prototipos” que se podrían utilizar para demostrar las limitaciones o posibilidades de los cinco modelos señalados en este estudio. El estudio de casos también proporcionará el punto de vista de los principales interesados directos en la atención materna: la mujer y su familia. Es esencial saber por qué y cómo las mujeres buscan o no esta asistencia.
- Sin embargo, se recomienda que los ministerios de salud en los diversos países consideren las pruebas históricas y contemporáneas que indican que la partería profesional generalizada institucional y comunitaria es la clave principal para normalizar, humanizar y mejorar la salud materna y perinatal.
- Se cree en general que la formación de parteras es menos costosa que la formación de médicos y, si se puede mostrar que se puede reducir la mortalidad materna a un costo más bajo, esto podría resultar interesante para que aquellos países que han adoptado el modelo dominado por médicos y de mucha intervención lo reconsideren. Por consiguiente, es fundamental incorporar un economista al futuro equipo de investigación para considerar el costo de la asistencia calificada.
- La partería tradicional no debe reemplazarse antes de que la atención calificada se encuentre disponible. Por el contrario, se debe promover la colaboración entre las parteras tradicionales y profesionales con el fin de alentar a las mujeres a que busquen asistencia profesional durante el parto.
- Considerando las pruebas que muestran que las cesáreas están asociadas con una mayor mortalidad materna, resulta fundamental que se inicie un diálogo constructivo entre los ministerios de salud y los médicos y obstetras para establecer los motivos detrás de esta práctica, que debe considerarse inferior al promedio. No se debe permitir que los beneficios personales guíen las normas de la asistencia, que incluso parece crear desigualdades entre los distintos grupos de la población.

REFERENCIAS

- AbouZahr, C, Vlassof C, & Kumar, A (1996). Quality health for women: a global challenge. *Health Care for Women International*, 17, 449-467.
- ACNM, 2002. The core competencies for basic midwifery practice. Adopted by the American College of Nurse-Midwives, mayo 2002. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 47, No. 5.
- Acosta, A, Cabezas, E & Chaparro, JC (2000). Present and future of maternal mortality in Latin America. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 70:125-131.
- Barnes-Josiah, D, Myntti, C & Augustin, A (1998). The "three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science medicine* Vol. 46, No. 8, pág. 981-993.
- Bech Larsen, P (2004). *Obstetrician, Medicos Sin Fronteras [médicos sin fronteras]*, Colombia.
- Boyer, DB, Klima, C y Jennrich, J (2003). Midwifery in northern Belize. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Vol.46, No.1 33-39.
- Bruga, R & Pritze-Aliassime, S (2003). Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8), pág. 616-623.
- Camey, XC, Barrios, CG, Guerrero, XR, Nuñez-Urquiza, RM, Hernández, DG & Glass, AL (1996). Traditional birth attendants in Mexico: advantages and inadequacies of care for normal deliveries. *Social Science & Medicine*, Vol.43, No. 2, pág. 199-207.
- Carroll, D & Benoit, C (2001). Aboriginal midwifery in Canada: Blending Traditional and modern forms. *The Canadian Women's Health Network Magazine*, vol.4, no 3.
- CIA World Factbook, 2003. Última actualización 18 de diciembre de 2003. Sitio accedido el 25 de febrero de 2004. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/jm.html>
- Curtis, SC (1999). Recent changes in birth attendant, place of birth and the use of obstetric interventions, United States, 1989-1997. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 44, No. 4.
- Davis-Floyd, R (2000). Mutual Accommodation or Biomedical Hegemony? *Anthropological Perspectives on Global Issues in Midwifery*. *Midwifery Today with International Midwife*, Spring 53: 12-19.
- Davis-Floyd, R (2003). Home-births emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. *Social Science & Medicine*, 56, pág. 1911-1931.
- Dawley, K (2000). The campaign to eliminate the midwife. *American Journal of Nursing*, Vol. 100(10).
- De Brouwere, V & W. Lerberghe (2001). *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*. Antwerp, ITGpress.
- Declercq, E (2004). Percentage of live births attended by CNMs in the United States, 1989-2001. *The American College of Nurse-Midwives*, vol.49, No1. Decreto No.19301-S (1989). Costa Rica.

- Eichler, R (1999). Suriname Health Sector Assessment. Inter-American Development Bank IDB.
- Enkins, M & Keirse, MJ et al.. (2001). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. London, Oxford University Press.
- Figuroa, JP, Ashely D & McCaw-Binns, A (1990) An evaluation of the domiciliary midwifery practice in Jamaica. West Indian .Medical Journal 39;91.
- Finger,WR (1994). Maternal morbidities affect tens of millions. Network. 14(3):8-11).
- Glei, DA & Goldman, N (2000). Understanding ethnic variation in pregnancy-related care in rural Guatemala. Ethnicity & Health 5(1): 5-22.
- Gonzales Riesco, ML & Tsunehiro, MA (2002). Midwifery and nurse-midwifery education: old problems or new possibilities. Rev. Estud. Fem. 10(2).
- Guild, C (2000). Case Study Contribution of Nursing and Midwifery to Health Systems Performance and Goals in Belize.
- Health communication Partnership Haiti (2004) en www. 06 02.
- Hewitt, H (2004). Información personal.
- Hotimsky, SN, Rattner, D, Venancio, SI, Bógus, CM, & Miranda MM (2002). O parto como eu vejo...ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica [El parto como yo lo veo... ¿o como desearía que fuera? Expectativas de las embarazadas con respecto al parto y la atención obstétrica en el sistema de salud pública]. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311.
- Hunt, LM, Glanz, NM, Halperin, DC (2002). Childbirth care-seeking behavior in Chiapas. Health Care for Women International, 23:98-118.
- Högberg, U (1985). Maternal mortality in Sweden. Department of Public Health and Clinical Medicine. Tesis doctoral. Umeå University, Suecia.
- ICM/FIGO/WHO (1992). The international definition of the midwife. Londres, Conferencia Internacional de Parteras.
- ICM, (2004). Americas Regional Conference, April 23-24th. Trinidad Tobago.
- IPPF (1967). Nurse-Midwives insert IUDs in Barbados. IPPF Medical Bulletin 1 (6):4.
- Jenkins, GL (2003). Burning Bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. Social Science & Medicine, 56, 1893-1909.
- Koblinsky M (2002). Issues in programming for safe motherhood, MotherCare.
- Kwast, B. E. and J. Bentley (1991). "Introducing confident midwives: Midwifery education for Safe Motherhood." Midwifery 7(1): 8-19.
- Kwast, B. E. (1998). "Quality of care in reproductive health programs: concepts, assessments, barriers and improvements - an overview." Midwifery(14): 66-73.
- Land, S (2004). Información personal sobre conversaciones relacionadas con la partería en Cuba.
- Lang, J and Elkin, E (1997). A Study of the Beliefs and Birthing Practices of Traditional Midwives in Rural Guatemala. Journal of Nurse-Midwifery 42(1):25-31.
- Laukaran, VH, Bhattacharyya, A & Winikoff, B (1994). Delivering women-centered maternity care with limited resources: Grenada. Reproductive Health Matters (4), 11-19.

- Lewis, D. (2000). Midwifery in Trinidad and Tobago. *Midwifery Today with International Midwife*. Issue 55, pág. 57.
- Liljestrand, J. (1998). *Supporting Midwifery*. Stockholm, Swedish International Development Agency Cooperation (Sida): 12.
- Maclean, G (2003). The challenge of preparing and enabling 'skilled attendants' to promote safer childbirth. *Midwifery*, 19: 163-169.
- Madison, R (2002). Peru: Midwifery on high. *Midwifery Today*. Accedido el 27 de mayo de 2004, www.midwiferytoday.com/articles/peru.
- Maimbolwa, MC (2004). *Maternity Care in Zambia. With special reference to social support*. Doctoral Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.
- McKendry, R & Langord, T (2001). Legalized, regulated, but unfunded: midwifery's laborious professionalization in Alberta, Canada, 1975-99. *Social Science & Medicine* 53, 531-542.
- MID/95/FAA/3 (1994). *A Discussion paper Nurses and Midwifery*.
- Miller, S, Cordero, M, Coleman, AL, et al. (2003). Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82:89-103.
- MINSA/USAID, 2000. *Encuesta de Establecimientos de Salud, Nicaragua. Measure Evaluation*.
- Estudio MNPI (2003).
- Murray, S (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile. *Qualitative and quantitative study*. *British Medical Journal*, 321(7275): 1501-1505.
- Neglia, B (2004). Información personal.
- Newbrook, R (2004). *Birth in Barbados. The practicing midwife*, volume 7 Number 2, 19-20.
- PAHO, (1998). *Health Situation Analysis and Trends Summary Country Chapter Summary from Health in the Americas*. <http://www.paho.org/english/sha/prflbra.htm>
- PAHO, (2001). *Perfil del sistema sanitario de Ecuador*.
- PAHO, (2002). *Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction*.
- PAHO, (2002). *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services. Mid Term Plan, 2002-2005*. PAHO/HSP/HSO/025.02.
- PAHO, (2003). *Health situation in the Americas: Basic indicators 2002*.
- Paine, LL, Dower, CH, & O' Neil, EH (1999). *Midwifery in the 21st century. Recommendations from the Pew Health Professions Commission/UCSF Center for Health Professions 1998 Taskforce on Midwifery*. *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 44, No.4.
- PAHO. *Organization and Management of Health Systems and Services*. July 2001. *Case Study: Contribution of Nurses and Midwives to Performance and Achievement of Health System Goals-Colombia Case Study*.
- Pettersson, K, Hellsten, P, Ling, M (2002). *Strengthening the obstetric nurse in Nicaragua. An independent study/inventory in two phases*. Department for Democracy and Social Development, Health Division, Sida, Stockholm.
- Pettersson, K (2004). *Challenges and Constraints Encountered by Women and Midwives during Childbirth in Low-income Countries. Experiences from Angola and Mozambique*. Doctoral thesis. Karolinska Institutet, Stockholm. ISBN91-7349-882-X.

- Plummer, K (2000). From Nursing outposts to temporary midwifery in the 20th century Canada. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol.45, N0.2, pág. 169-175.
- Renz, H (2001). Cuban maternity homes. *Midwifery Today* Issue 61.
- Rodgers, KA, Little, M & Nelson, S (2004). Outcomes of training traditional birth attendants in rural Honduras: Comparison with a control group. *Journal of Health & Population in Developing Countries*.
- Romero, LC (2002). Midwifing midwifery in Mexico. *Midwifery Today – International Midwife*.
- Schieber, O'Rourke, Rodríguez, Bartlett, 1994. Analisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. *Bol Oficina Sanit Panam* 117 (3)220-229.
- Segovia, I (1998). The midwife and her functions by level of care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Volume 63, Supplement 1, S61-S66.
- Stone, SE (2000). The evolving scope of nurse-midwifery practice in the United States. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 45, No. 6.
- Szmoisz, S & Vartabedian, R (1992). Midwives: Professionals in their own right. *World Health Forum*. Vol.13.
- Troy, J (2000). Nurse Turner, Jamaican Midwife. *Midwifery Today with International Midwife*; Issue 54, pág. 57.
- Tuesta, AA, Giffin, K, De Sousa Gama, A, D'orsi, E & Barbosa, GP (2003). Saberes e práticas de enfermos e obstetras:cooperação e conflito na assistência ao parto [Cooperation and conflict in childbirth care: representations and practices of nurses and obstetricians]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(5):1425-1436.
- Vázquez-Calçada, JL (1997). Cesarean childbirth in Puerto Rico: The facts. *PRHSJ* Vol 16, No. 4, pág. 395-400.
- WHD.98.8 Improve the Quality of Maternal Health Services. Geneva, World Health Organization.
- WHO/UNFPA/UNICEF/WB (1999). Reduction of maternal mortality. Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2000). Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Accessed 16 Mar 2004.

Anexos

Cuestionario para elaborar un perfil de los servicios de partería en las Américas

La información acerca de los servicios de partería en cada país se usará para orientar el apoyo que la OPS prestará en el futuro a los países para mejorar la contribución de los servicios de partería a la salud y bienestar materno-infantil. Se ha desarrollado considerando la Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del Mapeo de los Servicios de Partería y contribuirá a ese esfuerzo también. También complementará otro trabajo que está siendo desarrollado en la Región para abordar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la atención calificada del parto.

Esta información de base forma parte de un esfuerzo más grande que incluirá perfiles o estudios de casos a fondo en los países seleccionados que reflejan las diversas situaciones en la Región con respecto a los servicios de partería. Los detalles estarán disponibles a los interesados que lo soliciten. Se espera completar este proceso el 30 de junio de 2005.

La Unidad de la Organización de Servicios de Salud (THS/OS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con los actores claves de enfermería y de partería y socios en la Región, organizará y analizará la información básica de todos los países junto con el análisis integral de países seleccionados. Los actores y los socios incluyen la Universidad de las Indias Occidentales, la Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería en América Latina, la Confederación Internacional de Matronas (Regional), centros colaboradores de la OMS para Enfermería y Partería. El protocolo de estudio de casos está disponible a los interesados que lo soliciten. La información recopilada por los actores se presentará para el examen de las autoridades de país antes del uso en el análisis Regional

Para los fines de este proyecto, los servicios de partería se refieren a los servicios prestados por personal no médico durante el embarazo, el parto y período posparto a las mujeres y recién nacidos. La atención también incluye medidas preventivas como orientación/educación de salud y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y la atención de niños. Los proveedores no médico comprenden a parteras, a enfermeras, parteras tradicionales, personal auxiliar, etc. Servicios provistos por parteras tradicionales son cubiertos en una sección de la encuesta.

PAÍS

La información es a nivel nacional. La información del nivel de sub-unidad se analizará para los países seleccionados. La información más reciente se usará. El año y fuente debe indicarse.

	Año/fuente de datos	
15. Estimados de la OMS de la Tasa de Mortalidad Materna		País:
16. Tasa de mortalidad infantil/1.000 (* 20)		País:
17. Incidencia de Sífilis congénita (nuevos casos/ # total de nacimientos vivos)		
18. Prevalencia de infección por VIH general (%) <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de incidencia anual de SIDA/1.000.000 (* 43) • Tasa masculina femenina de casos de SIDA (* 44) 		País: <ul style="list-style-type: none"> • % • %
19. Número de enfermeras/10.000 población (*47)		Indicar # de enfermeras profesionales, técnicos, y/o auxiliares de enfermería
20. Número de parteras calificadas/10.000 población		Indicar # de parteras profesionales, técnicos, y/o auxiliar de partería y/o enfermeras-parteras
21. Número de médicos/10.000 población (* 46)		

(*#) Disponible a través de los indicadores básicos de la OPS

Observaciones o información adicionales sobre los aspectos importantes del país incluyendo indicadores adicionales, tendencias que ayudan a la comprensión del contexto donde se prestan los servicios de partería. Agregue páginas adicionales si es necesario.

SECCIÓN B

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNA

Los servicios de Atención de Salud Materna (ASM) que están disponibles nacionalmente (incluir diferencias urbanas/rurales si las hay y el uso de los servicios de MHC. Proporcionar año y fuente de datos). Categorías de establecimientos de salud variarán entre los países. Sustituya las categorías según las designaciones de países.

	Año/fuente de datos	Nacional	Rural	Urbano
1. Número de Hospitales que realizan la Atención Obstétrica de Urgencia. <ul style="list-style-type: none"> • # de cesárea/año • # de forceps/año • # de extracciones al vacío/año 				
2. Número de Unidades de Maternidad (en establecimientos independientes u hospitales generales) que ofrecen Atención Obstétrica Básica (pero no Atención de Emergencias)				
3. Número de Centros de Salud con camas para los partos				
4. Número de Puestos de Salud que prestan servicios de partería (indique el tipo de servicios)				
5. Porcentaje de las mujeres cubiertas por los servicios de atención prenatal (%) (* 52)				
6. Porcentaje de servicios de atención prenatal (%) provistos por personal no médico				
7. Promedio de visitas de atención prenatal (#) <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que comienzan la atención prenatal en el 1.º trimestre (%) • Mujeres examinadas para detectar el VIH (%) • Mujeres que reciben vacunación antitetánica (%) • Mujeres examinadas para detectar sífilis (%) 	<ul style="list-style-type: none"> • . • . • . • . 	<ul style="list-style-type: none"> • . • . • . • .. 	<ul style="list-style-type: none"> • . • . • . • . 	<ul style="list-style-type: none"> • . • . • . • .
8. Porcentaje de Partos Institucionales (%)				
9. Porcentaje de partos a domicilio)				
10. Porcentaje de partos atendidos por no-médicos (%)				

	Año/fuente de datos	Nacional	Rural	Urbano
11. Porcentaje de episiotomías (%) a. primipara b. multipara				
12. Atención posparto disponible Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (dentro de 6 semanas)				
13. En caso afirmativo, el porcentaje de Atención Posparto a cargo de las mujeres				
14. Porcentaje de visitas post parto por personal no-médico (%)				
15. Porcentaje de las mujeres cubiertas por los servicios de Planificación de la Familia • % de las Mujeres que usan los anticonceptivos (* 58)				
16. Porcentaje de visitas de planificación familiar por personal no-médico.				
17. Atención de abortos disponible Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
18. Pago de los servicios • Gratuito Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Tarifas regulares que pagan los usuarios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Tarifas no-regulares que pagan los usuarios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Otro sistema				

Observaciones o información adicionales sobre los aspectos importantes del país incluyendo indicadores adicionales, tendencias que ayudan a la comprensión del contexto donde se prestan los servicios de partería. Agregue páginas adicionales si es necesario.

SECCIÓN C

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA

Esta sección proporciona información sobre los alcances de la práctica a las diversas categorías de proveedores de los servicios de salud maternos. La información debe reflejar la situación común o el proveedor principal así como el número de diferentes posibilidades considerando las políticas existentes sobre los alcances de la práctica. Indique si los proveedores varían en rural frente a los entornos urbanos o en privado frente a los entornos públicos o indicar si la información proporcionada se refiere sólo al sector público. Agregue las categorías si el país tiene una categoría especial de trabajador interesado en la entrega de estos servicios. Esta sección se refiere a la categoría en el servicio de salud y no al programa educativo que prepara al individuo.

<p>Prestación de servicios de salud materna</p>	<p>Categoría de personal de salud</p> <p>Partera (P); Enfermera (E); Auxiliar de enfermería (AE); Enfermera/partera (EP); Enfermera obstétrica (EO); Auxiliar de enfermería/partería (AEP); Estudiantes de medicina (EM); Médico general (MG); Obstetra (OB);Pediatra (P); Neonatólogo (N)</p> <p>Otro_____</p>
<p>Tipo y lugar de atención prenatal</p>	<p>Letra/s mayúscula (todas las que apliquen)</p>
<p>1. Embarazo de bajo riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud ▪ Hospital <p>2. Embarazo de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud ▪ Hospital <p>Tipo y lugar del Parto</p> <p>1. Parto normal en el Hospital de Referencia que ofrece Atención Comprensiva de Emergencia (AOCE)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo del parto ▪ Ayudando otros en el parto ▪ Conducir partos ▪ Supervisión de partos <p>2. Partos complicados en el Hospital de Referencia con AOB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo del parto ▪ Ayudando otros en el parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ .

Prestación de servicios de salud materna	Categoría de personal de salud Partera (P); Enfermera (E); Auxiliar de enfermería (AE); Enfermera/partera (EP); Enfermera obstétrica (EO); Auxiliar de enfermería/partería (AEP); Estudiantes de medicina (EM); Médico general (MG); Obstetra (OB);Pediatra (P); Neonatólogo (N) Otro_____
<i>Situaciones específicas</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episiotomía ▪ Reparación de episiotomía ▪ Administración de Oxytocin ▪ Presentación de nalgas ▪ Mellizos ▪ Placenta retenida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . ▪ . ▪ .
3. Parto normal en la Unidad de Maternidad del hospital general que ofrece Atención Obstétrica de Básica de Emergencia (AOBE) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo del parto ▪ Asistir otros con el parto ▪ Conducir parto ▪ Supervisión de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . ▪ .
4. Parto complicado en la Unidad de Maternidad que ofrece Atención Obstétrica Básica de Emergencia (AOBE) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo del parto ▪ Asistir otros con el parto ▪ Complicaciones de diagnóstico y referentes <i>Situaciones específicas</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episiotomía ▪ Reparación de episiotomía ▪ Administración de Oxytocin ▪ Presentación de nalgas ▪ Mellizos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . <ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . ▪ . ▪ .
5. Parto normal en el Centro de Salud <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo del parto ▪ Asistir otros con el parto ▪ Conducir parto ▪ Supervisión de parto <i>Situaciones específicas</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episiotomía ▪ Reparación de episiotomía ▪ Administración de Oxytocin ▪ Retención de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . ▪ . <ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . ▪ .

Prestación de servicios de salud materna	Categoría de personal de salud Partera (P); Enfermera (E); Auxiliar de enfermería (AE); Enfermera/partera (EP); Enfermera obstétrica (EO); Auxiliar de enfermería/partería (AEP); Estudiantes de medicina (EM); Médico general (MG); Obstetra (OB);Pediatra (P); Neonatólogo (N) Otro_____	
6. Parto domiciliario		
Tipo y lugar de la atención neonatal		
1. Recién nacido normal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de salud ▪ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . 	
2. Neonatal que requiere reanimación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de salud ▪ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . 	
Tipo y lugar de la atención posparto (dentro de 6 semanas)		
1. Normal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de salud ▪ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . 	
2. Complicado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de salud ▪ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . 	
Tipo y lugar de la planificación familiar		
1. Centro de Salud/Hospital <ul style="list-style-type: none"> ▪ Píldoras ▪ DIU ▪ Inyecciones 	Centro de Salud <ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ . 	Hospital <ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . ▪ .
2. Complicado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de salud ▪ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ . ▪ . 	

La auditoría de la muerte materna y neonatal son conducidas en:		
Hospitales que prestan Atención Obstétrica Comprensiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	% muertes
Hospitales que prestan Atención Obstétrica Básica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	% muertes
Otros	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	% muertes

SECCIÓN D

PARTERAS TRADICIONALES DE PARTERAS/TRADICIONALES

Esta sección está destinada a proporcionar información sobre el grado en que las parteras tradicionales prestan servicios en el país.

1. Partos por las parteras tradicionales (#/%) _____ Año y fuente _____
3. Oficialmente adiestrado (#) _____
3. Duración del adiestramiento (semanas/meses) _____
4. Adiestrado por: (¿MS, el UNICEF, otros?) _____
5. Parto por la partera tradicional registrada: **Sí** **No**
6. Números/año (#) _____
7. Servicios prestados por la partera tradicional/partera tradicional adiestrada

8. Proporcione información adicional con respecto a lo siguiente:

¿Cómo se pagan los servicios de las parteras tradicionales? ¿Qué apoyo (suministros, etc.) se le da a la partera tradicional adiestrada. ¿Quién supervisa a la partera tradicional adiestrada? ¿Cuál es la condición jurídica del parto realizado por la partera tradicional? ¿Cómo se hacen las referencias de la partera tradicional al sistema oficial? ¿Hay casos donde la partera tradicional está prestando servicios en los establecimientos públicos? Favor explicar.

SECCIÓN E

EDUCACIÓN ENFERMERA/PARTERA

Esta sección proporciona información sobre los programas formales educativos o de adiestramiento para recibir un certificado o licencia u otro mecanismo que califica al individuo para un alcance específico de la práctica. Si el programa existiera en el pasado pero no existe actualmente, indique el último año cuando se ofreció el programa. Proporcione información adicional al final de la sección.

Educación de enfermera/partera	# Programas	Duración Años/meses	Profesores Enfermeras (E), los médicos (M), otros (O, especificar)
1. Enfermera con especialidad en Salud Materna pero no partera (SMI//Saúde Materno Infantil I)			
2. Enfermera/partera: Enfermera regular con posgraduado en partería (EP)			
3. Partera (PED)			
4. Enfermera/partera con educación avanzada <ul style="list-style-type: none">▪ Maestría▪ PhD			
5. Enfermera general con conocimiento obstétrico (EG)			
6. Auxiliar de enfermería/partera (AE/P)			
7. Auxiliar de enfermería con conocimiento obstétrico (AE)			
8. Otros			

¿Si existe más de un programa en el país, hay normas a través de los diferentes programas? Explicar

Requisito de entrada a:	Años de educación básica	Otros requisitos
• Enfermera con especialidad en Salud Materna		
• Enfermera/Partera		
• Partera		
• Maestría/PhD		
• Enfermera general con conocimiento de obstetricia		
• Auxiliar de enfermería/Partera		
• Auxiliar de enfermería con conocimiento de obstetricia		
• Otros		

Numere los proveedores existentes en el país: Proporcionar fuente y fecha. Indique el número de graduados de cada año.

Requisito de entrada a	Fuente y fecha	# nuevos graduados por año
• Enfermera con especialidad en Salud Materna		
• Enfermera/Partera		
• Partera		
• Maestría/PhD		
• Enfermera general con conocimiento de obstetricia		
• Auxiliar de enfermería/Partera		
• Auxiliar de enfermería con conocimiento de obstetricia		
• Otros		

SECCIÓN F

LEGISLACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERA/PARTERA

Esta sección proporciona información sobre la manera que la salud reproductiva se regula en el país.

1. ¿Es necesario tener licencia o acreditación/certificación formal para proporcionar servicios de ASM para?:

- Enfermeras **Sí** **No** **Se desconoce**
- Parteras **Sí** **No** **Se desconoce**
- Auxiliares de Enfermería **Sí** **No** **Se desconoce**
- Partera auxiliar **Sí** **No** **Se desconoce**

2. ¿Hay normas clínicas y/o existen protocolos?:

- | | Centros de salud | Hospitales |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Enfermeras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Parteras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Auxiliares de enfermería | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |

3. ¿Hay descripciones de puesto específico para ASM?:

- | | Centros de salud | Hospitales |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Enfermeras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Parteras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Auxiliares de enfermería | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |

4. ¿Se da supervisión de ASM a: los hospitales de centros de salud?

- | | Centros de salud | Hospitales |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Enfermeras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Parteras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |
| • Auxiliares de enfermería | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |

Protocolo del estudio de casos para elaborar un perfil de los servicios de partería en las Américas

INTRODUCCIÓN

Se estima que la calidad de atención que se presta durante el parto influye entre la vida o muerte o mutila a millones de mujeres de por vida (Koblinsky 1995; Starrs 1997; Kwast 1998). Uno de los componentes principales es la presencia de los ayudantes capacitados, o sea, los médicos, las parteras y las enfermeras especializadas en partería (Donnay 2000; Cook 2000). La evidencia histórica indica que al introducir las parteras competentes y los sistemas de información fueron factores importantes para mejorar la salud materna y perinatal en los países como Holanda y Suecia, quienes durante el siglo XIX enfrentaron problemas similares a los países de bajos ingresos de hoy (Högberg 1985; Schuitemacher, Gravenhorst et al. 1991; Romlid 1998; Andersson 2000).

El acceso a la atención capacitada durante el parto es, sin embargo, sumamente limitado en muchos países y comprende de 6-86%. La asistencia capacitada, cuando está disponible, no asegura la calidad de atención. Un examen de los datos epidemiológicos aporta las pruebas cuantitativas de la prestación de atención de salud, pero no indica la calidad de atención ofrecida. La investigación ha indicado, sin embargo, que la mala calidad de la atención influye negativamente en la salud de la mujer y hace que influya en el comportamiento en muchas mujeres de no buscar la asistencia institucional durante el parto (Jewkes, Abrahams et al. 1998).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mapeo mundial de los servicios de maternidad (OMS/CIN/FICO/CIN 2002), en los cuales los servicios prestados por enfermera/parteras están incluidos como un elemento específico (WHO 2002), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha decidido emprender esfuerzos similares para delinear los servicios de partería y los ejercicios en las Américas.

La partería, tanto como una especialidad de la enfermería y como profesión, ha hecho contribuciones importantes a la salud materna y perinatal en las Américas durante el último decenio. Varios países tienen una larga historia de la partería y/o los servicios de enfermería-partería, tales como Chile, Costa Rica y Uruguay, y se considera que han contribuido positivamente a la reducción de materna y la morbilidad perinatal y la mortalidad (Land 2002). Otros países, sin embargo, como Nicaragua, no han incluido a enfermeras y/o las parteras en los servicios de parto (Pettersson et al, 2001) pero recientemente se enfoca como una solución para reducir la elevada tasa de mortalidad materna (vacuna triple MMR).

Se va a conducir una encuesta para obtener información de base en 38 países, con un cuestionario desarrollado por el equipo de la OPS que está realizando el estudio. Se basa en parte en el cuestionario usado por la OMS en su esfuerzo de proyectar los servicios mundiales de partería (WHO 2002), y en los cuestionarios y los documentos relevantes de la OPS Washington (PAHO 2001, PAHO 2002, PAHO 2003). Según Camacho et al (2002), el examen de los programas con éxito produjo cuatro modelos de prestación de atención del parto; i) asistencia/parto no profesional en casa, ii) ayudante capacitado/parto en casa, iii) ayudante capacitado/parto en un establecimiento de (centro de salud) Atención Obstétrica Básica de Emergencia (BEOC) y iv) parto asistidos por ayudantes capacitados en la Atención Obstétrica Integral de Emergencias (CEOC) establecimiento (hospital). Un estudio similar, explorando los proyectos con éxito de maternidad sin riesgo en América Latina y Caribe, será emprendido por el programa de Maternidad Segura” (Camacho et al, 2003). Mientras que esto indudablemente traerá información valiosa a este proyecto, también se considera esencial realizar los estudios exhaustivos en los países seleccionados para ilustrar diversos aspectos, éxitos así como fracasos, de los servicios y las prácticas de enfermería/partería y diversos modelos de la atención médica de la madre. La intención es dar recomendaciones en base a los resultados.

La investigación de estudio de casos se ha emprendido a través de una variedad de disciplinas. Hamel (1993) detecta el origen de los estudios de casos científicos sociales modernos mediante la antropología y la sociología (Creswell 1998). También se ha usado ampliamente en la psicología (Freud), en la medicina (análisis de casos de una enfermedad específica, de las cuales infecciones por el VIH/SIDA es uno de los más conocidos), en leyes (jurisprudencia) y en ciencias políticas (informes de casos) (Creswell 1993).

METODOLOGÍA

DEFINICIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

El diseño del estudio de caso incluye una exploración intensiva de una unidad del estudio; una persona, una familia un grupo una comunidad, o una institución (Quemaduras y Plantación 1993). Según Creswell (1998) un estudio de casos es la exploración de un “sistema limitado” durante un tiempo a través de la recopilación de datos detallada, exhaustiva incluyendo múltiples fuentes de información rica en contexto. Adicionalmente, Stake (1995) distingue entre el i) el estudio de casos intrínsecos es decir, un caso que es único y por consiguiente debe estudiarse y ii) el estudio de caso instrumental es decir, el caso estudiado se usa como un instrumento para ilustrar casos similares. Si se estudia más de un caso, se denomina un iii) el estudio de caso colectivo.

En este estudio, los casos se denominan países específicos en donde parte de un sistema, es decir, los aspectos de enfermería/partería de los servicios de atención de salud materna de un país se examinarán.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Según Creswell (1998), la selección de los casos se hace preferentemente mediante el *muestreo con buenos propósitos* (Strauss y Corbin 1990), lo que significa que los casos que muestran perspectivas diferentes, los casos extraños, los casos ordinarios o disponibles (muestreo de comodidades) del tema que se está estudiando pueden ser seleccionados. El número de casos y métodos para aplicar en la recopilación de datos depende del plazo así como los fondos asignados para el estudio. Un mínimo de un país para cada subregión de las Américas estará incluido en el presente estudio.

MÉTODOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Un autor de estudio de casos tiene una gran variedad de enfoque para desarrollar el estudio de casos. Se recomiendan los enfoques cuantitativos (descriptivo, analítico) y los cualitativos (exploratorio, descriptivo) (Yin 1989); sólo la falta de tiempo y de recursos financieros pueden limitar la amplitud del estudio, en particular la discusión de los estudios de casos como se menciona en este documento. Sin embargo, la recopilación de datos es extensa y extrae múltiples fuentes de información tales como las observaciones, las entrevistas, los documentos y los materiales audiovisuales. Yin (1989) propone que los siguientes seis tipos de información estén incluidas: i) la documentación, ii) los registros de archivo, iii) las entrevistas, iv) las observaciones directas, v) las observaciones de participantes y vi) los artefactos físicos.

No hay ninguna duda de que las observaciones directas o de los participantes son los métodos esenciales de recopilación de datos en los estudios de caso y si esto no se da, quizás se pierda la información esencial. Sin embargo, como el factor tiempo es crucial para el estudio de caso real, no es factible centrar la atención en los estudios de observación, por consiguiente propongo que lo siguiente debe estar incluido:

- Revisión bibliográfica
- Cuestionarios (Cuestionario General de Encuesta y un Cuestionario de Enfermera/partera)
- Entrevistas

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Un examen/estudio sistemático de la bibliografía disponible relacionada con los servicios de atención de salud materna, los proveedores de los servicios y la utilización de los servicios puede proporcionar bastante información. La bibliografía debe buscarse dentro del país mismo (Ministerio de Salud, instituciones de adiestramiento, hospital/centros de salud y organizaciones como UNICEF, OPS, PNUD y ONG como organizaciones de mujeres). Sin embargo, es también crucial efectuar búsquedas en las bases de datos de investigación (PUBMED, POPLINE, bases de datos español/portugués) así como la OMS, el Banco Mundial y las bases de datos de las Naciones Unidas.

- Documentos/informes/publicaciones relacionadas con la situación socioeconómica (educación, tasa de empleo, ingresos, condiciones de vida)
- Documentos/informes/publicaciones sobre el estado reproductivo de la población
- Organigramas nacionales/regionales/Locales (servicios de atención de salud materna (ASM), sistema de referencia)
- Normas clínicas y sistemas de auditoría - Servicios de SMI
- Programa de estudios relacionados con la educación de enfermería/partería
- Publicado/inédito, los estudios nacionales/regionales/internacionales relacionados con el estado de salud materna, los servicios ASM, la percepción de los servicios de los interesados de atención y/o prestadores de asistencia
- Estadísticas nacionales relacionadas con el estado de salud materno/perinatal
- Otras estadísticas disponibles relacionadas con el estado de salud materno/perinatal (OMS, OPS, PNUD, UNICEF, Libro del Hecho Mundial)

CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DE ENCUESTA GENERAL

El instrumento se desarrolló para la encuesta general también se aplicará en los estudios de casos. El número de cuestionarios para distribuirse no debe ser menos de 15 e incluir las siguientes entidades:

- Personal ASM al nivel de ministerio de salud
- Profesores de instituciones que educan a enfermera/parteras
- Personal ASM en los centros de salud (zonas rurales) y los hospitales (zonas urbanas) (preferentemente obstetras y enfermera/parteras)

CUESTIONARIO PARA ENFERMERA/PARTERAS QUE PRESTAN ATENCIÓN ASM (ANEXO I)

El cuestionario ha sido desarrollado por el consultor sueco que consultando las prácticas en base de pruebas (Enkin y Keirse, 2001) y las aptitudes que salvan vidas (Marshall y Buffington, 1998). Además, el formato de la entrevista desarrollado por Marshall (1989) para su tesis doctoral ha sido valioso para el desarrollo del cuestionario para el protocolo de estudio de casos.

El cuestionario debe ser llevado a las zonas urbanas así como rurales, la comunidad, los centros de salud y los hospitales. El tamaño de la muestra debe ser alrededor de 100.

ENTREVISTAS

“Si usted quiere comprender a las personas, por qué no conversar con ellos” (Kvale, 1996). La entrevista cualitativa es una herramienta, que procura el descubrimiento de fenómenos, de las características o los significados en lugar de decidir la frecuencia de un problema preexistente (Svensson y Starrin 1996). Sin embargo, una entrevista exhaustiva o no estructurada, requiere una guía para asegurar que todos los aspectos relacionados con el área de investigación están cubiertos (Patton 1987; Svensson y Starrin 1996). Un aspecto importante, que se debe honrar en este método, es el cuestionamiento abierto que le permite al entrevistado reflejar libremente y al investigador seguir la delantera.

Aunque las estadísticas proporcionen conocimiento, a veces sólo sirve para indicar la magnitud de una situación como el que nosotros proponemos examinar. Por consiguiente se considera esencial acercarse a la “verdad” de otro ángulo y búsqueda, en especial las opiniones de los que prestan servicios relacionadas con ASM y la atención recibida. Los siguientes temas deben tratarse, preferentemente con grupos urbanos y rurales de mujeres y con las organizaciones de mujeres i) la percepción de la atención de embarazos y el parto, ii) la utilización de la atención durante el embarazo y el parto, iii) el pago para la atención durante el embarazo y el parto y iv) la importancia de las tradiciones relacionadas con el embarazo y el parto.

RECOPIACIÓN DE DATOS

Los asistentes de investigación emprenderán la recopilación de datos en los países seleccionados en colaboración con socios identificados. El informe de estudio de casos será un esfuerzo conjunto de los participantes principales y puede preferentemente estar preparado como un artículo/informe científico para publicarse en una revista internacional del mismo rubro.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos será hecho por los centros de investigación identificados en colaboración con los países seleccionados. Hay varias maneras por las cuales se podría hacer esto. Yin (1989) propone que se puede realizar un análisis holístico de todo el caso o un análisis arraigado de uno o varios aspectos del caso. Stake (1995) argumenta que una descripción detallada del caso surge durante el análisis así como la identificación de los investigadores de los temas y la interpretación de estos. El análisis definitivamente dependerá de qué métodos se eligen para la recopilación de datos y en el presente estudio esto incluirá la estadística (SPSS) así como el análisis temático cualitativo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es esencial buscar el consentimiento informado del Ministerio de Salud para emprender este estudio de caso. También se debe buscar el consentimiento fundamentado verbal o firmado de los entrevistados, en conformidad con las normas nacionales para la investigación.

RESULTADOS

PROTOCOLO PARA EL DISEÑO DEL ESTUDIO DE CASO

1. *Introducción*

- El contexto en el cual el estudio de caso se emprendió

2. *Antecedentes:*

- Antecedentes socioeconómicos y demográficos del país
- Aspectos culturales
- Breve historia del papel de enfermería/partería en los servicios ASM en el país

3. *Descripción de la metodología*

- Planificación del estudio (participantes, plazo)
- Recopilación de datos (métodos usado, números de datos recogido en cada método)
- Análisis de datos

4. *Resultados*

- Diagrama de flujo del sistema de atención de salud—dónde y clase de servicios de ASM/partería se proporcionan y por quién
- Estadística—cobertura de los servicios de ASM/partería (prenatal, parto, posparto, planificación de la familia) rural así como urbano

- El sistema educativo para las enfermeras/parteras/auxiliares que prestan atención de salud materna/partería: (diagrama de flujo, la descripción de programas de estudios, el sistema de supervisión, la categoría de profesores)
- Estadística–utilización de los servicios ASM/partería (prenatal, parto, posparto, planificación de la familia)
- Presentación cualitativa de la percepción de los cuidadores de la salud - citas de las entrevistas

5. Discusión

- Aspectos metodológicos
- El modelo de los servicios ASM/partería encontrados en el país
- La calidad comprendida/percibida de atención–ejercicios y los servicios (con relación a salud materna, utilización de servicios ASM/partería, percepciones de enfermeras/parteras y percepciones de cuidadores)
- Calidad de la educación de enfermera/partería
- Temas específicos identificados que influyen en los servicios y utilización de ASM/partería
- Recomendaciones

6. Agradecimientos

REFERENCIAS

1. Andersson, T. (2000). La supervivencia escolar de las madres y sus descendencia en Suecia de siglo XIX y Etiopía rural contemporánea. Epidemiología, Public Health y medicina clínica. Umeå, Umeå University.
2. Burns, N, la Plantación, S.K. (1993). La práctica de la investigación en enfermería. La realización, la crítica y la utilización. W.B. Saunders Company, Filadelfia.
3. Camacho, V., Koblinsky, M., Danel, I. (2003). Los estudios de casos para la Maternidad sin Riesgo:
4. El aprendizaje de los países. La OPS, Washington, D.C..
5. Cook, C. (2002). "Los efectos de los ayudantes capacitados de salud sobre la reducción de las defunciones maternas en los países en desarrollo: la prueba del modelo médico". Evaluación y programa que planifica 25: 107-116.
6. Creswell, J.W. (1998). Investigación cualitativa y diseño de la investigación. Elección entre cinco de tradiciones. Publicaciones sabias. Mil robles.
7. Donnay, F. (2000). "La supervivencia` materna en los países en desarrollo: lo que se ha hecho, lo que puede lograrse en el próximo decenio". Int J Gynaecol Obstet 70(1): 89-97.
8. Enkin, M., & Keirse, M. (2001). Una guía para la atención eficaz en el embarazo y el parto. Londres: Prensa Universitaria de Oxford.
9. Högberg, U. (1985). La mortalidad materna en Suecia. Departamento de Salud Pública y Medicina Clínica. Univeristy of Umeå.

10. Jewkes, R., N. Abrahams, et al. (1998). "Por qué maltratan las enfermeras a los pacientes? Los reflejos de los servicios obstétricos sudafricanos". Medicamento científica social 38: 1069-1073.
11. Koblinsky, M. A. (1995). "Más allá de la Mortalidad materna - la magnitud, la interrelación y las consecuencias de women's salud, las complicaciones relacionadas de embarazos y el estado de nutrición en el resultado de embarazo". Revista internacional de la ginecología y la obstetricia Suppl. 21-23.
12. Kvale, S. (1996). Forskningsintervjun kvalitativ de la guarida [La entrevista por investigación cualitativa]. Studentlitteratur, Lund.
13. Kwast, B. E. (1998). "La calidad de atención en los programas de salud reproductiva: los conceptos, las evaluaciones de Vidas, las barreras y las mejoras--una panorámica". La partería (14): 66-73.
14. Land, S. (2002). El mejoramiento de la contribución de los servicios `de partería` a la salud perinatal en la región de las Américas. La OPS, Washington, D.C..
15. Marshall, M.A., Buffington, S.T. (1998) Manual de Maniobras de Reanimación para Parteras 3er ed. Washington, D.C..
16. Marshall, M.A. (1989). Tesis doctoral: Una Investigación Preliminar de los factores Culturales y de Servicio Contribuyendo a la Mortalidad Materna en el Mayor Accra Region, Ghana Como Percibido por las Parteras del Sector Privado: Implicaciones para la política de educación.
17. LA OPS (2001). Alianza Colaborativa para el Desarrollo de Enfermería y `partería` en la Región de las Américas. OP.ES/HSP/HSO/019.01.
18. LA OPS (2003). Indicadores De Salud Materna
19. LA OPS (2002). Los servicios de enfermería y `partería` que contribuyen a la Equidad, el Acceso, la Cobertura, la Calidad y la sostenibilidad en los Servicios de Salud. OPS/HSP/HSO/025.02
20. Patton, M. Q. (1987). Cómo usar los métodos cualitativos en la evaluación. California, las Publicaciones Sabias Inc.
21. Pettersson, K.O., Hellsten, P. Ling, M. (2002). El fortalecimiento la enfermera obstétrica en Nicaragua. Departamento para la Democracia y Desarrollo Social, la División de Salud. Sida, Estocolmo.
22. Romlid, C. (1998). Makt, motstånd och förändring. Uppsala University.
23. Starrs, A. (1997). El programa de acción `de maternidad sin riesgo`: Las prioridades durante el próximo decenio: informar de la `maternidad sin riesgo` sobre la consulta técnica. Nueva York, la Atención Familiar Internacional.
24. Svensson, P. G. y B. Starrin (1996). Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund, Studentlitteratur.
25. Stake, R. (1995). El arte de la investigación en estudio de casos: Diseño y método. Publicaciones sabias. Newbury Park.
26. Strauss, A., Corbin, J. (1990). Fundamentos de la investigación cualitativa. Procedimientos de teoría preparada y técnicas. Publicaciones sabias. Newbury Park.
27. OMS/ICM/FIGO/CIN (2002). Los servicios de maternidad de mapeo del Mundo.
28. OMS (2000). El mapeo de los Servicios `de Partería` en el mundo: Un cuestionario.

29. Yin, R.K. (1989). Investigación en estudio de casos: Diseño y método. Publicaciones sabias, Newbury Park.

APÉNDICE I

ENTREVISTA/PROTOCOLO PARA LA ENFERMERA/PARTERA QUE PRESTA SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNA

* Protocolo a usar al entrevistar a las enfermeras o parteras en los hogares maternos permanentes libres u otros entornos no hospitalarios

País _____ Categoría profesional _____

Cómo se dirigen a usted _____

Entrevista No _____

Edad _____

Educación: Años/meses

Básico/elemental _____

Profesional _____

La experiencia de ASM atiende:

Años

Centro de salud (CS)
Hospital (H) Práctica Privado
(PP) Centro Natal (CN)

Atención prenatal

Atención del parto

Atención posparto

Planificación de la familia

Ha rendido o ha sido adiestrado para los siguientes procedimientos para:

Rendir Adiestrado a realizar

Atención prenatal

SÍ/NO

SÍ/NO

- Altura uterina del monitor
- Monitorear presión arterial
- Monitorear frecuencia cardíaca fetal
- Monitorear el peso las mujeres
- Proporcionar orientación nutricional
- Medir la altura de las mujeres
- Proporcionar tratamiento profiláctico

¿En caso afirmativo, qué clase de tratamiento?

- Realizar pruebas o evaluar enfermedades que se transmiten sexualmente

¿En caso afirmativo, qué tipo de enfermedades?

- Recomendar exámen para enfermedades que se transmiten sexualmente _____

¿En caso afirmativo, qué tipo de enfermedades? _____

- Diagnosticar los embarazos de riesgo _____
- Monitoreo de embarazos de riesgo _____
- Transferencia de embarazos de riesgo _____

¿Tiene el equipo necesario para realizar los procedimientos anteriores? _____

¿Si no, qué equipo falta? _____

Tiene usted las normas clínicas para la atención prenatal: **SÍ/NO**

- Centro de salud _____
- Hospital _____

¿A cuántas mujeres embarazadas ve por día? (#) _____

¿Mantiene el registro de atención prenatal de la mujer con usted? (SÍ/NO) _____

Cuál es el número promedio (#) de visitas de atención prenatal para:

- Nulíparas _____
- Multíparas _____

Ha rendido o ha sido adiestrado para los siguientes procedimientos para: **funcionar** **Rendir realizado** **Adiestrado**

Atención del parto **SÍ/NO** **SÍ/NO** **HC/H**

A

- Admitir a la mujer en parto
 - ¿Realizar el afeitado corriente? _____
 - ¿Administrar los enemas corrientes? _____
- Tomar la historia de las mujeres en el parto _____
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal _____
- Monitoreo de las contracciones uterinas _____
- Dilatación cervical del monitor
 - ¿En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____
- Usar un partograma _____

B

- Dar a luz
 - ¿En caso afirmativo, en qué posición? _____
- Secar al bebé recién nacido _____
- Atención de piel con piel (Canguro)
 - para evitar hipotermia _____
- ¿En caso afirmativo, en qué momento del posparto? _____
- Controlar la temperatura del recién nacido
 - En caso afirmativo, cómo y con qué frecuencia _____
- Pesar al bebé _____
- Iniciar lactancia materna inmediata _____

- Agregar la medicina oftálmica a los ojos del bebé _____
- Resucitar al bebé recién nacido _____
- Prestar atención al cordón _____
- En caso afirmativo, qué tipo de atención se presta _____

Ha rendido o ha sido adiestrado para los siguientes procedimientos para:	Rendir funcionar	Adiestrado realizado	Ubicación
	SÍ/NO	SÍ/NO	HC/H

C

- Realizar las episiotomías _____
- ¿En caso afirmativo, cuándo? Siempre _____ Cuando sea necesario _____
- Primíparas _____
- Multíparas _____
- Realizar las episiotomías _____
- Episiotomías de la sutura (reparación) _____
- Suturar (reparación) los desgarros vaginales _____
- Suturar (reparación) los desgarros del cuello uterino _____
- Recibir la placenta _____
- Extraer manualmente la placenta _____
- Comprimir bimanualmente el útero _____
- Prescribir los medicamentos de urgencia _____
- Entregar la braga _____
- Recibir los gemelos _____
- Realizar las extracciones por vacío _____
- Realizar el parto con fórceps _____
- Ayudar a las cesáreas _____
- Realizar los abortos _____
- Administrar la atención de posaborto _____

D

- Venocclisis del comienzo _____
- Administrar los medicamentos oxitócicos ¿En caso afirmativo, cómo? _____
- Administrar el sulfato de magnesio como 1.ª dirección de eclampsia _____
- Administrar los antibióticos ¿En caso afirmativo, cómo? _____
- Administrar las transfusiones de sangre _____

Los procedimientos antes mencionados, los medicamentos y el tratamiento disponibles?: SÍ/NO

- Centro de salud _____
- Hospital _____
- El hogar _____

En caso negativo, especificar

Tiene usted normas clínicas para los procedimientos antes mencionados, y tratamiento disponible en:

- Centro de salud
- Hospital

SÍ/NO

¿Tiene usted sistemas de auditoría implantados en el caso de muerte materna o muerte perinatal/neonatal?

SÍ/NO

¿Cuánto tiempo es la estadía de una mujer por parto normal?

- Centro de salud
- Hospital

Horas/días

Atención posparto

SÍ/NO

- ¿Está adiestrado para realizar la atención posparto?

¿En caso afirmativo, qué clase de atención se le adiestra para administrar?

- La atención posparto está disponible para las mujeres en el:

- Centro de salud
- Hospital

SÍ/NO

- En caso afirmativo, describir ¿qué clase de atención hay disponible?

Planificación de la familia

SÍ/NO

- ¿Está adiestrada/o para la planificación familiar?

¿En caso afirmativo, qué clase de planificación familiar se adiestra para dar?

- Está la planificación familiar disponible para las mujeres en:

- Centro de salud
- Hospital

SÍ/NO

- En caso afirmativo, describir qué clase de planificación familiar está disponible

Ginecología

SÍ/NO

- ¿Está adiestrado para realizar la atención ginecológica? _____
- ¿En caso afirmativo, qué clase de atención se le adiestra para administrar?

- La atención ginecológica está disponible para las mujeres en: SÍ/NO
Centro de salud _____
Hospital _____
- En caso afirmativo, describir la clase de atención que está disponible
