



# Fortalecimiento de la partería profesional en México: Evaluación de los avances 2015-2018

Informe a la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur  
Enero 2019

Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees, Paola Ma. Sesia  
con la asistencia de Gabriela Blanco, Dolores Coronel, Gilmaro Cuellar, Rebeca Hernández, y Clara Yang

<b>CONTENIDO</b>	
<b>GLOSARIO</b>	3
<b>CONCEPTOS CLAVE</b>	5
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	7
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
1. CREANDO LAS CONDICIONES PARA LA INICIATIVA	
1.1 Antecedentes y propósito	11
1.2 Avances contextuales a partir de la línea de base	12
<b>TEORÍA DE CAMBIO</b>	
2. CONTRIBUYENDO A LA SOLUCIÓN: INICIATIVA PARA PROMOVER LA PARTERÍA PROFESIONAL EN MÉXICO	
2.1 Evolución de la teoría de cambio 2015-2018	13
2.2 Indicadores	16
<b>LA INICIATIVA</b>	
3. IMPLEMENTACIÓN DE LA VISIÓN	
3.1 La cartera de donativos	20
3.2 Estrategias de vinculación	20
<b>MÉTODO</b>	
4. MEDICIÓN DE CAMBIOS DESDE LA LÍNEA DE BASE	
4.1 Metodología	21
4.2 Limitaciones metodológicas	23
<b>RESULTADOS</b>	
5. CAMBIOS CON RESPECTO A LA LÍNEA BASE	
5.1 Marco normativo y de políticas públicas	24
5.2 Reconocimiento y demanda	34
5.3 Programas de formación	43
5.4 Inserción y calidad de la atención	51
5.5 Teoría de cambio a nivel estatal	60
<b>REFLEXIONES FINALES</b>	
6. INTEGRANDO LOS RESULTADOS	
6.1 Elementos del éxito	63
6.2 Avances en los conceptos transversales: impulso, sostenibilidad y punto de inflexión	64
6.3 Conclusiones	65
ANEXO A: DOCUMENTOS DE REFERENCIA	66
ANEXO B: NUMERALIAS, CUADROS Y FIGURAS	99

## GLOSARIO

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados
AMP	Asociación Mexicana de Partería
ANPP	Asociación Nacional de Parteras Profesionales
CAE	Comité Asesor de la Evaluación
CASA	Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende, AC
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud de las Secretarías de Salud y de Educación Pública
CIMlgen	Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COMLE	Colegio Mexicano de Licenciadas en Enfermería
COMPECER, S.C.	Centro de Certificación
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CPE	Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud
CPMS-M	Comité Promotor por una Maternidad Segura - México
DE	Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud
EEP	Enfermera especialista perinatal
EmON	Emergencia obstétrica y neonatal
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENEO	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México
ESEO	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional
FEMCE	Federación Mexicana de Colegios de Enfermería
GIIP	Grupo Intersectorial para el Impulso de la Partería
CIM	Confederación Internacional de Parteras
IIE	Instituto para la Educación Internacional
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPI	Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas
INSAD	Investigación en Salud y Demografía, A.C.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional

LEO	Licenciada en Enfermería y Obstetricia
LOME	Aplicación de mapeo electrónico
DMTDI	Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la sociedad civil
PBE o MBE	Prácticas basadas en evidencia científica o Medicina basada en la evidencia científica
PPSR	Programa de Población y Salud Reproductiva de la Fundación MacArthur
RMM	Razón de Muerte Materna
RVOE	Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios
SEP	Secretaría de Educación Pública
SSRMN	Salud Sexual Reproductiva, Materna y Neonatal
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## CONCEPTOS CLAVE

**Parteras:**<sup>1</sup> Los términos "parteras profesionales" o "parteras" se refieren al personal paramédico que atiende partos, además de otorgar servicios en otras fases del continuo de la atención. Incluye a las parteras técnicas y *enfermeras parteras*.<sup>2</sup>

**Enfermeras parteras:** Este término se refiere a las enfermeras que atienden partos, aun si ellas mismas no se identifican específicamente como parteras. Si bien esta terminología no es ampliamente aceptada en México, es una forma adecuada de abarcar a todas las enfermeras (especialistas perinatales, enfermeras obstétricas y algunas enfermeras generales) que atienden partos y que, en muchos casos, pero no siempre, utilizan las prácticas de partería en la atención obstétrica que brindan.

**Marco normativo y política(s) pública(s):** Abarca las normas, leyes, políticas y regulaciones que influyen en la definición y práctica de la partería profesional en el sistema público de salud, así como las actitudes y acciones subyacentes de las autoridades a nivel nacional y estatal que son responsables del diseño y la implementación de la política pública en salud materna.

**Reconocimiento y demanda:** Esta sección del informe analiza a los actores e instituciones que trabajan para influir en la agenda de la política pública, así como los niveles de conocimiento y factores que influyen en las percepciones que los tomadores de decisión tienen de la partería profesional.

**Programas formativos:** Se refiere a los programas formales que entrenan al personal para atender partos en instituciones públicas de salud, incluyendo los programas de enfermería obstétrica, la especialidad en enfermería perinatal, partería técnica, programas universitarios de licenciatura de entrada directa a la formación en partería. Se excluyeron aquellos programas que, al momento de la recopilación de datos, no requerían que las estudiantes atendieran un número mínimo de partos para titularse.

**Inserción y Calidad de la atención:** En la evaluación se analizan todas las unidades de salud del sector público (clínicas y hospitales) que atienden a mujeres de ingreso bajo y medio, que emplean parteras profesionales, así como dos clínicas privadas sin fines de lucro que ayudan a promover la partería en el sistema público. La calidad de la atención se refiere a las competencias técnicas e interpersonales, así como a las condiciones organizativas de los sitios que otorgan los servicios de salud materna.

**Prácticas basadas en la evidencia:** Un listado de 20 prácticas basadas en la evidencia científica, fue desarrollada y utilizada a lo largo del estudio. Diecisiete de estas 20 prácticas están respaldadas por la OMS<sup>3</sup> como componentes esenciales de la atención centrada en la mujer que contribuyen a resultados de salud de mayor calidad tanto para la madre como para el hijo. Dos de las tres prácticas restantes

<sup>1</sup>Para demostrar sensibilidad ante el sesgo de género en el lenguaje, alternamos el masculino y el femenino a lo largo del documento con la excepción de aquellos grupos de personas que son predominantemente mujeres como es el caso de las parteras, las estudiantes de partería y las directoras de los programas de partería.

<sup>2</sup> Partera técnica es una persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

<sup>3</sup> Este listado de prácticas promovidas y a evitarse, se desarrolló a partir de Sachse, M., Sesia, P. et al. 2012. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Revista CONAMED 17 (Supl.1): S4-S15, originalmente desarrollado a partir de WHO, 1985. Appropriate technology for birth. The Lancet 326(8452): 436-7; Chalmers, I. et al. 1989. Effective care in pregnancy and childbirth, Oxford University Press; and Enkin, M. et al. 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford University Press.

consideran el respeto por las diferencias culturales, y la tercera refleja el respeto por la autonomía de y la toma de decisiones de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

**Niveles de atención:** El *primer nivel* se refiere a los centros de salud o clínicas de atención primaria, así como a las clínicas de maternidad sin instalaciones quirúrgicas. El *nivel intermedio* incluye principalmente hospitales básicos comunitarios y algunas clínicas de maternidad especializadas con instalaciones quirúrgicas. El *segundo nivel* se refiere a los hospitales generales, y el *tercer nivel* corresponde a los hospitales de especialidad.

**Sitios con modelo de partería:** En la línea de base, los sitios de inserción donde laboraban parteras profesionales y que tenían un enfoque explícito en la atención de partería utilizando prácticas centradas en la mujer y basadas en la evidencia científica se definieron como *sitios integrados de partería*. En 2018, dichos sitios se denominaron *sitios con modelo de partería*.

**Sitios de empleo de parteras:** En la línea de base, diversos sitios empleaban parteras sin un compromiso explícito con la implementación del modelo de partería. Estos sitios fueron referidos como *sitios aislados de empleo*. Para 2018, encontramos sitios que se centraban intencionalmente en el empleo de parteras, a veces con bastante entusiasmo y con más de una partera empleada, pero sin una visión o modelo de atención con prácticas centradas en la mujer y basadas en la evidencia científica. Estos sitios se conocen aquí como *sitios de empleo de parteras* porque el énfasis está en emplear a las parteras como un tipo de personal que será más sensible a las mujeres, pero sin crear las condiciones para que en realidad estas parteras ejerzan una atención basada en el modelo de partería.

**Continuo de la atención:** El estudio utilizó una definición operativa de este concepto que incluye la atención prenatal, el trabajo de parto y parto, así como el posparto y atención al recién nacido. Esto difiere de las siete competencias básicas de partería de la CIM, que son más integrales e incluyen la salud familiar comunitaria y pre-gestacional; atención prenatal, trabajo de parto y parto, posparto, atención al recién nacido y lactante hasta los dos meses de edad, así como la interrupción legal del embarazo o aborto.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> ICM Essential competencies for midwifery practice. 2018 Actualización. ([https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies—english-document\\_final\\_oct-2018.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies—english-document_final_oct-2018.pdf)).

## RESUMEN EJECUTIVO

**INTRODUCCIÓN:** En 2015, el Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR) de la Fundación MacArthur lanzó una iniciativa de tres años para promover la partería profesional en México. Guiada por una detallada Teoría de Cambio y una amplia consulta con diversos socios institucionales, la Iniciativa invirtió USD\$17 millones a través de 50 donativos para promover un entorno normativo y de política pública más favorable, fortalecer el reconocimiento y la demanda, ampliar las opciones educativas y promover la integración de modelos de implementación de alta calidad de partería profesional en el sistema público de salud. La Iniciativa buscó llevar al país hacia un punto de inflexión en el que la partería profesional se convertiría en una característica permanente del sistema de atención de la salud materna para ayudar a reducir la carga de sobrehospitalización y medicalización para los partos normales de bajo riesgo, mejorar la calidad de la atención y contribuir a largo plazo en la reducción de los altos índices de cesárea y en la mejora de la salud materna. El financiamiento de la Fundación terminó en 2018, aunque algunos proyectos continuarán hasta mediados de 2019.

Desde el principio, se trabajó estrechamente con el personal de la Fundación empleando un enfoque de evaluación evolutiva (*developmental evaluation*) para apoyar la Iniciativa a medida que ésta se desarrollaba. En 2015 y principios de 2016, la recopilación inicial de datos exploró el entorno y recopiló información de base en cuatro áreas temáticas: marco normativo y de política pública; reconocimiento y demanda; educación o formación; inserción y calidad de la atención. Más tarde, se definieron diecisiete indicadores que brindan un marco para evaluar los avances en 2018. La evaluación se centra en las parteras profesionales (enfermeras obstétricas, especialistas perinatales y parteras técnicas) que atienden el trabajo de parto y parto, además de los servicios que muchas de ellas otorgan en otras fases del continuo de la atención y en el sistema público de salud. Se utilizó una lista de 20 prácticas basadas en la evidencia científica para describir la formación en partería y la calidad de la atención brindada por parteras y personal médico. Este informe analiza los avances durante los primeros dos años y medio de la Iniciativa.

**RESUMEN DE LOS RESULTADOS:** Se han logrado importantes avances a partir del levantamiento de la línea de base para ampliar la presencia de parteras profesionales que brindan atención obstétrica y neonatal de alta calidad como parte del sistema público de salud de México. El potencial de la partería para convertirse en una característica permanente en el sistema de salud del país parece ser mayor hoy en día debido al creciente número de estudiantes, parteras calificadas y sitios de inserción donde estas parteras ejercen, ubicados en todo el país; una comunidad más grande y más influyente de defensoras o promotoras de la partería; múltiples esfuerzos de colaboración para diseminar información y sensibilizar al personal de salud respecto de los modelos de atención de partería; mayor sensibilización y acción por parte de las autoridades públicas; y un diálogo emergente entre actores estatales innovadores sobre lo que sí funciona. Estos avances contribuyen al impulso en todo el país, con el progreso más significativo visto en los lugares donde las cuatro áreas temáticas de la Iniciativa y los esfuerzos correspondientes de sus promotoras han convergido.

Además de confirmar la importancia de la sinergia entre las cuatro áreas de apoyo, tal como se contempla en la Teoría de Cambio, los hallazgos apuntan a varios factores o elementos que pueden favorecer el éxito:

- Algunos estados realizaron un esfuerzo significativo en la **preparación del terreno** a través de la sensibilización de las funcionarias del sector y el personal médico para fomentar una mayor aceptación de sus programas de partería. Como resultado, encontraron menos dificultades relacionadas con las referencias y la colaboración con otros prestadores de servicios. La Iniciativa reconoció la importancia de la sensibilización y apoyó numerosos esfuerzos para mejorar la aceptación entre las funcionarias públicas y el personal del sistema de salud en los estados seleccionados.
- Los mejores resultados de salud materna se presentan en **modelos integrados** donde las parteras forman parte de un equipo de atención más amplio, con roles claros y complementarios, y también con mejores resultados cuando se ubican en **el primer nivel de atención y en hospitales básicos comunitarios (nivel intermedio)**. Además, los datos muestran que la calidad de la atención es más alta en los sitios de partería donde hay **un entorno clínico habilitante**; es decir, un liderazgo comprometido, un compromiso con las prácticas basadas en la evidencia, una buena formación, personal de apoyo y educación continua. La Iniciativa no dio prioridad a un modelo particular de partería o a un nivel específico de atención en el sistema de salud. Más bien, alentó los modelos emergentes a través del apoyo para el aprendizaje, el intercambio de información y el reconocimiento de las mejores prácticas.
- México es una nación muy diversa cultural y geográficamente. Esta diversidad está marcada no obstante, por la extrema desigualdad de ingresos y en niveles educativos, relacionada con la etnicidad, el género y la geografía. Para que la partería sea aceptada en las regiones que más lo necesitan, esta riqueza de diversidad-- en un contexto marcado por profundas desigualdades-- debe ser honrado mediante la formación de **diversos tipos de parteras** que están preparadas para trabajar donde más se necesitan. La Iniciativa reconoció la importancia de la diversidad y la promovió a través del financiamiento a organizaciones que representan múltiples enfoques y voces.

Ahora hay más información disponible que en 2015, para guiar los esfuerzos actuales en promoción de la partería profesional y para alentar a las nuevas autoridades estatales y nacionales entrantes a adoptar la partería como un componente clave de las estrategias para resolver las necesidades de salud materna del país. Además de generar entusiasmo, la información ofrece rutas críticas y lecciones aprendidas sobre lo que funciona o no en los muy diversos contextos que caracterizan a México.

Las promotoras de la partería ahora tienen evidencia de que las parteras profesionales son capaces de proporcionar servicios obstétricos centrados en la mujer, de alta calidad en todo el continuo de atención incluyendo el trabajo de parto y el parto, cuando se les emplea en entornos favorables que adoptan un modelo de práctica de partería y que cuentan con un sistema de referencia que asegure una respuesta rápida y eficaz en caso de complicaciones obstétricas o neonatales. Esta evidencia es fundamental para superar la brecha de información que, al inicio, estaba estancando el progreso.

Es más probable que en la actualidad la partería profesional sea vista favorablemente como una solución potencial para contribuir a satisfacer la necesidad de atención obstétrica de alta calidad en México, especialmente en entornos remotos y marginados. Parece más prometedor cuando ciertos elementos están en su lugar. Si falta voluntad política o es inconsistente, si no hay suficientes parteras calificadas, si los médicos y demás personal no brindan apoyo, o si las mujeres desconocen los servicios de partería como una opción, es muy posible que los modelos de atención de partería no alcancen todo

su potencial. Algunos estados brindan ejemplos de lo que se puede lograr cuando estos componentes se unen con éxito.

El impulso es evidente, hay avances a nivel estatal y con el interés incipiente expresado por el gobierno entrante, se vislumbra un camino hacia una posible integración de la partería profesional en la estrategia oficial de salud materna. La Iniciativa contribuyó de manera importante a este impulso al incorporar a la partería profesional en la discusión sobre la salud materna en México.

## **RESULTADOS POR ÁREA TEMÁTICA:**

**Marco Normativo y Políticas Públicas:** En tres años, las promotoras lograron que la partería profesional pasara de los márgenes en la estrategia de salud materna al ámbito de discusión de los responsables de las políticas públicas de salud. Cuatro dependencias del sistema de salud ahora reconocen o han tomado medidas para promover la partería profesional en sus marcos programáticos o han introducido pautas para la atención materna y neonatal en las que la partería está implícita. Este interés ampliado aún tiene que producir nuevas normas o política pública en torno a la partería profesional, y todavía hay mucho espacio para ampliar el conocimiento y la comprensión sobre los modelos de práctica y sus posibles contribuciones para mejorar los resultados de salud materna. Sin embargo, los avances son importantes porque alertan a otras funcionarias y prestadores de servicios de salud que la partería profesional puede ser un enfoque eficaz y viable, estableciendo el escenario para impulsar un cambio más integral a nivel de política pública.

Además del progreso a nivel nacional, 14 estados, tres más que en 2015, están implementando modelos de atención de partería profesional. Sus experiencias cuentan con distintos enfoques y proporcionan lecciones para el avance de la partería en diversos contextos. El acceso a los recursos sigue siendo una preocupación para quienes intentan mantener o ampliar los modelos de atención de partería.

Para muchas actoras, un compromiso o mandato nacional acompañado de políticas apropiadas y recursos financieros, se considera altamente deseable para aprovechar los avances que se han logrado (nuevos conocimientos e interés, métodos innovadores e impacto documentado) hacia una integración más amplia y más permanente de la partería profesional en el sistema público de salud de México.

**Reconocimiento y Demanda:** Las defensoras o promotoras de la partería de la sociedad civil, muchas de las cuales son donatarias de la Fundación, desempeñan un papel importante en la configuración de la agenda pública al ampliar el conocimiento y la información sobre la partería profesional. Esta red de actores se compone de intereses diversos que a menudo trabajan en colaboración para documentar las mejores prácticas, crear y difundir información, sensibilizar al personal, fortalecer el currículo e informar normas y regulaciones para facilitar la práctica de la partería. En la línea de base, los hacedores de políticas públicas tenían un conocimiento muy limitado de las parteras y lo que podían contribuir a la atención materna y neonatal, y menos de la mitad estaban familiarizados con la idea de la partería profesional. En 2018, en buena medida como resultado del trabajo de las promotoras de la partería, el concepto es más conocido por las responsables de la política de salud materna que fueron entrevistadas, y en algunos casos ahora es parte de sus estrategias programáticas. Si bien las diferencias de visión han dificultado que los promotores de la partería articulen una agenda política común, la suma total de información y recursos técnicos que proporcionan ha cambiado la forma en que se entiende la partería profesional hoy; lo anterior puede contribuir a la construcción de nuevas estrategias en salud materna por parte de las nuevas administraciones federal y estatales.

**Programas de Formación:** México cuenta con un mayor número de programas acreditados que forman parteras para atender partos en 2018, incluyendo más oportunidades de formación en los cuatro modelos educativos: enfermería obstétrica, especialización en enfermería perinatal, parteras técnicas y programas universitarios de licenciatura de partería. Con programas adicionales en desarrollo, los números pueden crecer más. Aunque pasarán varios años antes de que haya suficientes parteras profesionales para satisfacer la demanda estimada en México, el avance respecto a la línea de base ha sido considerable.

El número de estudiantes de partería se ha triplicado, en gran parte debido a la ampliación de la oferta educativa para enfermeras obstétricas. El incremento en la matrícula supone un desafío para los programas a medida que compiten por acceder a campos clínicos durante la formación y el servicio social. Este problema puede disminuir si se desarrollan nuevos sitios de inserción para parteras y las autoridades del sector salud comienzan a reconocer las posibles contribuciones de las parteras a sus objetivos estatales.

**Inserción y Calidad de la Atención:** En poco más de dos años, hay más parteras que atienden partos de bajo riesgo en más sitios y más estados respecto a la línea de base. Las condiciones laborales y de empleo para estas parteras mejoraron ligeramente, pero siguen siendo deficientes y carecen de recursos suficientes. Además, algunos sitios continúan teniendo dificultades con la baja productividad y las dificultades relacionadas con la referencia de pacientes que desarrollan complicaciones.

La evaluación de la calidad de la atención muestra que un mayor porcentaje de sitios implementa un modelo de partería, lo que significa que respaldan las prácticas basadas en la evidencia científica. El problema es que casi la mitad de las parteras que trabajan en el sistema público de salud dicen que no pueden brindar una atención de acuerdo con esos estándares. Menos aún son capaces de hacerlo en sitios donde fueron contratadas sin una visión integral de partería, especialmente en instituciones de segundo y tercer nivel. Los diferentes tipos de parteras se desempeñaron igualmente bien en el uso de prácticas basadas en la evidencia científica y que se ajustan a la normatividad mexicana en todo el continuo de la atención. Hay margen de mejora para en el conocimiento de las parteras en la atención básica de emergencia obstétrica y neonatal. Las mujeres que recibieron atención de una partera expresaron gran satisfacción con la atención que recibieron.

# INTRODUCCIÓN

## 1. PREPARANDO EL TERRENO PARA LA INICIATIVA

### 1.1 Antecedentes y propósito

En 2015, cuando el Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR) lanzó la Iniciativa para promover la partería profesional, el 96 por ciento de los nacimientos en México tuvo lugar en hospitales, muchos de los cuales estaban sobresaturados y carecían de fondos. Los médicos atendieron un gran número de partos eutócicos realizando prácticas excesivamente medicalizadas, contribuyendo a que el índice de cesáreas fuera el cuarto más alto del mundo y el segundo más alto de América Latina.<sup>5</sup> México redujo la mortalidad materna en un 52% entre 1990 y 2014 a una razón de mortalidad materna (RMM) de 39 por cada 100,000 nacidos vivos, pero no logró su Objetivo de Desarrollo del Milenio de RMM = 22. La RMM fue aún mayor en estados pobres como Durango, Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Oaxaca.<sup>6</sup>

El informe del Estado de las Parteras en el Mundo de 2014 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Confederación Internacional de Parteras (CIM) estimó que México solo cumplía con el 61 por ciento de la demanda de profesionales de la salud materna. El informe encontró 78 parteras profesionales en México y recomendó una mayor inversión en esta área.<sup>7</sup>

La partería no es nueva en México; tiene su origen en la práctica de la partería "tradicional" que tiene siglos de antigüedad y que aún en la actualidad es extendida en algunas partes del país. La partería profesional ha tenido una presencia más esporádica. Los programas de capacitación en enfermería obstétrica y en partería surgieron en la década de 1940 pero, en 1968, la mayoría de estos programas especializados habían sido reemplazados por programas de licenciatura en enfermería general.

Hacia 1987, el enfoque de riesgo en la salud materna se generalizó gracias a la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos, enfocada en la reducción de la mortalidad materna y, a fines de la década de 1990, la atención obstétrica de emergencia se convirtió en el enfoque prioritario para reducir la mortalidad materna. A principios de la década del 2000, México adoptó la estrategia de que todos los partos fueran atendidos en hospitales, donde se suponía que la atención de emergencia obstétrica estaba disponible, para alcanzar así el Objetivo de Desarrollo del Milenio del país de reducir la muerte materna con una RMM de 22 x 100 mil nacidos vivos para 2015.

Mientras se producía este cambio, una nueva opción para la partería profesional comenzó a surgir como una alternativa potencial en la atención a la salud materna. En 1994, se abrió en Guanajuato un programa privado de partería conocido como CASA<sup>8</sup> para formar a mujeres jóvenes de comunidades rurales e indígenas en la atención de partos centrada en las mujeres. CASA se convirtió en la primera escuela de partería técnica acreditada en México en 1997. Las parteras técnicas fueron reconocidas en

<sup>5</sup> Lazcano Ponce, E. et al., 2013. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública Mex*: 55 (Supl. 2): S214-S224.

<sup>6</sup> Freyermuth, G. et al. 2016. Indicadores 2014. Mortalidad Materna en México. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México/ Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Nota: Los otros estados con índices por encima del promedio son Tabasco, Ciudad de México, Yucatán, Veracruz, Michoacán, Tlaxcala. Morelos tiene una tasa baja de 9.1.

<sup>7</sup> UNFPA, ICM, WHO. 2014. Estado de las Parteras en el Mundo [<https://www.unfpa.org/sowmy>].

<sup>8</sup> Centro de Atención para la Salud de la Adolescente [<http://casa.org.mx/en/>].

el sistema público de salud con un código de trabajo específico en 2011, aunque su aceptación por parte de otro personal fue, en el mejor de los casos, inconsistente.

En los años siguientes, los promotores de la salud materna centraron su atención en eliminar la violencia obstétrica<sup>9</sup> y en la necesidad de un enfoque "humanizado" o de "nacimientos respetuosos", junto con un mayor énfasis en la calidad en todo el continuo de la atención desde el embarazo, hasta el puerperio y la atención al recién nacido. Este enfoque más integral se considera incompatible con la atención de partos normales en hospitales, lo que señala la necesidad de nuevas estrategias para lograr una atención de salud materna de calidad para todas las mujeres mexicanas.

Considerando estos desafíos, el equipo de PPSR de la Fundación, en conjunto con una amplia gama de aliadas, percibió que era el momento adecuado para promover y ampliar el papel de las parteras profesionales y volver a centrarse en la atención primaria a la salud para la atención de los partos eutócicos, asegurando el acceso oportuno e inmediato a la atención de EmON en casos necesarios. Una transición de esta naturaleza se vería reforzada por los esfuerzos globales para promover la partería profesional como un medio para garantizar una atención obstétrica de alta calidad para todas las mujeres, como lo promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de los cuales, éstos dos últimos tienen una presencia importante en México.

En 2015, la Fundación lanzó una iniciativa final para promover la partería profesional, la culminación de más de 20 años de inversión en el campo de la población, la salud reproductiva y la salud materna. Una evaluación de la línea de base proporcionó información para orientar la asignación estratégica de los donativos en los próximos tres años. El presente informe revela los cambios que se produjeron a medida que la Iniciativa se desarrollaba hasta 2018. Algunas de las actividades financiadas continuarán hasta mediados de 2019.

## **1.2 Avances contextuales a partir de la línea de base**

El porcentaje de partos atendidos dentro del sistema institucional de salud siguió aumentando alcanzando en 2016 un promedio nacional de 98%<sup>10</sup>, lo que intensificó la carga de trabajo para hospitales públicos que de por sí, no cuentan con presupuestos suficientes. Después de varios años de crecimiento, el Seguro Popular recibió menos fondos en 2017 y 2018 como resultado de los recortes generales en el gasto asignado del gobierno federal. Estas reducciones, unidas a problemas de corrupción e ineficiencias, exacerbaron la escasez de recursos humanos y materiales en las instalaciones de salud.

Al finalizar el plazo de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015, el único objetivo que México no había alcanzado fue la reducción de la tasa de mortalidad materna a 22 por cada 100,000 nacidos vivos. Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) no incluyen un objetivo específico de reducción de la mortalidad materna y, como resultado, la vigilancia de las autoridades sanitarias nacionales parece haber disminuido.

---

<sup>9</sup> La OMS, la FIGO y otras agencias reconocen esto como "maltrato y falta de respeto". En América Latina, el concepto de violencia obstétrica ha prevalecido en la última década.

<sup>10</sup> Ver la página web oficial de los ODM / Gobierno mexicano para conocer las últimas cifras (2016) sobre los porcentajes de nacimientos atendidos por personal de salud calificado [<http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx>].

El concepto de violencia obstétrica, una categoría amplia que incluye el maltrato al nacer así como la sobremedicalización del parto, la negligencia médica y/o la negación de la atención obstétrica, ha sido una preocupación creciente para organismos de supervisión de los derechos humanos, organizaciones que promueven los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, legislaturas estatales, y algunas dependencias federales en México. Por primera vez, en 2016, una encuesta nacional oficial sobre la dinámica de los hogares (ENDIREH) incluyó preguntas sobre el trato durante la atención obstétrica. Los resultados mostraron que una de cada tres mujeres que habían dado a luz en los últimos cinco años informó haber sufrido una o más formas de maltrato durante el parto; la cifra fue aún mayor para las mujeres que dieron a luz en hospitales públicos (INEGI, 2017).<sup>11</sup> En julio de 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reconoció la magnitud del problema y emitió una Recomendación General a todo el sector salud en México para erradicar la violencia obstétrica de la atención institucional del parto. Una mayor conciencia de este problema ha estado acompañada por la preocupación por la baja calidad de los servicios de atención obstétrica en general.

La calidad de la atención sigue siendo uno de los principales problemas que afectan al sistema de salud mexicano. En 2016, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) solicitó una revisión general del sistema para lograr una mayor inversión y gasto en salud, mejorar las funciones de regulación y supervisión dentro del sistema, desarrollar estándares y pautas nacionales para la atención, cambiar el enfoque a una atención centrada en el paciente, fortalecer la atención primaria en salud y superar la naturaleza fragmentada de la prestación de servicios.<sup>12</sup> Estas recomendaciones son todas pertinentes para mejorar la salud materna y neonatal, y son consistentes con un modelo de atención de partería.

En julio de 2018, justo después de la captura de datos, México eligió un nuevo presidente de la república, renovó la legislatura federal así como la gubernatura en nueve estados. Además de los desafíos desconocidos, el nuevo contexto político ofrece una oportunidad para un cambio estructural en el sistema público de salud para mejorar la calidad de la salud materna y neonatal y, posiblemente, para promover el modelo de partería.

## TEORÍA DE CAMBIO

### 2. CONTRIBUYENDO A LA SOLUCIÓN: INICIATIVA PARA PROMOVER LA PARTERÍA PROFESIONAL EN MÉXICO

#### 2.1 Evolución de la Teoría de Cambio 2015-2018

##### a. La visión inicial

La Iniciativa para Institucionalizar la Partería Profesional en el sistema público de salud de México se guía por una Teoría de Cambio multidimensional, desarrollada en conjunto con socias externas, e

<sup>11</sup> Ver página del INEGI para los resultados de la ENDIREH:

[[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017\\_08.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf)].

<sup>12</sup> OCDE Reviews of Health Systems: Mexico. Assessment and Recommendations, 2016. [<http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-English.pdf>].

informada por décadas de experiencia de la Fundación en el trabajo sobre población y salud reproductiva en México.

Los objetivos a largo plazo de la Teoría de Cambio incluyen una atención materna de mayor calidad, más centrada en la mujer y de menor costo. La Fundación esperaba que, a largo plazo, dichos servicios mejorados contribuirían a reducir la mortalidad y la morbilidad materna. Dada la naturaleza a largo plazo de dicho proceso, el personal del PPSR de la Fundación esperaba que sus esfuerzos entre 2015 y 2018 generaran un impulso hacia un "punto de inflexión" donde es improbable que se revierta el avance y que los esfuerzos de diversos actores para garantizar la institucionalización a largo plazo de servicios de partería profesional de alto nivel se vuelvan sostenibles.

Para lograr la institucionalización de la partería profesional en el sistema público de salud de México, se propusieron los siguientes objetivos:

- **Un marco normativo y de políticas públicas** favorable y financiamiento para la partería, así como la existencia de una demanda por parte de las autoridades del sector y las mujeres.
- Promotoras que colaboran efectivamente para ayudar a generar y mantener el **reconocimiento y la demanda** entre los tomadores de decisiones y entre las mujeres y sus familias para los servicios de partería.
- **Opciones educativas** más diversas a través de escuelas y programas de capacitación con fondos públicos suficientes, cuando sea necesario, para proporcionar el tipo y número de parteras necesarias para satisfacer las necesidades del país
- Más **sitios de empleo** que permiten a las parteras ejercer una atención de alta calidad centrada en las mujeres.

Los donativos otorgados entre 2015 y 2018 en cada una de estas cuatro áreas tenían como objetivos permitir que los destinatarios directos (actores directamente influenciados por los proyectos de las donatarias) tomaran las medidas necesarias para influir en los destinatarios indirectos (responsables de la formulación de políticas públicas y otros actores clave) para que tomaran las medidas necesarias para lograr los resultados esperados.<sup>13</sup>

Destinatarios directos	Acciones a realizar por los destinatarios directos	Destinatarios indirectos	Acciones a realizar por los destinatarios indirectos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotoras de la partería de la sociedad civil.</li> <li>• Comunicadores</li> <li>• Investigadoras</li> <li>• Autoridades del sector salud</li> <li>• Prestadores de servicios de salud</li> <li>• Parteras capacitadas y certificadas dentro del sistema de salud.</li> <li>• Parteras empíricas</li> <li>• Docentes y autoridades de programas de formación.</li> <li>• Agencias internacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar investigación e información relevantes</li> <li>• Producir materiales</li> <li>• Forjar agenda común</li> <li>• Brindar asistencia técnica</li> <li>• Mejorar los sitios de empleo existentes</li> <li>• Abrir nuevos sitios</li> <li>• Documentar y difundir buenas prácticas.</li> <li>• Asumir liderazgo en la partería.</li> <li>• Fomentar el interés entre los estudiantes.</li> <li>• Continuar, ampliar e iniciar programas educativos acreditados.</li> <li>• Proporcionar teoría de alta calidad y formación práctica</li> <li>• Demandar y acceder a a servicios de partería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionarios de salud federales y estatales</li> <li>• Funcionarias de finanzas</li> <li>• Funcionarios de educación</li> <li>• Responsables de política pública</li> <li>• Organismos de certificación</li> <li>• Mujeres en edad reproductiva y sus familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor conocimiento y apoyo para los servicios de partería.</li> <li>• Acciones para crear entornos habilitantes</li> <li>• Presupuesto y ajustes normativos.</li> <li>• Mejorar y diversificar las condiciones laborales.</li> <li>• Crear protocolos de certificación.</li> </ul>

<sup>13</sup> Earl, S. et al. 2001. Outcome Mapping. International Development Research Centre.

En términos generales, la Teoría de Cambio establece que al promover una mejor formación de las parteras profesionales, junto con el fomento de un entorno de políticas y normativas más favorables, sería posible lograr una mayor disponibilidad de servicios de partería profesional en el sistema de salud. Esta visión parte de la hipótesis de que si los funcionarios nacionales y estatales relevantes conocen y entienden las virtudes de la partería profesional, se sentirían motivados a promover cambios en las políticas, normas y mandatos que sean favorables para la partería (se puede encontrar un diagrama completo de la Teoría de Cambio en la Figura 1a en el Apartado 1 del Anexo A, junto con una lista de los supuestos subyacentes en la Figura 1b).

Dado que las responsables de formular políticas públicas a veces necesitan ser alentadas por las promotoras de la sociedad civil, la Teoría de Cambio propuso fortalecer las capacidades de estos "promotores" para influir en la agenda política, trabajando en conjunto con las responsables de las políticas públicas cuando fuere posible.

Otra tesis central de la Teoría de Cambio es que los ejemplos bien documentados de prácticas exitosas de partería, una vez difundidos, podrían apoyar los esfuerzos para replicar esas experiencias. Estas experiencias deberían contar con atención de alta calidad, centrada en la mujer y basada en la evidencia, brindada por parteras profesionales. Se esperaba que los planificadores y las autoridades de atención en salud se dieran cuenta del potencial de la partería profesional como una forma viable, rentable y de alta calidad para satisfacer las necesidades urgentes en la atención obstétrica y neonatal del país.

#### b. Análisis de línea de base de la Teoría de Cambio.

La Teoría de Cambio demostró ser exhaustiva y bien concebida en 2015, con un enfoque en cuatro grandes dimensiones que permitieron a la Iniciativa aprovechar las oportunidades emergentes y canalizar apoyos hacia múltiples actividades en diversos contextos. Sin embargo, los hallazgos de la línea de base sugirieron también la necesidad de aclarar el concepto de institucionalización para comprender mejor cómo establecer condiciones habilitantes para que la atención de alta calidad centrada en la mujer que brindan las parteras pueda otorgarse, cómo superar las resistencias de prestadores médicos de los servicios y cómo resolver los cuellos de botella burocráticos en el sistema de salud.

Era necesario lograr cambios en la estructura y orientación del sistema de salud para lograr la institucionalización de la partería profesional. Si bien los cambios fundamentales de esta naturaleza serían poco probables de alcanzar en 2017 y 2018, justo antes de una elección nacional sexenal, los promotores de la partería tendrían la oportunidad de posicionar sus prioridades o agendas con las funcionarias entrantes. Para hacerlo de manera efectiva, se requirieron esfuerzos para superar las tensiones y alentar la colaboración entre diversos tipos de parteras profesionales para ayudarles a construir un mensaje más claro y una voz unificada en abogar por un cambio sistémico.

Los datos mostraron además que las malas condiciones laborales de las parteras estaban generalizadas y podrían ser un factor disuasivo en estimular el interés entre potenciales estudiantes, siendo la formación un componente clave para ampliar la oferta de parteras profesionales. Para enfrentar este desafío, sería necesario prestar mayor atención a las condiciones de inserción y empleo.

Finalmente, el hecho de que las mujeres embarazadas tienen poco poder de decisión sobre dónde van a dar a luz contradice el planteamiento dentro de la Teoría de Cambio que supone que la demanda de las mujeres será un aspecto medular para promover la ampliación de los servicios de partería profesional.

### c. Ajustes estratégicos posteriores a la línea de base

Los resultados de la línea de base apoyaron la Teoría de Cambio en lo general y sugirieron la necesidad de aumentar la matrícula, fortalecer las condiciones laborales y mejorar los sitios de inserción a través del trabajo a nivel estatal así como becas para estudiantes de partería. En consecuencia, la Iniciativa hizo mayor hincapié en los responsables de la formulación e implementación de la política pública en salud a nivel estatal, los cuales pueden mejorar las condiciones para que vuelvan propicias hacia la partería institucionalizada.

*[Después del informe de la línea de base] proporcionamos fondos para becas y fondos para los estados (después de haber aprendido) que es importante que las parteras se incorporen en un entorno que las apoya.*

El discurso sobre la partería en la línea de base resaltó la distinción entre apoyar a las parteras profesionales como tipo de personal, por un lado, y un enfoque alternativo que fomenta más bien un

*... empezamos a tratar de quitarle el énfasis a la partera individual. Hablar sobre el modelo de atención de la partería (nos) permitió traer a la mujer de nuevo a la discusión... hablar sobre un tipo de atención durante el embarazo y el parto que sea atractiva para (las mujeres) y al que les gustaría que otras mujeres tuvieran acceso.*

"modelo de atención de partería" que se centra en la mujer y se basa en prácticas basadas en la evidencia científica. La Teoría de Cambio inicialmente supuso que las parteras competentes proporcionarían de por sí una atención de alta calidad. Pero a medida que

avanzó la Iniciativa entre 2016 y 2018, el personal de PPSR y sus socias vieron cada vez más la necesidad de hacer hincapié en las mujeres y el tipo de atención que reciben, en lugar de solamente en la partera profesional como la protagonista principal de estos esfuerzos.

Una tercera modificación de la estrategia surgió cuando la Fundación buscó formas de apoyar a una comunidad diversa pero inclusiva de actores capaces de promover objetivos comunes.

*Ahora tenemos una estrategia diferente de organizar coaliciones más pequeñas y ver cómo pueden coordinarse entre sí.*

Mientras la organización de parteras líder del país seguía trabajando para superar sus tensiones internas, la Iniciativa amplió su enfoque para incluir grupos o coaliciones adicionales de parteras con la esperanza de

que encontraran formas innovadoras de colaboración en torno a intereses compartidos.

Dada la brevedad temporal de la Iniciativa, el personal de PPSR otorgó donativos adicionales para ayudar a los socios a ser financieramente sostenibles, al tiempo que se ha esforzado en interesar a posibles nuevos donantes.

### d. Cómo evolucionó la Teoría de Cambio en 2018

Como se verá en la sección de resultados, la Iniciativa fomentó el cambio en las cuatro áreas temáticas, esperando que la suma de estos esfuerzos cree un impulso hacia un punto de inflexión en los próximos años. Los resultados de la evaluación, detallados en la Sección 5, muestran que muchos de los supuestos subyacentes de la Teoría de Cambio son total o parcialmente correctos:

El supuesto explícito de que **recurrir a parteras altamente calificadas conducirá a una atención materna y neonatal de mayor calidad, más centrada en la mujer y más barata para el sistema de salud (i)** es parcialmente cierto. Las parteras son más capaces de brindar una atención de alta calidad centrada en la mujer cuando se emplean en entornos que priorizan "prácticas de la partería" y permiten la

autonomía de las parteras, idealmente dentro de un equipo de parteras profesionales y con personal médico de apoyo. Los datos generados por un estudio paralelo pero independiente apoyado por la Fundación confirman que la atención de partería es menos costosa que la atención brindada por los médicos.<sup>14</sup>

Es demasiado pronto para saber si otro supuesto explícito, que **un mayor acceso a atención de calidad contribuirá a una disminución sostenida de la mortalidad y morbilidad materna en México (ii)**, será efectivamente cierto. Sin embargo, para hacer una diferencia visible en términos de la RMM a nivel estatal o nacional, el país necesitaría un gran número de parteras formadas y desplegadas a lo largo del territorio nacional de manera óptima. En 2018, hay más parteras calificadas e insertas en el sistema público de salud, pero atienden menos partos de bajo riesgo de los que ellas mismas dicen que pueden atender y, ciertamente, menos de los 175 partos que la OMS estima que una partera profesional puede atender por año.<sup>15</sup>

Se confirmaron parcialmente cuatro supuestos interrelacionados que son fundamentales para la Teoría de Cambio:

- Los tomadores de decisiones y las encargadas de formular políticas carecen de información y, al proporcionar dicha información, podrán realizar los cambios necesarios (iii)
- La colaboración y o la presión de la sociedad civil alentarán a los políticos a cumplir sus promesas (iv)
- Las promotoras brindarán los datos y mensajes relevantes y necesarios para cambiar las actitudes de sus audiencias objetivo, proporcionar aportes y orientación técnica y, en general, ayudar a que esos actores entren en acción (vi)
- Las promotoras de la partería pueden trabajar juntas o en apoyo mutuo para promover la partería de manera coordinada y coherente (vii).

Los datos confirman que, a pesar de las tensiones internas persistentes entre los diferentes tipos de parteras y sus promotores, éstos proporcionaron información que generó conciencia entre las tomadoras de decisiones a nivel federal y estatal, influyendo en muchas de esas personas para que estén más abiertas a la partería profesional. En los estados donde hubo una convergencia de promotores centrados en el impulso de la partería profesional, los datos mostraron niveles más profundos de compromiso político y acción.

El supuesto de que **los funcionarios gubernamentales recientemente informados, específicamente en las Secretarías de Salud y Finanzas, harían los ajustes presupuestarios necesarios para contratar parteras (v)** no resultó ser correcta. Esto se debe probablemente a la disminución de los presupuestos en salud materna y al compromiso vago o inconsistente dentro de las dependencias que podrían impulsar tales asignaciones. Se disponía de algunos fondos discrecionales, pero es improbable que se realicen asignaciones significativas y sostenidas sin un compromiso más amplio dentro de la política pública para promover la partería profesional.

Sigue habiendo desacuerdos acerca de si se necesita o no **un sistema de certificación basado en competencias para demostrar y garantizar las habilidades de las parteras profesionales (ix)**. Hubo más

---

<sup>14</sup> Garrido, F. *et al.* Análisis de costo-efectividad. En Formación, Mercado Laboral y Costo Efectividad de la Partería en México. Resultados del Impulso al Modelo de Partería en México: Análisis y recomendaciones desde el Instituto Nacional de Salud Pública, presentación 28 septiembre 2018.

<sup>15</sup> World Health Organization. 2005. Make every mother and child count. WHO, Geneva. [<https://www.who.int/whr/2005/en/>]

programas de educación y más parteras en 2018, incluso sin un mecanismo de certificación ampliamente aceptado. Pero, dado el escepticismo persistente entre algunas observadoras y prestadoras de servicios médicos, es probable que un sistema de certificación, aceptable para una amplia gama de actores, contribuya a ampliar la legitimidad y el apoyo para las parteras que demuestren sus habilidades una vez contratadas.

Para lograr un **aumento en el número de parteras con licencia desplegadas en el sistema de salud para llenar la brecha de recursos humanos para la salud y mejorar la disponibilidad y la calidad de la atención de salud materna y reproductiva (x)**, un supuesto clave de la Teoría de Cambio, las parteras necesitan para trabajar en entornos habilitantes diseñados para apoyarlas y evitar riesgos innecesarios para las mujeres y los niños a los que atienden. Los problemas persistentes continúan afectando incluso a algunos de los mejores sitios donde están actualmente empleadas, lo que limita el potencial de las parteras profesionales para abordar y llenar el vacío propuesto y deseado por los defensores de la partería dentro y fuera de la Secretaría de Salud.

Conversaciones informales con parteras tradicionales sugieren que les preocupa el aumento de la partería profesional en México. Sin embargo, la evaluación no recopiló datos precisos sobre este tema. Algunos donativos se destinaron a suavizar la interfaz entre parteras tradicionales y profesionales, y se espera que se logre el supuesto de que **las parteras tradicionales no se opondrán, sino que aprenderán a trabajar con parteras profesionales y con cédula profesional (xi)**.

En 2018, parece haber un predominio creciente de enfermeras obstétricas que se convertirán en parteras profesionales, mientras se encontró un número menor de parteras técnicas. Sin embargo, los datos muestran que las funcionarias estatales confirman el supuesto de que se necesita **una mayor diversidad en los programas de formación para satisfacer las necesidades múltiples y diferenciadas del país en materia de salud materna (xii)**. Estas funcionarias afirman que no pueden encontrar suficientes parteras en sus estados o que estén dispuestas a trabajar en sus estados y, en muchos casos, están intentando iniciar programas formativos de partería profesional a nivel estatal.

Finalmente, el supuesto de que **las mujeres en edad reproductiva y sus familias conocerán y demandarán servicios de partería (xiii)** aún no se ha confirmado. La evidencia muestra que las mujeres prefieren la atención de las parteras profesionales. La mayoría informa que espera volver a utilizar a la misma partera en el futuro, y se puede esperar que difundan la información entre sus amigas. Sin embargo, es demasiado pronto para saber si grupos más amplios de mujeres aprenderán acerca de la existencia de la opción de la partería profesional en los servicios públicos de salud y exigirán o buscarán activamente dichos servicios en el futuro.

## 2.2 Indicadores

En octubre de 2017, el equipo completo de evaluación, incluyendo a las evaluadoras externas y los representantes de los equipos de PPSR y evaluación de la Fundación en México y Chicago, se reunieron para definir indicadores para medir el progreso y el éxito de la Iniciativa. Se acordó un total de 17 indicadores vinculados a los objetivos específicos y tres dimensiones transversales, que brindan un marco para la evaluación de 2018 y la presentación de los resultados en este informe.

## INDICADORES:



## Dimensiones transversales



Impulso: ¿Ha aumentado el ritmo del progreso hacia la institucionalización de la partería?



Sostenibilidad: ¿Son adecuados los recursos y el apoyo para garantizar la continuidad?



Punto de inflexión: ¿Han alcanzado los avances un punto de no retorno con una reversión poco probable?

# LA INICIATIVA

## 3. IMPLEMENTANDO LA VISIÓN

### 3.1 Portafolio de inversión

La cartera de donativos de la Fundación (Apartado 3, Anexo A) para avanzar en la institucionalización de la partería profesional en México superó los 17 millones de dólares con cincuenta

	# de subvenciones	Inversión total
Subvenciones otorgadas 7/16	23	\$8,830,000
Subvenciones otorgadas entre 10/16 y 7/18)	27	\$8,290,000
<b>Inversión total</b>	<b>50</b>	<b>\$17,120,000</b>

donativos (incluidas las renovaciones) otorgados. El sesenta y cuatro por ciento de los donativos se otorgaron en 2016 y 2017 (con igual número en cada uno de esos años), mientras que el 38% continúa hasta mediados o finales de 2019 y el resto finaliza antes o en diciembre de 2018. Los donativos reflejan las cuatro áreas de interés y sus objetivos correspondientes, tal como se definen en la Teoría del Cambio.

La mayor área de inversión de la Iniciativa fue en Reconocimiento y Demanda, con USD\$ 5,928,200.00 en gastos totales y 25 donativos, lo que refleja un compromiso para fomentar una comprensión más amplia y un diálogo más informado sobre la partería profesional. A esto le siguieron USD\$ 4,268,800.00 (13 donativos) para el despliegue de parteras en entornos diversos e innovadores, con un énfasis en garantizar la calidad de la atención (Empleo y Calidad de la atención). La Iniciativa dedicó USD\$ 3,862,000.00 (13 donativos) al fortalecimiento de las opciones de formación para parteras (Formación), con la intención de ampliar la disponibilidad de parteras profesionales altamente calificadas. Finalmente, se invirtieron USD\$ 3,061,000.00 a través de 10 donativos para fortalecer el Marco Normativo y de Políticas Públicas para la partería profesional al permitir que las promotoras documenten el éxito, propusieran soluciones y se involucraran más eficazmente con los tomadores de decisiones. (Los objetivos específicos en cada una de estas cuatro áreas se describen en las secciones de Resultados de este informe).

### 3.2 Estrategias de vinculación

Además de la cartera de donativos, se formó un grupo de trabajo, el GIIP, formado por instituciones interesadas en promover diversos aspectos de la partería, incluidos representantes de organismos de la Secretaría de Salud, así como organismos y redes multilaterales y nacionales.<sup>16</sup> Los participantes imaginaron el GIIP como un mecanismo para fomentar la colaboración, emprender acciones de promoción y diálogo político, generar información y desarrollar capacidades. Las integrantes del GIIP identificaron los estados de Oaxaca, Morelos, Hidalgo y Tlaxcala como el foco de sus esfuerzos de colaboración e intercambio de información. La visión y los objetivos estratégicos del grupo de trabajo complementaron los de la Iniciativa.

Los donativos a tres organizaciones integrantes del grupo de trabajo (UNFPA, OPS y CPMSM) apoyaron actividades que reflejaban el valor de las discusiones estratégicas, a menudo intensas, y la colaboración

<sup>16</sup> Los integrantes incluyen el Centro Nacional para la Equidad de Género y la Salud Reproductiva (CNEGySR) de la Secretaría de Salud (también conocido como el Centro), el UNFPA, la OPS, la Fundación MacArthur, la Fundación Kellogg y el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

intersectorial. A fines de 2016, el CNEGySR, una dependencia clave de la Secretaría de Salud a cargo de la salud materna, asumió la coordinación del GIIP, una prueba de su importancia estratégica para promover la aceptación gubernamental de la partería profesional.

Además de la difusión sostenida y la creación de redes con los donatarios, la Fundación celebró cinco reuniones de donatarios entre 2014 y 2018 con el fin de fomentar la creación de redes, además de obtener orientación y opiniones de las socias. La reunión de 2014 ayudó a la Fundación a definir los cuatro pilares de su estrategia, así como los objetivos a tres y cinco años. Las participantes enfatizaron la importancia de tener una estrategia sólida de comunicación y brindaron ideas para coordinar las actividades mediante la circulación de los resúmenes de los donativos y la creación de un calendario colectivo. La reunión de donatarias de 2015 centró la discusión en los posibles caminos hacia la certificación. También se presentaron ideas sobre cómo mejorar las redes, lo que llevó al desarrollo de una plataforma de redes basadas en Internet el año siguiente. En 2016, la reunión anual permitió a las donatarias compartir sus avances, dando a todas un sentido de su progreso colectivo. La reunión de 2017, convocada conjuntamente con el Comité Promotor por una Maternidad Segura y el Observatorio de Mortalidad Materna, nuevamente proporcionó un foro para que los donatarios compartieran su trabajo y profundizaran sus redes de contacto y colaboración. En 2018, la reunión de donatarias se llevó a cabo conjuntamente con una reunión de la secretaría técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura de México. Esta reunión conjunta creó nuevos canales importantes para el diálogo y la interacción entre los donatarios de la Fundación y las responsables de las políticas estatales que promueven o están interesadas en integrar modelos de partería profesional en sus estados.

## Método

### 4. MEDICIÓN DE CAMBIOS DESDE LA LÍNEA DE BASE

iniciamos este informe de cambios respecto de la línea de base con una descripción de la metodología, seguida por los hallazgos en las cuatro áreas de marco normativo y política pública, el reconocimiento y la demanda, la formación, el empleo y la calidad de la atención. Los principales resultados se presentan para cada indicador.

#### 4.1 Metodología

Empleando un enfoque de evaluación evolutiva (*developmental evaluation*), la metodología fue modificándose a medida que se desarrollaba la Iniciativa. En agosto de 2015, las evaluadoras realizaron entrevistas preliminares abiertas a 20 informantes clave. Las entrevistas cubrieron cada una de las áreas temáticas priorizadas por la Iniciativa. Un Comité Asesor de Evaluación (CAE), compuesto por 17 expertas en salud materna y neonatal y partería en México, proporcionó una retroalimentación cuidadosa sobre preguntas de evaluación específicas. (Vea el Apartado 3 en el Anexo A para las preguntas de evaluación, el Anexo 4 para los nombres de los integrantes del CAE).

Con base en esta información y en una extensa investigación para identificar escuelas, sitios de inserción, políticas y organizaciones, las evaluadoras diseñaron cuestionarios semiestructurados e instrumentos de encuesta para recopilar datos cuantitativos y cualitativos de cada tipo de actor. Se desarrolló una hoja de recolección de datos y una lista de verificación de infraestructura, materiales y recursos humanos para capturar estadísticas institucionales en cada sitio educativo y de inserción. Entre

agosto de 2015 y febrero de 2016, se recopilaron datos de 327 personas en 12 estados, incluyendo la Ciudad de México.

Más de un año después de la recopilación de datos para la línea de base, el 24 de abril de 2017, se convocó al CAE para revisar los avances respecto a la línea de base, incluyendo las nuevas escuelas y sitios de implementación, así como los cambios en política pública. Cuando comenzó la recopilación de datos de 2018, se habían otorgado donativos a 10 sitios a través de un concurso apoyado por la Fundación. Las evaluadoras visitaron cada uno de los sitios que habían iniciado las actividades del proyecto, aunque en algunos casos las actividades eran incipientes.

La recopilación de datos en 2018 enfatizó la evaluación del avance en los indicadores específicos. Al igual que con la línea de base, las entrevistas se diseñaron para cada tipo de informante, con la excepción de los médicos que no fueron entrevistados en 2018. La misma hoja de recolección de datos se usó para capturar estadísticas institucionales en los sitios de inserción y una lista de verificación de la infraestructura y los recursos materiales y humanos de cada institución. Entre el 1 de febrero y el 30 de junio de 2018, se recopilaron datos de 401 personas en 18 estados (Cuadro 1, Anexo B).

Las prácticas basadas en la evidencia científica se evaluaron en ambos puntos de recolección de datos. Para la recopilación de datos de 2018, se eliminaron dos prácticas de la lista que ya no se realizaban de manera significativa en ningún lugar del país y se agregaron otras dos a sugerencia de las asesoras del CAE. Por lo tanto, mientras que en 2018 los datos informan sobre la lista completa de prácticas utilizadas en 2018, la comparación entre la línea de base y en 2018 incluye solo aquellas que son iguales en 2015 y 2018.

<b>Prácticas basadas en la evidencia científica (PBE) utilizadas durante la línea de base y en 2018</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento continuo por una persona de su elección</li> <li>• Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis</li> <li>• Uso de su propia ropa</li> <li>• Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto</li> <li>• Tomar decisiones de manera autónoma</li> <li>• Evitar la ruptura artificial de membranas</li> <li>• Libre deambulación</li> <li>• Consumo de líquidos</li> <li>• Consumo de alimentos ligeros</li> <li>• Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión</li> <li>• Evitar la episiotomía de rutina</li> <li>• Evitar la maniobra de Kristeller</li> <li>• Apego inmediato madre-recién nacido</li> <li>• Corte retardado del cordón umbilical</li> <li>• Evitar la revisión manual rutinaria de cavidad uterina y sin anestesia</li> <li>• Evitar el uso rutinario o profiláctico de antibióticos</li> <li>• Evitar la aspiración rutinaria de secreciones del recién nacido</li> <li>• Respeto a las prácticas culturales de la mujer (uso de amuletos, manejo de placenta, etc)</li> </ul>	
<b>PBE añadidas en 2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar que la placenta esté completa</li> <li>• Uso de partograma</li> </ul>	<b>PBE eliminadas en 2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la aplicación de enemas</li> <li>• Evitar tricotomía (rasurado púbico)</li> </ul>

Al inicio del estudio y en 2018, se aseguró a los informantes que sus comentarios se mantendrían confidenciales. Todos los informantes aceptaron ser incluidos en la lista de colaboradores (Anexo 5, Anexo A).

Entre febrero y mayo de 2016, todos los datos de referencia se ingresaron en bases de datos Excel® especialmente diseñadas y los datos cuantitativos se transfirieron a SPSS®. Los datos de 2018 de directoras de sitios de inserción, parteras y usuarias fueron capturados directamente en el software de encuestas Qualtrics® durante los meses de febrero y julio. Las distribuciones de frecuencia y los análisis de tabulación cruzada se llevaron a cabo en SPSS® para los datos cuantitativos. Los datos de las entrevistas con funcionarios nacionales y estatales, al inicio del estudio y en 2018, se grabaron (con permiso previo) y algunos se transcribieron textualmente y, cuando fue posible, se ingresaron en Qualtrics®. Los textos más largos fueron codificados en categorías básicas de respuesta. Las citas de estas transcripciones y de preguntas abiertas en las entrevistas semiestructuradas ilustran puntos clave del informe.

## 4.2 Limitaciones metodológicas

Actores gubernamentales: Las entrevistas con funcionarias nacionales y estatales se enfocaron, entre otros temas, en sus percepciones sobre la partería y los distintos tipos de parteras. En 2018 fue evidente que muchos funcionarios habían leído el informe de la línea de base y, por lo tanto, conocían la perspectiva pro partería de la Iniciativa. Fue difícil discernir si esto afectó sus respuestas o cómo lo hizo, pero puede haber influido en algunos para hablar más positivamente sobre la partería de lo que hubieran hecho de otra manera.

Promotoras de la partería: El universo de actores entrevistados en la línea de base y en 2018 se superpone significativamente con el círculo de donatarias y colaboradoras de la Fundación, lo que significa que estas personas son al mismo tiempo protagonistas e informantes. Este bucle autorreferencial era inevitable porque el PPSR era una fuente principal de apoyo en el campo. En la medida de lo posible, se incluyó a los promotores de la partería ajenos al círculo de relaciones de la Fundación y se tomaron en cuenta sus perspectivas.

Formación: Algunos datos no estaban disponibles al momento de la recopilación de datos de 2018, por ejemplo, para las cerca de 19 escuelas afiliadas al Programa de Enfermería Obstétrica de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO) que pueden o no estar actualmente formándose en atención de partos. Además, la información presentada se basa en las prácticas y características informadas por las directoras de los programas educativos sin confirmarlas de manera independiente a través de entrevistas a las estudiantes o análisis de la currícula.

Empleo y Calidad de la atención: Los datos sobre calidad de la atención se basan en la información de las parteras o las usuarias, no en la observación real de las prácticas, lo que puede dar lugar a una sobrerrepresentación de prácticas basadas en la evidencia científica reportadas y una subrepresentación de las prácticas que deben evitarse. Debido a limitaciones de tiempo, no siempre fue posible entrevistar a las parteras que trabajaban en turnos de fin de semana o nocturnos. Se intentó realizar llamadas telefónicas de seguimiento después de algunas visitas al sitio con resultados mixtos. Se entrevistó a cinco usuarias de servicios por sitio siempre que fue posible, un número que se consideró adecuado y realista dadas las dificultades encontradas en la línea de base.

# RESULTADOS

## 5. CAMBIOS DESDE LA LÍNEA DE BASE

### 5.1. Marco normativo y políticas públicas

La Teoría de Cambio reconoce que para lograr la “institucionalización duradera de la partería profesional en el sistema de atención de salud, se necesita un entorno político favorable, junto con una mayor disponibilidad y demanda de servicios de partería, promotores de la partería y recursos estatales para apoyar programas de capacitación y escuelas”.<sup>17</sup> El objetivo principal de la Iniciativa era apoyar a diversos actores, quienes promueven normas y políticas favorables así como su aplicación. Durante la implementación, la estrategia dio prioridad a las acciones para crear un entorno de política pública propicia para la partería profesional con apoyo para la investigación, el intercambio de información y la incidencia política.

#### Objetivo: Promover normas y políticas públicas favorables, así como su aplicación

Total invertido: \$3,061,000<sup>18</sup>

Donativos en la línea de base (6): \$1,786,000

Donativos posteriores a la línea de base (4): \$1,275,000

Donativos para:

- *Ayuda a las promotoras de la partería a desarrollar o fortalecer sus habilidades técnicas en liderazgo e incidencia política*
- *Demstración del trabajo que se está haciendo en México a través de la participación de promotoras de partería en foros internacionales.*
- Investigaciones que informen a los responsables de la formulación de las políticas públicas sobre las percepciones de las mujeres acerca de la calidad de la atención que han recibido por parte de diferentes tipos de proveedoras
- Iniciativas que describan posibles modelos de atención de partería.
- Iniciativas para cohesionar el movimiento de actoras clave en foros como el GIIP

*Cursivas: donativos posteriores a la línea de base*

#### Metodología específica

En el reporte de la línea de base, el equipo de evaluación documentó el marco que rige la partería, desde los acuerdos y normas internacionales hasta la Constitución de México y la Ley General de Salud, normas y códigos de práctica específicos e iniciativas específicas de cada estado. Se preguntó a cuarenta y siete funcionarios públicos nacionales y estatales qué leyes y normas apoyan o dificultan la institucionalización de la partería en el sistema de salud pública y qué se necesita para avanzar. La evaluación de 2018 buscó cambios en el marco normativo y de políticas públicas en lo

# funcionarios públicos entrevistados		
	Línea de base	2018
Nacional	14	18
Estatal	33	68
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>86</b>

<sup>17</sup> Population and Reproductive Health Program/Mexico Plan for Capstone Grant making 2015-2019, octubre de 2014.

<sup>18</sup> Los totales que se muestran aquí incluyen el número de donativos cuyo objetivo principal estaba en esta área, aunque los montos totales incluyen donativos cuyos objetivos secundarios estaban en el área específica.

que respecta a la partería, hablando con 86 informantes, incluido un número ampliado de autoridades estatales.

### Resumen de resultados

En 2015, la evaluación de la línea de base encontró que el marco legal en México permitía a las parteras (enfermeras obstétricas, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas) trabajar en el sistema público de salud, pero no decía nada sobre dónde deberían trabajar ni qué papel deberían desempeñar en relación con otros prestadores médicos de los servicios. La Secretaría de Salud tenía códigos de empleo para enfermeras obstétricas y parteras técnicas, lo que hace posible emplear parteras con cédula profesional en el sistema público de salud. En abril de 2016, la recién publicada Norma Oficial 007, la norma más importante del país relacionada con la salud materna y perinatal, mencionó a las parteras por primera vez como prestadoras calificadas para partos de bajo riesgo. Los estados disponían de recursos limitados para contratar parteras, especialmente aquéllos con altas tasas de mortalidad materna, aunque solo unos pocos estados solicitaron fondos.

A pesar de estos avances, las parteras tuvieron dificultades para encontrar un lugar en el sistema de salud debido a las percepciones erróneas que comúnmente se tienen acerca de su capacidad para brindar atención de calidad y la falta de pautas para implementar modelos de atención de partería. Las parteras dependían del apoyo o la iniciativa de algunos líderes o directores clave para ejercer, haciéndolas vulnerables a cambios en la política o el liderazgo. Las funcionarias de salud interesadas en promover la partería tenían que encontrar su propia manera de poner en práctica la partería, generalmente luchando contra los rígidos requisitos regulatorios o la resistencia de personal no convencido.

La evaluación de la línea de base encontró que el marco normativo apoyaba muchas prácticas basadas en la evidencia científica que caracterizan un modelo de atención de partería, pero las inconsistencias con respecto a la práctica estándar dejaban espacio para la interpretación y dieron lugar a una gran variación a nivel clínico. La consistencia y la claridad en torno a las prácticas basadas en la evidencia científica son importantes para la calidad de la atención en general, pero lo son particularmente para legitimar ciertos aspectos de la práctica de la partería. La supervisión y la implementación de las normas plantearon un desafío, lo que contribuyó a una discrepancia entre las opiniones a menudo favorables de los formuladores de políticas de alto nivel y una realidad menos favorable sobre el terreno (ver Anexo 6, Anexo A).

Los hallazgos de la línea de base resaltaron la necesidad de un mandato político de alto nivel para replantear la partería como un componente clave de un modelo de atención basado en la evidencia científica, no simplemente en la promoción de un tipo de prestador de servicios, así como pautas operativas para incorporar parteras profesionales en diversos entornos de atención. Al mismo tiempo, se necesitaban acciones para generar comprensión y confianza al mostrar experiencias exitosas que ya estaban en marcha.

En 2018, las promotoras lograron trasladar la partería profesional de los márgenes de la estrategia de salud materna al ámbito de los responsables de formular políticas nacionales. Cuatro dependencias del sistema público de salud reconocen o han tomado medidas para promover la partería en sus marcos programáticos o han introducido pautas para la atención materna y neonatal en las que la partería está implícita. Este interés ampliado aún tiene que producir nuevas normas o políticas en torno a la partería profesional y todavía hay mucho espacio para ampliar el conocimiento y la comprensión sobre los

modelos de práctica y sus posibles contribuciones para mejorar los resultados de la atención a la salud materna. Sin embargo, los avances son importantes porque muestran a otros funcionarios públicos y prestadores de servicios que la partería puede ser un enfoque eficaz y viable, estableciendo el escenario para un cambio de política más integral.

Además del avance a nivel nacional, 14 estados, tres más que en 2015, están implementando modelos de atención de partería profesional. Sus experiencias presentan enfoques distintos entre sí y brindan lecciones importantes para el avance de la partería profesional en diversos contextos.

El acceso a los recursos públicos continúa siendo una preocupación para aquéllos que intentan mantener o ampliar las experiencias de partería profesional, así como el deseo de que haya un mayor liderazgo a nivel federal. Para muchos actores nacionales y estatales, ahora se necesita un compromiso o mandato nacional, acompañado de políticas apropiadas y recursos presupuestarios, para aprovechar los avances que se han logrado: nuevo conocimiento e interés, metodologías innovadoras e impacto documentado, hacia una integración más amplia y más permanente de la partería profesional en el sistema público de salud de México.

<i>Indicador 1: Se desarrollan, presentan y discuten propuestas de política pública entre diversos actores</i>	<i>Hallazgo: Las promotoras de la partería están brindando información y apoyo técnico que ayudan a definir las prioridades, aunque aún no han presentado propuestas de políticas públicas concretas.</i>
--	---

Las elecciones federales de julio de 2018 influenciaron el contexto político durante el último año de la Iniciativa de Partería al limitar las posibilidades de un cambio significativo con el gobierno saliente, pero ofreciendo la oportunidad de posicionar una agenda de partería sólida y bien desarrollada con los líderes de los gobiernos estatales y nacional. En este contexto, si bien las promotoras de la partería no desarrollaron ni presentaron propuestas de reforma en la política pública, los datos muestran múltiples contribuciones para mejorar las políticas y prácticas actuales, así como el diálogo y la convergencia para informar sobre la agenda emergente de políticas de salud. Los esfuerzos mencionados por varias fuentes incluyen:

- En el área de la formación de parteras, las promotoras no pertenecientes al gobierno trabajaron en estrecha colaboración con los funcionarios de dos dependencias de la Secretaría de Salud para mejorar la comprensión de las competencias de las parteras profesionales, mejorar el plan de estudios y abrir espacios para la partería en las universidades estatales. Su trabajo estaba dirigido a crear una caja de herramientas virtual para formadores en partería y un plan de estudios básico basado en competencias de la CIM, ambos recursos potencialmente importantes para las tomadoras de decisión a nivel político, las autoridades reguladoras y los educadores.
- Varios grupos trabajaron para crear conciencia entre el personal médico y las autoridades de salud estatales. Por ejemplo, una organización lanzó un curso de aprendizaje electrónico de 10 horas, disponible en el campus virtual de la OPS, como una forma de sensibilizar al personal médico sobre los valores y principios básicos de la partería. El grupo trabajó estrechamente con la dirección encargada de educación de la Secretaría de Salud para obtener su respaldo y fue invitado a presentar el curso a sus directores de capacitación para que lo usaran con todos los profesionales de la salud. En Veracruz, la Secretaría de Salud estatal instruyó que todo el personal tomara el curso, lo

que se tradujo en más de 2,200 participantes solo en dicho estado. Esfuerzos similares de sensibilización y capacitación realizados por otras organizaciones llegaron a cientos de integrantes del personal médico y autoridades de salud en otros estados, incluidos Morelos y Guerrero.

- Los esfuerzos preparatorios para la transición presidencial y la construcción de la agenda política emergente incluyeron:
  - Un foro titulado “¿Lo que les preocupa, las ocupa?” reunió a representantes de los candidatos presidenciales para hablar sobre la partería y otras prioridades de salud materna. Después del foro, el personal de alto nivel que representa al nuevo presidente solicitó y recibió de las promotoras de la partería un documento que explica por qué y cómo incorporar la partería profesional en el sistema público de salud.
  - La reunión anual de 2018 de una coalición clave de salud materna, que convocó a diversos actores para discutir los desafíos de asegurar recursos para los modelos de atención de partería. A las participantes les preocupaba que los recursos del Anexo 4 del Seguro Popular, disponibles para todos los estados, no incluyeran los servicios de partería profesional como un gasto permitido, y que el mecanismo del AFASPE (recursos asignados por el CNEGySR para iniciativas de salud materna) era limitado en tamaño y alcance. La reunión atrajo una participación sin precedentes de funcionarios estatales y nacionales de la Secretaría de Salud, otras dependencias federales, organizaciones de la sociedad civil nacional y estatal, y organismos multilaterales. Como resultado del diálogo, las participantes acordaron posicionar el tema como una prioridad ante los candidatos presidenciales y sus asesores con recomendaciones concretas para avanzar.<sup>19</sup>

<p><b>Indicador 2:</b> Al menos una dependencia federal de salud se compromete y toma medidas para institucionalizar la partería profesional como una solución a los problemas de salud materna</p>	<p><b>Hallazgo:</b> Tres dependencias federales han mostrado un mayor interés o han tomado medidas para fortalecer la partería profesional; una cuarta introdujo un nuevo modelo de atención en el que la práctica de la partería está implícita.</p>
---	---

**CNEGySR**— La dependencia normativa más importante en México para la salud materna participó en el GIIP y contribuyó a las discusiones de una agenda de partería incluso antes de la línea de base, y desde 2015 ha ampliado los esfuerzos para alentar y permitir que las Secretarías de Salud estatales contraten parteras profesionales. El CNEGySR desempeñó un papel importante en el desarrollo de programas de partería profesional en estados como Tlaxcala y brindó apoyo técnico y financiero a varios estados.<sup>20</sup>

En 2017, el CNEGySR dio un primer paso hacia la incorporación de la partería en sus compromisos formales mediante el desarrollo de un modelo de servicios profesionales de partería. Un resumen ejecutivo del modelo, presentado a las aliadas de la partería y del sector salud en forma de borrador, reconoce los fundamentos legales y el cuerpo de investigación que apoya la partería profesional con énfasis en las contribuciones potenciales de los servicios de partería en el continuo de la atención. El

<sup>19</sup> Acuerdos de CPMSM, 6ta Reunión Técnica Nacional de Salud Materna y Neonatal (<https://maternidadsegura.com.mx/6ta-reunion-tecnica/>).

<sup>20</sup> Debido a que la dependencia no distingue entre atención de parto y otros servicios de partería a lo largo del continuo de la atención, no todos los estados o sitios que apoyan cumplen con el criterio de inclusión en la evaluación.

modelo fue elogiado por ampliar la comprensión de los servicios de partería profesional como un concepto y por incorporar a las enfermeras como prestadoras clave. No se publicó antes de que comenzara la veda preelectoral en abril, pero puede representar un importante cuerpo conceptual de trabajo para los futuros funcionarios de la Secretaría de Salud.

El Modelo de servicios de partería profesional, con su énfasis en enfermeras obstétricas y perinatales, a quienes consideran proveedoras calificadas ya existentes, y en el concepto de servicios de partería en lugar de una nueva categoría de proveedoras, fue bien recibido por otros actores de la Secretaría de Salud que anteriormente se mostraban incómodos con la idea de crear una nueva profesión.

*Necesitamos alejarnos de hablar sobre la partería como una profesión y avanzar hacia hablar sobre los servicios de partería. (funcionario federal)*

Los actores dentro y fuera de la Secretaría de Salud reconocen la importancia del modelo, aunque muchos creen que no va lo suficientemente lejos en términos de especificidad operacional, definiendo códigos laborales apropiados o reconociendo el cuidado del parto y la autonomía de las mujeres como aspectos centrales de los servicios de partería.

*La forma de operar es lo que me hubiera gustado ver ... algo más detallado; es muy general (funcionaria federal)*

*Es muy conceptual, pero puede estar bien para un primer paso para que [sepamos] de qué estamos hablando cuando hablamos de partería profesional. (funcionario federal)*

*Su modelo no tiene ninguna posición legal... es un documento de la administración pública que no está basado en la ley. Está vinculado a una norma, pero para modificar la infraestructura, la norma no es suficiente. Esto es más un acuerdo para trabajar en el tema. (actor de la sociedad civil)*

*El modelo conceptual es bueno, pero necesitan un modelo operacional. (funcionaria federal)*

*El modelo no describe el continuo de la atención ni habla de autonomía. Habla de equipos de prestadores sin decir cómo. No propone cambios... no hay innovación. (actor de la sociedad civil)*

**CONASA**— El Consejo Nacional de Salud es una plataforma a nivel de gabinete que establece prioridades para el sector salud y reúne a funcionarios estatales de salud trimestralmente para monitorear el progreso en áreas donde se han realizado acuerdos. El CNEGySR fue fundamental para ubicar a la partería profesional como un tema de discusión en el comité del programa Arranque Parejo en la Vida<sup>21</sup> de CONASA en noviembre de 2016. La discusión resultó en un acuerdo unánime para promover la partería en todas las instituciones públicas de salud y en la intención de presentar el tema a CONASA<sup>22</sup>. La acción tiene una importancia simbólica, pero debe ser asumida por CONASA para convertirse en un acuerdo que responsabilice a las instituciones estatales y de salud. Un funcionario federal explicó que es poco probable que CONASA considere que la partería sea una prioridad sin el apoyo político directo a nivel subsecretaría o superior.

**DGCES**— La Dirección General de Calidad y Educación para la Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud está ahora directamente involucrada en la promoción de la partería en sintonía con el énfasis de CNEGySR en los servicios de partería profesional prestados por enfermeras especializadas y parteras técnicas. La coordinación ampliada entre las dos agencias, facilitada por el GIIP, es un avance

<sup>21</sup> El Programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna.

<sup>22</sup> Acta de la Segunda Reunión Ordinaria 2016 del Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida, 9 de noviembre de 2016

significativo que ha dado forma al posicionamiento de la partería profesional en la Secretaría de Salud, lo que otorga una mayor relevancia al tema. Además de apoyar el curso virtual mencionado anteriormente, la DGCES lanzó su propio campus virtual en 2017 para facilitar la educación continua para el personal de salud público y privado (<http://educads.salud.gov.mx>). El plan de estudios incluye un curso sobre atención basada en la evidencia científica para mujeres y recién nacidos que se orienta en torno a los principios de la partería. Con más de 130,000 trabajadores de la salud inscritos en cursos en el primer año, la plataforma ofrece un potencial significativo para expandir el conocimiento y la aceptación de los conceptos de partería en todo el sector. Los funcionarios de la agencia reconocen que la partería no está incluida en la plataforma como tal, pero están explorando la posibilidad de traer una referencia más explícita a la partería en el futuro mediante la incorporación de aspectos del curso virtual de partería.

La Dirección de Enfermería (DE) de la DGCES apoya de manera similar el avance de una agenda de partería. Esta dirección informa directamente al Director General y se encarga de proponer políticas, crear normas, directrices y recomendaciones, así como coordinar acciones en los 32 estados. Vinculada directamente a la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), que asesora al Secretario de Salud en temas relacionados con la enfermería, la DE hace recomendaciones y desarrolla programas estratégicos para mejorar la educación de enfermería. Juntos, la DE y la CPE coordinan todo el sector de enfermería. El interés de la DE en la partería profesional surgió por el reposicionamiento del concepto por parte de la CNEGySR para enfocarse más en el personal existente, es decir, las enfermeras obstétricas y perinatales, como parteras profesionales. Después de la línea de base, la DE y la DGCES participaron en el GIIP junto con sus contrapartes de Educación, encabezaron el desarrollo del programa de certificación COMLE y desempeñaron un papel activo en el comité de evaluación de un concurso nacional para modelos innovadores de partería patrocinados por la OPS y la Fundación MacArthur.

*Ha habido grandes avances en dos años en visibilidad (parteras profesionales). Ahora estamos tratando de convencer a otros actores políticos de que las enfermeras obstétricas y perinatales tienen las competencias... Es un desafío importante convencer a los médicos de que no estamos compitiendo, no queremos quitarles su trabajo, sino complementarlo. (funcionaria federal)*

La DE desempeñó un papel destacado, junto con la CNEGySR y la OPS, en la actualización de la Norma oficial 020 (NOM020-SSA3), que regula la práctica de la enfermería obstétrica y perinatal en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las normas de práctica para la atención de los partos. Si bien la NOM007 (2016) afirma que las enfermeras obstétricas, las parteras técnicas y las parteras “tradicionales” capacitadas pueden atender partos de bajo riesgo, una propuesta de NOM020, que regulará a las enfermeras obstétricas, se encontraba en una segunda etapa de revisión legal en 2018. Esta norma enfrenta algunas resistencias debido a la preocupación de que el rol ampliado de las enfermeras desplazaría a otro personal médico. Una vez que se publique, la revisión de la NOM020 representará un avance normativo significativo, aunque solo para las enfermeras parteras.

**DGPLADES**— La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) es la agencia de la Secretaría de Salud encargada de desarrollar modelos de atención para todo el sector salud. Su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (MTDI) ha sido una promotora comprometida de los modelos de atención humanizados y centrados en las mujeres que contemplan diferentes prestadoras de servicios que llevan a cabo práctica tipo partería. Si bien su compromiso con este tipo de atención no es nuevo, la DGPLADES hizo un importante avance en junio de 2018 al publicar pautas específicas para la implementación de su Modelo de Atención a las Mujeres en el Embarazo,

Parto y el Puerperio.<sup>23</sup> Si bien la DGPLADES ha trabajado históricamente para apoyar a las parteras "tradicionales" indígenas, el modelo y las nuevas directrices son aplicables a todo el personal del sistema de salud en el país. Esta dependencia no está encargada de implementar el modelo, pero brinda capacitación inicial y apoyo a los estados y dependencias de salud que lo soliciten.

El modelo de la DGPLADES refleja años de trabajo previo, pero adquirió nueva relevancia en julio de 2017 siguiendo la Recomendación General 31-2017 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que exige la rendición de cuentas y acciones concretas para reducir la violencia obstétrica.<sup>24</sup> La recomendación fue producto de dos años de esfuerzo de la Comisión con numerosas entrevistas y contribuciones de expertos externos, con el apoyo de la Fundación MacArthur y la Fundación Kellogg. La intención de la recomendación no es castigar a quienes cometan violencia obstétrica, sino mostrar la manera correcta de brindar atención obstétrica y neonatal utilizando el modelo de la DGPLADES. La DGPLADES presentó su modelo ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y luego en un foro de la Corte Suprema y ante más de 100 obstetras que representan a diversas instituciones del sector de la salud en todo el país. En septiembre de 2018, se invitó a DGPLADES a presentar la Guía directamente al Secretario de Salud.

Si bien la DGPLADES y la CNEGySR han trabajado históricamente de manera estrecha para forjar una visión y un discurso unificados en la Secretaría de Salud, esta colaboración ha disminuido en los últimos años. Esto es evidente en los muy diferentes modelos introducidos por las dos agencias en el último año, cada uno diseñado con poca o ninguna aportación de la otra agencia y perspectivas muy diferentes sobre lo que se necesita para avanzar.

<p><b>Indicador 3:</b> Los estados realizan modificaciones normativas o de política pública para incorporar prácticas de partería de alta calidad</p>	<p><b>Hallazgo:</b> Dos estados han incorporado conceptos de partería en la política de salud materna, proporcionando ejemplos importantes de iniciativa y liderazgo estatales.</p>
---	---

La evaluación de 2018 identificó 14 estados que realizan esfuerzos sostenidos, nuevos o incipientes para incorporar la partería profesional en sus sistemas de salud como una estrategia para mejorar la calidad de la atención de salud materna y neonatal. Estas experiencias ofrecen una gran diversidad y lecciones importantes sobre lo que podría funcionar en diferentes contextos. Sin embargo, en dos casos, los gobiernos estatales han integrado el concepto de partería o modelos de atención de partería en el marco de la política pública de su Secretaría de Salud.

- La Secretaría de Salud de **Veracruz** definió el *Plan estratégico para la salud materna y perinatal 2017-2018*, para proporcionar servicios de salud materna y perinatal fundados en prácticas basadas en la evidencia científica y el respeto por los derechos de las mujeres y los recién nacidos. El modelo, que incluye un enfoque de parto amigable para combatir la violencia obstétrica, tiene un amplio apoyo del secretario de salud, directores de división, comités técnicos, jefes de departamento y otros funcionarios de la administración saliente. Para garantizar el cumplimiento del marco

<sup>23</sup> DGPLADES-SSA 2014. Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Guía de Implantación. Secretaría de Salud. .

<sup>24</sup> Recomendación General No. 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ver: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf)

normativo mexicano, el Plan especifica acciones para capacitar al personal, incluidos los "profesionales no médicos de hospitales" que acompañan los partos normales.<sup>25</sup> Si bien el plan no se refiere específicamente a la partería, la Secretaría de Salud del gobierno saliente (antes de las elecciones de 2018) estaba totalmente comprometida con la integración de los servicios de parteras profesionales para atender partos normales como parte de equipos de práctica multidisciplinarios. La iniciativa destacó la importancia de conectarse con líderes nacionales e internacionales en materia de salud materna y perinatal y prácticas basadas en la evidencia científica, y brinda oportunidades de capacitación para el personal del sistema de salud a través del campus virtual de la OPS y la propia plataforma en línea de la Secretaría de Salud. Queda por verse si este programa continuará bajo el nuevo gobierno estatal.

- El gobierno del estado de **Guerrero** y los funcionarios de la Secretaría de Salud han recibido reconocimiento nacional e internacional por su liderazgo en la integración de la partería profesional como una estrategia para brindar atención en salud materna y perinatal de alta calidad y culturalmente relevante basada en la evidencia científica. La Secretaría de Salud del estado fue invitada a presentar su modelo en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Suiza en mayo de 2018. Guerrero tiene la única escuela de partería técnica pública (Tlapa) en México. La escuela recibe apoyo del gobierno estatal para un programa que se enfoca únicamente en estudiantes indígenas que están comprometidas a trabajar en el sistema de salud y en sus comunidades. Además de proporcionar recursos y amplio apoyo político, la Secretaría de Salud firmó un acuerdo de acceso a la práctica clínica en todos los hospitales de la región de La Montaña donde se ubica la escuela, lo que resuelve un problema que ha dificultado la formación de parteras en otros lugares. La iniciativa de partería del estado también se extiende a la práctica empírica de la partería indígena y al programa de capacitación de las enfermeras especialistas perinatales. Los actores del gobierno estatal interactúan con frecuencia con un grupo amplio y bien coordinado de organizaciones de la sociedad civil que promueven la partería en Guerrero, así como con actores nacionales e internacionales, otras agencias estatales y otros gobiernos estatales, en un esfuerzo continuo por mejorar sus modelos de atención de partería. .

Otros gobiernos estatales han apoyado el diseño de experiencias de partería o modelos de atención, aunque no al nivel de política estatal. Estos incluyen **Tabasco**, que realizó una experiencia exitosa de partería en un Hospital Básico Comunitario con un éxito significativo, incluida una alta (y creciente) proporción de partos atendidos por parteras, reducción documentada de cesáreas y un número reducido de mujeres derivadas a hospitales. **Tlaxcala** desarrolló un modelo de atención de partería a iniciativa de enfermeras obstétricas que querían especializarse en atención perinatal. Recibieron un amplio apoyo de la Secretaría de Salud del estado y del CNEGySR para el desarrollo del modelo. En **Morelos**, el gobierno estatal y la Secretaría de Salud desarrollaron un modelo de atención de Centros de Salud Centinelas y abrieron el primer programa de licenciatura directa en partería profesional.

En tres estados, las funcionarias comentaron que les gustaría expandir su compromiso con la partería, pero están limitadas en su capacidad para hacerlo por falta de recursos humanos disponibles. Al menos seis estados (incluido Veracruz) mencionaron que estaban considerando abrir escuelas de partería en sus estados en respuesta a la escasez, aunque reconocen que esto no sería una solución a corto plazo.

<b>Indicador 4:</b> Dependencias federales, los	<b>Hallazgo:</b> Los recursos del presupuesto federal para la capacitación y el
--	--

<sup>25</sup> Plan Estratégico para la Salud Materna y Perinatal en Veracruz 2017-2018, sección 2.1.4.

estados y/o instituciones privadas asignan recursos para financiar programas de formación y o programas que emplean parteras profesionales.	despliegue de parteras continúan siendo limitados, y solo un estado brinda apoyo significativo y sostenido para la formación de parteras. Las agencias privadas como la Fundación MacArthur han sido una fuente clave de apoyo para los actores estatales que buscan iniciar o fortalecer los programas de partería.
---	--

Desde el levantamiento de la línea de base, las reducciones en los presupuestos federales de salud han impactado los programas de salud materna en todos los niveles. No solo no han crecido estos fondos, sino una fuente documentó una disminución sustancial en el presupuesto de la Secretaría de Salud para la salud materna y perinatal entre 2013 y 2018.<sup>26</sup>

Al inicio y nuevamente en 2018, los mismos tres mecanismos de financiamiento estaban disponibles para las secretarías de salud estatales para iniciativas de atención médica. Dos de los tres tienen fondos dedicados a la salud materna y solo una fuente prioriza la partería:

- **Ramo 12:** Estos fondos se asignan anualmente a través de los acuerdos del AFASPE para las prioridades de salud materna definidas por los funcionarios estatales de salud en consulta con el CNEGySR. Los recursos del AFASPE están destinados a fortalecer la capacitación y ayudar a los estados a contratar parteras profesionales en lugar de brindar un apoyo integral o a largo plazo para el programa. En 2017, el CNEGySR distribuyó casi nueve millones de pesos a 10 estados para contratar a 11 enfermeras perinatales, 9 parteras obstétricas, 9 enfermeras generales y 17 parteras técnicas, además de talleres de capacitación y sensibilización para mejorar la atención obstétrica.<sup>27</sup> Las funcionarias nacionales dicen que los fondos son flexibles y respetan la soberanía de los estados, mientras que algunos funcionarios estatales y actores nacionales informaron que la agencia tiene un peso importante en la definición de conceptos y en la asignación de los fondos. Los fondos son ampliamente reconocidos como la fuente más importante de apoyo nacional para iniciar o sembrar los esfuerzos estatales de partería.
- **Seguro Popular:** Un vasto sistema de financiamiento para el sistema público de salud que brinda mecanismos de cobertura de salud a casi la mitad de los mexicanos que no están inscritos en otros programas de atención médica. El sistema descentraliza los fondos de salud materna a los estados a través del Anexo 4, un acuerdo que define los conceptos de gasto en las áreas de prestación de servicios, acciones preventivas y promoción de la salud materna. El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) enumera todas las intervenciones elegibles para cobertura y las cantidades permitidas. Los funcionarios del Seguro Popular reconocen la autonomía de los estados para determinar el destino de estos recursos descentralizados, aunque los fondos solo se pueden utilizar para los procedimientos enumerados en el CAUSES y los puede realizar personal reconocido en una instalación acreditada. En 2018, los datos de las entrevistas encontraron diferentes opiniones sobre si el Seguro Popular podría usarse para pagar los servicios de partería profesional. Parece ser poco común en el mejor de los casos, y solo puede suceder si la partera no aparece como proveedora ya que las parteras profesionales no son reconocidas como personal autorizado.

<sup>26</sup> Díaz Echeverría, Daniela. 2017. El presupuesto en salud para las mujeres: recorte sobre recorte. CIMAC Noticias, December 11, 2017. See: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/el-presupuesto-en-salud-para-las-mujeres-recorte-sobre-recorte>.

<sup>27</sup> "Partería Profesional en México PowerPoint® Presentación en PowerPoint® del Director General de Salud Materna y Perinatal, CNEGySR, febrero de 2018.

- Ramo 33: No se centra en la salud materna, sino que es un mecanismo presupuestario que transfiere recursos nacionales a los estados y municipios para gastos en educación, salud, infraestructura, seguridad pública, programas de alimentos y seguridad social e infraestructura educativa. El componente de salud solo incluye conceptos amplios como atención médica, hospitales, mantenimiento, personal, suministros, medicamentos y equipos. Si bien estos recursos están disponibles para todos los estados y se pueden aplicar ampliamente, esta amplitud también significa que se da mucha competencia por los fondos, lo que dificulta para los programas estatales de salud materna competir por estos presupuestos.

Guerrero ha brindado un apoyo significativo y sostenido al programa de capacitación de partería técnica del estado, que también es el único programa creado como una entidad pública descentralizada. Más recientemente, los grupos pro partería negociaron con éxito con las autoridades estatales obtener una partida presupuestaria para la contratación de parteras profesionales en Michoacán.

Debido a que los recursos de las dependencias federales han disminuido respecto a los de que se disponía al momento de la línea de base, y solo en algunos cuantos casos hay aportes estatales incipientes, las instituciones privadas como la Fundación MacArthur, las agencias internacionales y algunas organizaciones continúan siendo fuentes críticas de apoyo para la partería profesional en México. Siete de los 23 nuevos sitios de inserción de parteras identificados en 2018 recibieron apoyo de la OPS y la Fundación MacArthur como parte de un concurso nacional (los sitios se indican en el Cuadro 12, Anexo B). CASA también proporciona apoyo financiero y técnico a las iniciativas de partería emergentes de los estados cuyos funcionarios participan en su curso en línea de introducción a la partería.

*Hallazgo adicional:*

Si bien algunos estados promueven con éxito los modelos de atención de partería sin un mandato a nivel nacional, los funcionarios estatales afirman que la falta de un mandato federal dificulta el camino y deja en duda la sostenibilidad de sus programas.

En la línea de base, los códigos de empleo y los cambios en la NOM007 abrieron la puerta a los estados para incorporar a las parteras en sus servicios de salud, pero no fue fácil hacerlo sin las pautas federales que indican dónde deben trabajar las parteras o qué papel deben desempeñar en relación con otros proveedores de servicios de salud. Las funcionarias de salud estatales interesadas en la partería tenían que encontrar su propio camino, a menudo luchando contra los rígidos requisitos reglamentarios o la resistencia del personal no convencido. La falta de un mandato nacional también significaba que, una vez que estaban funcionando, los programas de partería dependían del interés o la iniciativa de unas pocas personas y, por lo tanto, eran vulnerables a los cambios en el gobierno o el liderazgo.

En 2018, los estados muestran más innovación y liderazgo en la promoción de la partería profesional, pero a muchos promotores a nivel estatal les preocupa que sus experiencias no sobrevivan a un cambio en los liderazgos políticos. Por ejemplo, los funcionarios estatales de salud en Veracruz trabajaron rápidamente para desarrollar y lanzar una estrategia de salud materna de vanguardia que incluye un componente de partería profesional. Su trabajo priorizó la sensibilización de los funcionarios de salud desde los niveles más altos del gobierno hasta el nivel operativo e instruyó que el personal recibiera capacitación para asegurar un amplio cumplimiento de las normas y directrices que

*Es por esto que es tan importante que los cambios ocurran a nivel federal. Ellos son los únicos que pueden hacer cambios normativos que son más difíciles de revertir. (funcionaria estatal)*

*Se necesita un mandato para que los modelos no dependan de la decisión administrativa. (funcionario estatal)*

refuerzan la práctica basada en la evidencia científica y un modelo de atención humanizado o de partería. Sus esfuerzos fueron un intento para favorecer la continuación del modelo después del cambio de gobierno en 2019.

Funcionarias de Veracruz y otros estados que tuvieron elecciones (Chiapas, Morelos, Puebla, Tabasco y Ciudad de México) solicitaron el apoyo de la Secretaría de Salud federal para garantizar que los avances que han logrado sean sostenibles.

Tres funcionarios federales dijeron que no se necesita un mandato de alto nivel con nuevas leyes o directrices, y que el progreso se logrará a nivel local sin un decreto de ese tipo. Pero para los actores estatales que luchan contra los obstáculos regulatorios y presupuestarios que solo la federación puede resolver, este argumento no convence.

*[Nuestro estado] está trabajando sin (pautas)... no se escribió nada, no se modificó la ley. Es más fácil hacer pequeños proyectos piloto que algo grande y nacional. (funcionario federal)*

*No es cierto que los estados sean soberanos. La federación tiene un peso significativo (autoridad). Si la federación dice x o y, sería raro que un estado no lo siguiera. (funcionaria estatal)*

*Tenemos que cumplir con las normas, y éstas están definidas por la federación. (funcionario estatal)*

*No podemos incluir a las parteras profesionales en el sistema público de salud hasta que la legislación federal cambie la Ley General de Salud. La ley debe establecer que existen parteras profesionales y que son proveedoras legítimas de servicios de salud para poder promover la partería profesional en México. (funcionaria estatal)*

Siete funcionarios federales y cuatro actores no gubernamentales hicieron eco del llamado de los funcionarios estatales a un mayor liderazgo del gobierno federal para consolidar los logros alcanzados y para establecer un camino a seguir para todas las instituciones del sector de la salud.

*Con un cambio de gobierno en (estado), quién sabe qué pasará con su programa. Sin una política pública nacional, un programa depende de si a una persona le gusta el tema. Esto no sirve al interés nacional. Necesitamos una política nacional con la que todas las instituciones puedan alinearse. (funcionario federal)*

*Creo que la Secretaría de Salud debería tomar la iniciativa y promover esta agenda de manera permanente... crear grupos de trabajo y modelos que tengan presupuestos. Primero tiene que haber voluntad política y luego el resto fluirá más fácilmente. (funcionaria federal)*

*Este es el momento de mirar el marco normativo y las leyes para ver qué hay y qué falta o se necesita... necesitamos un mapa legal y normativo para identificar las necesidades. (funcionario federal)*

*El progreso ha tenido lugar a la inversa... Ahora está claro que para sostener este progreso, la partería profesional debe integrarse en el sistema. Esto significa poner la figura en la Ley General de Salud... para permitir la alineación en la supervisión de los establecimientos. (funcionaria federal)*

## 5.2 Reconocimiento y demanda

La Teoría de Cambio reconoce el importante papel de las promotoras de la partería en la configuración de la agenda pública, al abogar por los cambios legales, normativos y de política pública necesarios para integrar exitosamente la partería profesional de alta calidad en el sistema público de salud de México, así como para expandir el conocimiento y el apoyo para la partería profesional en general. La Iniciativa se enfocó específicamente en la partería profesional, pero asumió que las parteras "tradicionales" o

empíricas aprenderían a trabajar juntas con parteras tituladas. Entre las cuatro áreas de la Iniciativa, ésta recibió la mayor inversión, con casi todos los donativos destinados de alguna manera a ampliar el reconocimiento y crear demanda.

A lo largo de la Iniciativa, los esfuerzos del programa apoyaron la visión descrita en la Teoría de Cambio, con un enfoque más amplio en los últimos dos años para fomentar el diálogo y la colaboración intersectorial entre diversos promotores de la partería para forjar agendas comunes que conduzcan a propuestas e iniciativas relevantes en materia de políticas públicas.

**Objetivo: Fortalecer las redes y el liderazgo, promover la legitimidad y la demanda**

Total invertido: US\$5,928,200.00

Donativos en la línea de base (11): US\$2,628,800.00

Donativos posteriores a la línea de base (14): US\$3,300,000.00

Donativos para:

- *Producciones de medios y creación de mensajes para fomentar una mayor comprensión de la partería profesional y expandir la demanda*
- *Fomentar el intercambio de información entre las promotoras de partería*
- *Ayudar a las parteras profesionales a ganar aceptación profesional*
- *Lanzamiento de un programa de certificación*
- *Aumentar la sostenibilidad mediante la mejora de las capacidades de recaudación de fondos de organizaciones pro partería*
- *Apoyo continuo (desde la línea de base) para un trabajo innovador a nivel estatal en Chiapas, Guerrero y Michoacán*
- Fomento a la creación de redes de promotores de la partería con otros actores locales, nacionales e internacionales en los ámbitos no gubernamentales y políticos
- Difundir mensajes a favor de la partería para sensibilizar a las mujeres en edad reproductiva y al público en general.

*Cursivas: donativos posteriores a la línea de base*

### Metodología específica

La evaluación incluyó individuos, organizaciones e instituciones que trabajan para desarrollar la comprensión y crear un entorno más favorable para la práctica de la partería. Estas promotoras incluyen parteras, organizaciones de la sociedad civil (OSC), instituciones académicas, agencias multilaterales, fundaciones privadas, así como algunos funcionarios públicos que están liderando el cambio en sus dependencias. Algunas de estas personas apoyan a las parteras a través de los esfuerzos para fortalecer la profesión, amplificar sus voces o ampliar las opciones de empleo en el sistema público de salud. Otras emplean estrategias más amplias para promover modelos de atención materna y neonatal basados en la evidencia científica, en los cuales la partería es una alternativa importante.<sup>28</sup>

Para la línea de base, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 22 actores no gubernamentales en la Ciudad de México y seis estados. El propósito de las entrevistas era identificar a las personas que

<sup>28</sup> Se utilizan varios términos para describir este paradigma alternativo, que incluye "parto humanizado", "parto digno", "atención centrada en la mujer", "parto libre", "parto respetado" y "parto amigable", cada uno con su propio conjunto de protagonistas y detractores. Para fines de la evaluación, utilizamos los términos "nacimiento humanizado" y "atención centrada en la mujer" porque estos son algunos de los términos más utilizados por los profesionales en el terreno, aunque reconocemos que no se aceptan universalmente.

estaban contribuyendo a configurar la agenda de la partería, así como entender sus logros y desafíos. En 2018, se realizaron 15 entrevistas en la Ciudad de México y tres estados, hablando con muchas de las mismas personas. Las entrevistas en 2018 buscaron cambios en el tamaño y la composición de las redes de partería, nuevos esfuerzos para informar o dar forma a la política pública, y niveles de reconocimiento y demanda entre las audiencias en las que se busca influir.

Además de las entrevistas individuales, LOME, una aplicación de mapeo electrónico<sup>29</sup> proporcionó datos complementarios para documentar los cambios en la densidad y la naturaleza de la red pro partería durante el período 2015-2018. Las donatarias de la Fundación y las integrantes del Comité Asesor de Evaluación en 2015 fueron invitados a iniciar el proceso de mapeo y nuevamente en 2018 para incluir a los nuevos beneficiarios e integrantes de CAE. El mapa de la red está destinado a crecer de manera orgánica a lo largo del tiempo para registrar cambios o profundizar las relaciones en el campo de la partería.

Finalmente, la evaluación comisionó revisiones de medios de comunicación nacionales y estatales en 2015 y nuevamente en 2018, para comprender cómo se representa la partería en medios impresos y electrónicos, como un factor que influye, y hasta cierto punto refleja, aceptación y demanda.

### Resumen de hallazgos

En la línea de base, el ecosistema de partería consistía en múltiples actores cuyas perspectivas brindaban diversidad al campo, pero a menudo no podían ponerse de acuerdo sobre cuestiones fundamentales de identidad o agenda. Las parteras, una parte importante del ecosistema, abrieron escuelas y desarrollaron sitios de práctica de partería a pesar del muy limitado apoyo político y el escepticismo absoluto del "establishment" médico. Su potencial para influir en un cambio de la política pública se vio limitado por el desacuerdo interno en torno a la cuestión de quién es o no es una partera y su consiguiente incapacidad para proyectar un mensaje o una agenda unificados.

La falta de una definición más incluyente de partería reforzó la idea entonces dominante entre los tomadores de decisiones y las funcionarias del sistema de salud de que el término "partera" se refería solo a las parteras indígenas "tradicionales", así como el desconocimiento generalizado sobre el concepto de partera profesional. Muchas profesionales que son una parte importante de la práctica de la partería en otros países, es decir, enfermeras obstétricas y perinatales que querían distinguirse como enfermeras de nivel universitario, se mostraron reacias a identificarse como parteras debido a ideas similares.

Además de las parteras y sus organizaciones, el mapeo de las promotoras de la partería de 2015 consideró organizaciones de la sociedad civil que brindan apoyo de gestión y programático en áreas de trabajo relacionadas; investigadoras académicas que trabajan en estrecha colaboración con OSC y promotores para informar el debate público; organismos multilaterales como el UNFPA, la OPS y UNICEF, así como fundaciones privadas que estaban ayudando a establecer un diálogo con otros actores de alto nivel mientras financiaban estudios, actividades de promoción y experiencias piloto.

Dependencias federales como el CNEGySR y la DMTI, ambas de la Secretaría de Salud, promovieron en 2015 aspectos específicos de la partería en sus propios programas y en colaboración con algunos actores de la sociedad civil. Se consideraron importantes aliados potenciales debido a su capacidad para apoyar

---

<sup>29</sup> Plataforma LOME ([www.es.lome.io](http://www.es.lome.io)).

iniciativas y modelos de atención que podrían generar cambios más amplios en el sistema de salud. Los datos mostraron que incluso en estas dependencias, las percepciones sobre la partería variaban enormemente y no todos estaban convencidos de que las parteras profesionales debían formar parte del modelo de atención.

La investigación de línea de base encontró que las promotoras estaban haciendo contribuciones y avances, pero sus esfuerzos a menudo eran aislados. El obstáculo para el progreso en ese momento no era una oposición organizada, sino una falta generalizada de información que permitía que los mitos y los conceptos erróneos persistieran. Con las elecciones a solo dos años y medio de distancia, los informantes expresaron la necesidad de una colaboración multisectorial más activa además de alianzas entre múltiples partes interesadas para informar de manera más efectiva y definir agendas y propuestas de políticas públicas.

Después de la línea de base, la Iniciativa redobló los esfuerzos para apoyar el diálogo y alentar la colaboración intersectorial entre diversas promotoras de la partería para forjar agendas comunes que condujeran a propuestas e iniciativas relevantes de políticas públicas. El otorgamiento estratégico de donativos se reorientó en torno a los indicadores con el objetivo de fortalecer las redes y el liderazgo para construir legitimidad, promover el reconocimiento y estimular la demanda.

Tres años después, en 2018, los promotores de la partería de la sociedad civil, muchos de los cuales reciben apoyo financiero de la Fundación, desempeñaron un papel importante en la configuración de la agenda pública al ampliar el conocimiento y la información sobre la partería profesional. Esta creciente red de actores se compone de diversos intereses que trabajan en colaboración para documentar las mejores prácticas, crear y difundir información, sensibilizar al personal, fortalecer las escuelas y la currícula, e informar normas y regulaciones para facilitar la práctica de la partería. A pesar del período relativamente corto entre la línea de base y la recopilación de datos de 2018, hay un aumento en el tamaño y la diversidad de las redes de partería y en los niveles de diálogo y colaboración en torno a los esfuerzos para avanzar en áreas específicas de trabajo.

En la línea de base, las hacedoras de políticas públicas tenían un conocimiento limitado de las parteras y lo que ellas podrían contribuir a la atención materna y neonatal, y menos de la mitad estaban familiarizadas con la idea de la partería profesional. En 2018, en gran parte como resultado del trabajo de los promotores de la partería, ahora es un concepto conocido para muchas de las encargadas de formular políticas de salud materna entrevistadas y, en algunos casos, ahora es parte de sus estrategias programáticas. Si bien las diferencias de estrategia y visión han dificultado que los promotores de la partería proyecten una agenda común, la suma total de información y recursos técnicos que están proporcionando ha cambiado fundamentalmente la forma en que se entiende la partería profesional hoy en día y bien puede dar forma a las opciones de política pública de las autoridades entrantes de la Secretaría de Salud a nivel federal y en algunos estados.

**Indicador 5:**

Diversidad, densidad y fuerza de las redes de partería profesional, incluso entre parteras

**Hallazgo:**

La comunidad de actores pro partería es más grande, más diversa y más colaborativa en 2018 que en la línea de base.

*Hace dos años, nosotras (enfermeras) no nos identificábamos como parteras profesionales. Eso ha cambiado, en parte debido al trabajo del CNEGySR, y con Tlaxcala como ejemplo. Ahora está*

En 2018, la comunidad mexicana de promotoras de la partería es más grande y más diversa, en parte porque muchas enfermeras obstétricas y especialmente perinatales ahora se identifican más fácilmente con la partería profesional. Varios factores prepararon el escenario para este cambio, entre ellos: una referencia más explícita a la atención del parto en el currículo de los dos programas educativos de enfermería más grandes del país; los esfuerzos del CNEGySR de la Secretaría de Salud para alentar a los estados a contratar parteras especializadas; atención a los nuevos modelos de atención de partería centrados en las enfermeras en estados como Tlaxcala; y la creación en 2018 de la Asociación Nacional de Parteras Profesionales, dirigida por enfermeras especialistas perinatales prominentes que también son promotoras de la partería.

*claro que las parteras técnicas, LEOs, EEPS y otros actores pueden capacitarse como parteras profesionales y recibir la validación con un diploma (título) y una licencia profesional (cédula). (funcionaria federal)*

A medida que se ampliaba el perfil de la partería en México, los socios de la Iniciativa establecieron puentes entre diversos grupos de parteras a través del diálogo, el intercambio de información, el desarrollo del liderazgo y la participación conjunta en foros nacionales e internacionales. Estos esfuerzos permitieron que algunas parteras se vieran a sí mismas como líderes sociales y parte de un movimiento más amplio.

*(Vimos) la tensión y la división entre las parteras... pero un interés compartido en fortalecer el liderazgo y el diálogo con los demás. (actor de la sociedad civil)*

Además de una red más amplia y diversa de parteras, el movimiento pro partería de México ha crecido a medida que las organizaciones que anteriormente trabajaban en salud materna o campos relacionados han dirigido su atención a la partería. La Iniciativa amplió su portafolio de donativos para incluir más de una docena de organizaciones, muchas de ellas nuevas en la partería, que trajeron experiencia y métodos innovadores para fortalecer el liderazgo, facilitar el diálogo y el intercambio de información, mejorar los mensajes y la comunicación, o mejorar el trabajo de toda la comunidad de parteras. Queda por verse si estas organizaciones continuarán trabajando en la partería después del cierre de los donativos y de la Iniciativa.

Un Mapeo de la Comunidad de Parteras de 2017 realizado por un donatario de la Fundación documentó 19 organizaciones que trabajan para promover la partería profesional a nivel nacional. Un mapeo simultáneo de ocho estados mostró que 15 de los 19 actores nacionales también estaban trabajando en uno o más estados en colaboración con grupos locales. Guerrero y Chiapas tenían el mayor número de organizaciones pro partería y la mayor representación local en las redes y la mayoría de las alianzas.<sup>30</sup>

El mapeo documentó 15 alianzas o colaboraciones entre promotoras nacionales, y un total de 33 en los ocho estados estudiados. Otras ocho organizaciones comenzaron su trabajo de partería después de que se completó el mapeo de 2017 o no se identificaron en ese momento.

<sup>30</sup> Comunidad de Partería en México: Mapeo de Resultados 2017 Presentación de PowerPoint® de Gabriela Diaz, INSAD.

<b>Organizaciones que trabajan para promover la partería profesional 2017. (nacional y 8 estados)</b>			
	<b>Número total de organizaciones</b>	<b>Número de organizaciones locales</b>	<b>Número de alianzas</b>
Nivel nacional	19	—	15
Guerrero	14	3	7
Chiapas	12	7	9
Morelos	11	1	5
Oaxaca	10	1	3
Michoacán	7	1	4
Hidalgo	7	0	5
San Luis Potosí	7	0	0
Veracruz	7	0	0

Fuente: Comunidad de Partería en México: Mapeo de Resultados 2017, INSAD

Las colaboraciones entre las promotoras de la partería incluyen esfuerzos para documentar las mejores prácticas, compartir conocimientos, capacitar al personal, fortalecer escuelas y la currícula, y mejorar las leyes y normas para facilitar la práctica de la partería. Por ejemplo:

- Una campaña nacional, lanzada en 2017, que une a más de 20 organizaciones comprometidas a ampliar el reconocimiento y la demanda de la partería profesional, promover reformas normativas y regulatorias, capacitar a personal médico y fomentar la integración de las parteras en los equipos de atención médica
- Una red de 15 instituciones que unieron sus fuerzas para fortalecer las necesidades técnicas y pedagógicas de la plantilla docente de partería y los programas de formación
- Una campaña estatal en Guerrero para alentar el crecimiento del compromiso a nivel de política pública.

La cartografía electrónica de LOME proporciona información adicional sobre la naturaleza y la densidad de la comunidad de partería. En la línea de base, 85 organizaciones e instituciones (y algunas personas) se registraron como miembros de la red. En ese momento, el mapa mostraba dos constelaciones de actores con relaciones bastante aisladas: por un lado, activistas y organizaciones internacionales y, por el otro, instituciones que representan a las parteras técnicas y las enfermeras obstétricas. En 2018, el número de integrantes de la red aumentó a 93 y mostró una mayor conectividad entre todos los tipos, lo que indica el progreso en la creación de redes y la colaboración. (Consulte el Apartado 7 del Anexo A para ver ilustraciones de la conectividad en la línea de base y en 2018.)

**Indicador 6:**  
Los actores clave están de acuerdo con el / los modelo (s) de atención que describen las funciones de las parteras y cómo éstas deben ser contratadas

**Hallazgo:**  
Las promotoras de la partería no han alcanzado un acuerdo formal sobre los modelos de atención que están promoviendo y continúan teniendo prioridades divergentes en torno a la estrategia. Sin embargo, muchos están trabajando juntos para mejorar componentes específicos de un entorno habilitante.

En 2018, la colaboración fue mucho más común que en la línea de base, aunque los promotores de la partería aún carecen de una voz colectiva sólida o de un consenso en torno a objetivos comunes para

promover cambios a nivel de política pública. La comunidad de parteras, en particular, sigue estando limitada por el desacuerdo sobre temas fundamentales como la certificación, el escepticismo sobre las competencias o la legitimidad de otros y la preocupación de algunos (incluidas las enfermeras perinatales) de que una gran cantidad de enfermeras obstétricas eclipsaría a otros tipos de parteras menos numerosas (técnicas) o no profesionales (autónomas y tradicionales).

*No podemos decir que las perinatales y las LEO son parteras porque el gobierno lo decidió... o porque hay más de ellas ... (actora de la sociedad civil, partera)*

*Tenemos más definición y más comunicación, pero (nada ha mejorado), simplemente nos conocemos mejor... No ha cambiado mucho más allá de eso. (actora de la sociedad civil)*

*El campo de la partería está fragmentado ... Hay una lucha de poder ... (actor de la sociedad civil)*

En el tema de la certificación, por ejemplo, los promotores de la partería no están de acuerdo sobre si es una prioridad o incluso si es necesaria. Las parteras profesionales que completan sus estudios en una escuela acreditada obtienen un título y luego pueden solicitar una cédula profesional a nivel técnico o universitario, según su programa de estudios. Para estas personas, la certificación se considera innecesaria, pero muchos creen que se podría agregar otro nivel de validación y control de calidad, ya que demostraría su nivel de excelencia en el trabajo. Para las parteras que ejercen sin un título o cédula profesional, es decir, parteras autónomas normalmente formadas en otros países y parteras empíricas o "tradicionales" capacitadas en sus comunidades, la certificación es un tema de debate continuo. Las parteras "tradicionales" tienen una opción de certificación existente a través de la DGPLADES y no están de acuerdo en si una certificación por sus pares beneficiaría o afectaría su práctica. A pesar de estos desacuerdos, muchas de las entrevistadas creen que la certificación de alguna forma demostraría la calidad de la educación y la práctica de la partería, ampliando así la aceptación y la legitimidad.

*Un modelo centrado en la mujer implica una reorganización de los roles dentro de los equipos de atención médica, incluidos los turnos, el personal, las áreas físicas ... (representante de agencia multilateral)*

*(La partería) no es solo el trabajo de una sola profesional, sino el ejercicio compartido entre diversos profesionales de la salud, incluidas enfermeras, personal técnico y también personal médico... centrado en la atención obstétrica. (funcionario federal)*

Más allá de las problemáticas particulares, a medida que el trabajo de partería ha avanzado, han surgido dos estrategias o movimientos distintos: la partera como prestadoras ideales para atender partos normales versus la promoción de la atención materna y neonatal basada en la evidencia científica y centrada en la mujer por todo tipo de prestador. En última instancia, los dos enfoques pueden ser compatibles, pero, en esta etapa temprana, apuntan a diferentes prioridades, lo que dificulta que las promotoras creen consensos en torno a una estrategia o agenda única.

Esta disyuntiva estratégica se extiende a las dependencias de la Secretaría de Salud que trabajan junto con actoras no gubernamentales para promover la partería. Una dependencia que constituye el principal vector de políticas de la Secretaría en materia de salud materna ha proporcionado recursos y orientación a los estados interesados en contratar parteras profesionales. Mientras tanto, otra dirección de la Secretaría de Salud encargada del diseño y pilotaje de innovaciones en modelos de atención ha introducido (con pautas específicas que los estados están obligados a seguir) un nuevo modelo de atención obstétrica y neonatal centrada en la mujer, basada en la evidencia científica, en la cual las parteras calificadas (profesionales y tradicionales) podrían tener un papel que jugar junto con otros proveedores.

<b>Indicador 7:</b> Conocimiento y apoyo para la partería entre tomadores de decisiones, funcionarias del sector salud, mujeres, familias y comunidades.	<b>Hallazgo:</b> Los funcionarios públicos encargados de las políticas de salud materna tienen más conocimiento de la partería profesional que en la línea de base. La aceptación también es algo más evidente entre las funcionarias que no son responsables de esta área de trabajo o cuyas dependencias no trabajan con parteras profesionales. La mayoría de los informantes sabían poco sobre las iniciativas de partería que están surgiendo en México, pero están interesados en aprender más.
---	--

En la línea de base, los responsables de las políticas públicas tenían un conocimiento muy limitado de los diferentes tipos de parteras y lo que ellas podían contribuir a la atención materna y neonatal. Aquellos que hablaron positivamente sobre la partería a menudo asociaron el término con partería empírica o "tradicional". Menos de la mitad de los informantes estaban familiarizados con el concepto de partería profesional. Un análisis independiente de medios proporcionó información sobre el déficit de información al mostrar que la partería apenas se registraba en los medios. Los mensajes que se transmitieron sobre la partería a menudo reforzaron la asociación con las parteras "tradicionales" o con el tema de la violencia obstétrica, que era importante, pero más polémico en ese momento.<sup>31</sup>

*(Las enfermeras obstétricas y perinatales) habían estado al margen de la discusión debido a la confusión sobre si la partería era una profesión distinta. ... (Con la incorporación de enfermeras) esto puede moverse mucho más rápido en lugar de intentar crear una nueva profesión con todos los obstáculos que esto implica, desde regulatorios, educativos, profesionales, incluso sociales y laborales. Podemos ayudar a fortalecerlos (para) asumir un mayor liderazgo en la agenda de la partería. (funcionaria federal)*

*Las parteras deben ser LEOs y EEPs [enfermeras obstétricas y especialistas perinatales] porque crear una nueva profesión es muy complicado. (funcionario federal)*

*(Las parteras técnicas) tienen una buena experiencia y han demostrado resultados en la capacidad de las graduadas para trabajar en hospitales rurales o entornos intermedios... pero el número de graduadas es pequeño. (funcionaria federal)*

En 2018 ha aumentado el diálogo y la colaboración en el campo de la promoción de la partería, al mismo tiempo que se ha ampliado la participación de dependencias y funcionarias del sector público en espacios donde se discuten y se diseñan iniciativas en partería. Los esfuerzos del CNEGySR de promover la partería profesional por medio de asesoría técnica y apoyo financiero a los estados se ha enfocado hacia las enfermeras obstetras y las especialistas perinatales como personal de salud ya existente, capaz de satisfacer la demanda creciente de servicios de partería; también han incluido a las parteras técnicas en estados como Guerrero, Tabasco y Veracruz donde el interés estatal ha sido fuerte. En el mismo periodo de tiempo, funcionarias de la Secretaría de Salud federal y otros proponentes de alto nivel de organizaciones no gubernamentales han trabajado en conjunto en el contexto del GIIP para definir qué es la partería profesional, contribuyendo así a este cambio. Para muchos funcionarios, la incorporación de las enfermeras obstétricas y especialistas perinatales en el paradigma de la partería ha aminorado sus preocupaciones previas, haciendo más fácil que ellos se hayan incorporado a la promoción de la partería profesional.

El estudio de medios de 2018 no encontró un crecimiento en la cobertura de la partería como un tema ni una mayor visibilidad de las promotoras de la partería, un indicador de que sus esfuerzos aún no habían logrado alcanzar una discusión pública más amplia. De hecho, los funcionarios de las instituciones del sector salud que no utilizan parteras profesionales siguen teniendo muy poco

<sup>31</sup> Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Monitoreo y análisis de la partería en los medios de comunicación, Comparativo 2015-2017

conocimiento de las iniciativas de partería en la Secretaría de Salud o a nivel estatal. Pero casi todos expresaron curiosidad o interés al enterarse de que la partería profesional incluye tanto a las parteras técnicas como a las enfermeras obstetras o especialistas.

Solo dos funcionarios (de 18 entrevistados ) no tenían conocimiento de la partería profesional, uno de los cuales expresaba la certeza de que las parteras profesionales o los modelos de atención de partería no existen en México de ninguna forma.

A pesar de tener un conocimiento limitado de las experiencias de partería existentes, seis funcionarias (cuatro de las cuales no trabajan o promueven la partería) describieron "escenarios ideales" que son consistentes con los objetivos de los defensores de la partería: parteras que trabajan en los niveles primario e intermedio que atienden partos de bajo riesgo con autonomía, roles claros, salario adecuado, apoyo y buenos sistemas de referencia.

Las entrevistas con los funcionarios públicos resaltaron la importancia de las experiencias inspiradoras para despertar el interés y ampliar la comprensión de los modelos de atención de partería. La mayoría de las funcionarias entrevistadas (14 de 18) habían escuchado o visitado uno o dos modelos de atención de partería. Las impresiones que compartieron fueron en gran medida positivas, pero desinformadas sobre los detalles de las experiencias o su potencial para servir como modelos replicables.

Las actoras a nivel estatal perciben una mayor aceptación de la partería profesional entre los funcionarios federales, pero reconocen que sus experiencias aún dependen de la buena voluntad individual.

*Vemos un cambio en las actitudes de las autoridades de salud locales (estatales y jurisdiccionales). Por ejemplo, en lugar de enviar a todos a los hospitales, están más abiertas a otras ideas. (promotora a nivel estatal)*

En varios estados, los funcionarios de las secretarías de salud y el personal médico han respondido positivamente a los programas de capacitación ofrecidos por las promotoras de la partería (CASA, INSP, Gynuity, UNFPA y OPS), lo que resultó en un mayor conocimiento de la partería profesional a nivel estatal. Michoacán, uno de los pocos estados en crear una partida presupuestaria para partería, también tuvo una gran cantidad de funcionarias de salud y prestadores de servicios que participaron en los programas introductorios.

*Tenemos enfermeras, aunque no todas están formadas o tienen experiencia en la atención de partos. Sería fabuloso que estas enfermeras atendieran partos (normales) en lugar de médicos o residentes ... (funcionaria federal)*

*Para mí (la partería es convincente), no en términos de reducir la mortalidad materna, ya no es nuestro gran problema, sino más bien mejorar la salud materna y perinatal, que es fundamental. La calidad de la atención es un desafío enorme que requiere recursos y tiempo para abordar. (funcionario federal)*

*La partería es una buena opción para mejorar el acceso a la atención de calidad con un enfoque humanizado... Como año electoral, es un momento estratégico para posicionar el tema en la agenda pública con ideas y propuestas. (funcionaria federal)*

*El modelo ideal sería colocar parteras profesionales en lugares con alta productividad [número de partos], donde sean la prestadora principal, sin depender de otros pero tampoco solas... centrados en la atención obstétrica, no solo en los partos. (funcionario federal)*

<b>Indicador 8:</b> Interés y acción entre los actores estatales para documentar y difundir ejemplos de prácticas de partería de alta calidad.	<b>Hallazgo:</b> Los esfuerzos para documentar y difundir ejemplos de prácticas de alta calidad en la partería son incipientes, lo que refleja la etapa temprana de muchas experiencias de partería. Pero las funcionarias estatales de salud están buscando orientación de los promotores de la partería y otros estados a través de intercambios de asistencia técnica, redes sociales y videos, programas de aprendizaje en línea y otros formatos.
---	---

En la recopilación de datos de 2018, pocas informantes dijeron haber recibido información o materiales que muestran experiencias exitosas de otros estados, lo que refleja el hecho de que muchas de las experiencias más nuevas aún se están desarrollando y los materiales pueden estar aún por llegar. Funcionarios de las secretarías de salud en tres estados, Quintana Roo, Tabasco y Guerrero, están planeando, o han realizado y distribuido videos para documentar y difundir sus experiencias.

Si bien las autoridades de salud aún no están documentando activamente, muchas están analizando las mejores prácticas y los desafíos a través de intercambios directos con otros estados, a menudo con la ayuda de los promotores de la partería. Los funcionarios de salud en Michoacán, por ejemplo, se reunieron con funcionarios de Guerrero y varias donatarias de la Fundación para informarles sobre su planificación. El CNEGySR, la OPS y el UNFPA han alentado el intercambio de información y convocaron reuniones de funcionarias estatales y parteras en octubre de 2017 y nuevamente en agosto de 2018 para este propósito.

### 5.3 Programas de formación

La Teoría de Cambio de la Fundación reconoce que para aumentar el número de parteras disponibles para trabajar en el sistema público de salud, la cantidad, diversidad y capacidad de los programas de formación de parteras deben aumentar. Los programas deben convenir las competencias básicas y las prácticas basadas en la evidencia científica para incluirlos en sus planes de estudio. La estrategia también propone que los protocolos de certificación sean necesarios para verificar que las parteras en ejercicio tengan las competencias necesarias para brindar atención materna y neonatal de manera segura y con una alta calidad.

La estrategia del programa en esta área dio prioridad a las acciones para mejorar el número y la calidad de las opciones de formación en partería. Después de la línea de base, se hizo mayor hincapié en fortalecer el contenido de los programas y garantizar el acceso: disponibilidad de sitios de práctica clínica que permitan a las estudiantes adherirse a las prácticas basadas en la evidencia.

<b>Objetivo: Ampliar y construir opciones de formación</b>
Total invertido: US\$3,862,000.00
Donativos en la línea de base (8): US\$1,647,000.00
Donativos posteriores a la línea de base (5): US\$2,215,000.00
Donativos para:
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Becas para estudiantes de partería.</i></li> <li>○ <i>Esfuerzos para fortalecer los currículos de los programas existentes.</i></li> <li>○ <i>Asistencia técnica y diálogo entre diversos programas.</i></li> <li>○ <i>Disponibilidad de materiales de formación.</i></li> </ul>

- Ampliación de programas de partería técnica, de enfermería obstétrica y perinatal.
- Promover programas alternativos de partería a nivel universitario.
- Alentar a las mujeres indígenas a postularse a programas de partería profesional
- Creación de consenso en torno a las opciones de certificación

*Cursivas: donativos posteriores a la línea de base*

### Metodología específica

Los métodos y datos reflejan los indicadores definidos para los programas de formación en partería. La evaluación de la línea de base estudió diferentes modelos de programas que forman parteras calificadas para trabajar en el sistema público de salud de México.<sup>32</sup> Las evaluadoras hablaron con 17 directoras de programas, subdirectores y coordinadoras clínicas que proporcionaron información sobre 11 programas (incluidas cuatro programas de parteras autónomas o de aprendices que no se incluyeron en el análisis en 2018). Además, el equipo de evaluación entrevistó a cinco directores en los hospitales que albergan a estudiantes y funcionarias estatales que coordinan o apoyan los programas de formación, para un total de 22 entrevistas.

En 2018, las evaluadoras entrevistaron a 25 directores de programas, subdirectoras y coordinadores clínicos, la mayoría de los cuales también son docentes, en 12 programas. Se recibieron datos adicionales por parte de investigadoras, representantes de organizaciones internacionales, directores de programas tecnológicos a nivel nacional y estatal y directoras de un nuevo programa que se inauguró en agosto de 2018, para un total de 29 personas entrevistadas.

Los instrumentos para la recopilación de datos de 2018 se ajustaron para agregar preguntas que surgieron de la línea de base sobre sitios y redes de práctica clínica, entre otros. El conjunto de datos de 2018 no incluye programas autónomos porque no forman a las parteras para ingresar al sistema público de salud, a pesar de sus importantes contribuciones a la salud materna, la formación de parteras y un conocimiento enriquecedor sobre las mejores prácticas.

### Resumen de resultados

Los programas que forman parteras profesionales en México son más numerosos, y todos los programas reportan altos niveles de adherencia a la enseñanza de las prácticas basadas en la evidencia científica. El número de estudiantes de partería también se ha triplicado, en gran parte debido a la formación ampliada de enfermeras obstétricas. Pasarán varios años antes de que haya suficientes parteras profesionales para satisfacer la demanda estimada en México, pero el progreso desde la línea de base ha sido significativo.

Las estudiantes adicionales presentan un desafío para los programas a medida que compiten por el acceso a los sitios de campo clínico, aunque el problema puede disminuir a medida que se desarrollen nuevos sitios de inserción de parteras y las autoridades de salud comiencen a reconocer las posibles contribuciones de las parteras a sus objetivos estatales.

---

<sup>32</sup> El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), un donatario, presentó datos un tanto diferentes en Formación, Mercado Laboral y Efectividad de la Partería en México, en el webinar donde presentó sus resultados: "Resultados del Impulso al Modelo de Partería en México: Análisis y Recomendaciones desde el INSP" 28 de septiembre de 2018. Las discrepancias se debieron principalmente al hecho de que su investigación incluyó muchas instituciones privadas, así como programas que en la actualidad no se especializan en la formación en la atención del parto.

La Fundación, a través de sus donatarios, promovió la diversidad de opciones educativas facilitando el diálogo entre los modelos de formación, apoyando la creación de nuevos programas, proporcionando becas, facilitando el diálogo sobre las competencias básicas y ayudando a las promotoras de la partería a desarrollar opciones de certificación.

<b>Indicador 9:</b> Programas nuevos y/o fortalecidos que responden a necesidades diversas.	<b>Hallazgo:</b> El número de programas acreditados que forman parteras para atender partos en instituciones de salud pública aumentó en un 57% en 2018, ofreciendo nuevas oportunidades de formación en los cuatro modelos educativos. Con programas adicionales en desarrollo, la cantidad de programas de partería está lista para crecer aún más.
--	--

La evaluación de la línea de base identificó siete programas profesionales de partería que formaban parteras calificadas para el empleo en instituciones públicas de salud: dos programas de parteras técnicas, un programa de enfermería obstétrica, un programa de licenciatura en salud reproductiva y partería y tres programas de especialidad en enfermería perinatal. Todos eran programas educativos acreditados, lo que significa que habían sido obtenidos un RVOE (Registro de Validación Oficial de Estudios)<sup>33</sup> por el Comité para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), una comisión conjunta de las Secretarías de Educación y de Salud.<sup>34</sup> De éstos, los programas de enfermería fueron los más estables según nuestros datos sobre su seguridad fiscal, instalaciones disponibles y una matrícula alta. La mayoría de los programas tenían docentes y estudiantes con poca diversidad étnica, y la mayoría de los docentes eran mujeres. La mayoría de las estudiantes y programas se encontraban en la Ciudad de México, con menos disponibilidad en los estados y regiones que tienen las tasas de mortalidad materna más altas.

En el momento de la evaluación de 2018, México tenía 12 sitios que formaban a parteras profesionales, un aumento del 83% en poco más de dos años, con programas nuevos en cada uno de los cuatro modelos (Cuadro 2, Anexo B). Los datos muestran pocos cambios en la estabilidad relativa de los programas, ya que los ubicados en grandes instituciones públicas tienen una mayor estabilidad debido a su infraestructura y equipo, financiamiento seguro y altas matrículas. Los programas de enfermería obstétrica continúan siendo los más estables, con poca necesidad de financiamiento externo (Cuadro 3, Anexo B).

El apoyo de becas, un nuevo factor considerado en 2018, es importante para la estabilidad de la mayoría de los programas de partería técnica y de licenciatura en partería profesional, y en menor medida para los programas de enfermería obstétrica. A pesar del hecho de que la matrícula es baja en las instituciones estatales, muchas estudiantes, a través de programas, reciben becas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), o en forma de exenciones de matrícula, tiempo libre pagado o flexibilidad en el horario de trabajo. La Secretaría de Asuntos Indígenas y Comunitarios de Guerrero ofrece becas a estudiantes de partería; es el único estado que informó haberlo hecho. Las becas del Instituto Internacional de Educación (IIE), apoyado por la Fundación MacArthur, son críticas para la

<sup>33</sup> La UNAM como universidad pública autónoma, así como las de la Secretaría de Educación, tiene procesos internos adicionales para acreditar programas.

<sup>34</sup> Ver (Secretaría de Educación Pública, SEP [<http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/>]), y [<http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/jspMarcoNormativo.jsp>]). Para cumplir con los criterios de RVOE, las escuelas deben tener personal docente con títulos en los campos apropiados, instalaciones o infraestructura adecuadas y un plan de estudios sólido, entre otras cosas.

mayoría (dos de cada tres) de los programas de estudios en partería técnica y de licenciatura, que brindan apoyo a una de cada cinco estudiantes actuales (Cuadro 4, Anexo B) .

En los programas de los que se disponía de datos, aproximadamente el 22% del personal docente<sup>35</sup> son médicos, y el 90% de esos programas tienen directoras con el mismo grado que el programa que dirigen. Las parteras técnicas, autónomas y empíricas constituyen una proporción menor del personal en casi todos los programas. La composición sociodemográfica del personal docente es poco más de la mitad femenina (58%), y solo el 11% es indígena (la mayoría en Tlapa, Guerrero), parecido al porcentaje nacional pero mucho más baja que la proporción en varios de los estados donde la tradición de la partería tienen mayor presencia (ver Cuadro 5, Anexo B).

La proporción de programas de partería técnica en comparación con los de enfermería ha permanecido igual desde el inicio hasta 2018. Los programas de parteras técnicas constituyen una cuarta parte de los programas en ambos periodos, y los programas de enfermería y los programas de licenciatura en salud reproductiva tienen porcentajes idénticos (17%). Los programas de la especialidad en enfermería perinatal son, con mucho, los más numerosos; sin embargo, como residencias de posgrado, producen ligeramente menos estudiantes que los programas de enfermería obstétrica (50% y 47%, respectivamente).

#### ***Nueve Lunas: un modelo único***

El taller de introducción a la partería de Nueve Lunas en Oaxaca no busca preparar a las parteras para su inserción en el sistema público de salud, por lo que no se incluye en la evaluación, pero merece atención como un caso especial porque ofrece un modelo sólido y único de formación en partería con capacitación basada en la evidencia científica y lazos comunitarios, que le han dado una voz fuerte en la conversación nacional. Nueve Lunas, donataria de la Fundación MacArthur, prepara a las parteras "en la tradición", al combinar el conocimiento comunitario con las prácticas basadas en la evidencia científica. Las estudiantes están inmersas en un programa integral de 18 talleres (45 horas) y práctica comunitaria con parteras empíricas o "tradicionales", con el apoyo de las autoridades de la comunidad. El plan de estudios hace hincapié en la cultura y está comprometido con una visión que aparta la partería del dominio médico. A diferencia de otros programas, las tutoras o maestras de Nueve Lunas incluyen parteras empíricas, técnicas y autónomas, así como personal médico. El cuerpo estudiantil es también diverso, desde estudiantes indígenas hasta estudiantes extranjeras. Nueve Lunas tuvo 15 estudiantes en 2018, menos que las 20 de 2015. El programa no buscó la acreditación, pero sigue la lista de competencias de la CIM y cumple casi por completo la lista de 22 prácticas. La única excepción a esta lista es que no hacen uso de oxitocina en la tercera etapa del parto para expulsar la placenta.

*Programas futuros:* en los meses posteriores a la recopilación de datos de 2018, dos programas adicionales de formación de parteras estaban a punto de comenzar a operar, y uno podría estar cerrando:

- La especialidad en enfermería perinatal en el Hospital de la Mujer en Yautepec, Morelos volverá a abrir en 2018.
- La licenciatura en salud reproductiva y partería de la Universidad Tecnológica de Tulancingo en Hidalgo está programada para abrir en agosto de 2018.

<sup>35</sup> El análisis de 2018 se centró en el personal docente de los programas técnico, de licenciatura y perinatal. Los datos no estaban disponibles en las universidades más grandes porque cientos de profesores enseñan en múltiples programas o solo enseñan a tiempo parcial. Con una o dos excepciones, cada programa tiene solo un personal de tiempo completo. En la mayoría de los programas, el personal cambia de un semestre a otro.

- El programa fundador de partería de México, CASA, cerrará sus puertas a medida que las nuevas líderes de la organización evalúan nuevas direcciones y derroteros.

Se detectaron varios programas formativos adicionales en 2018, en varias etapas de discusión, diseño o desarrollo. Estas posibilidades incluyen:

- Tres programas de licenciatura en universidades interculturales de Hidalgo, Estado de México y Veracruz.
- Tres programas de posgrado de especialidad perinatal en la Universidad Autónoma de Hidalgo, el Hospital General en la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Perinatología en la Ciudad de México, y un programa que planifica su reapertura en Morelos.
- Un programa de salud materna en la Universidad Politécnica de la Huasteca, en Hidalgo.
- Múltiples (1 a 20) programas de enfermería obstétrica nuevos o ampliados en universidades autónomas de Guerrero y Quintana Roo, y múltiples afiliadas en varios estados de la escuela de enfermería obstétrica ENEO-UNAM.

Reflexionando sobre este aumento significativo, y potencialmente continuo, en los programas de formación de parteras desde la línea de base, el cambio que más ha impactado en el número de parteras profesionales en formación es la decisión de ENEO-UNAM de modificar su currículum para incluir más prácticas centradas en las mujeres y basadas en la evidencia científica y formar enfermeras obstétricas para la atención del trabajo de parto y el parto. Si bien este cambio agrega solo un sitio educativo al total de 2018, representa un cambio importante en el panorama para las parteras debido a su estabilidad, número y un alcance geográfico potencialmente amplio. Los otros cinco sitios nuevos se encuentran entre los programas menos estables, como puede ser típico de las escuelas nuevas: dos son de los menos estables (puntaje de 2.5/5) y los otros solo un poco mejores (3.5/5) (Cuadro 3, Anexo B).

En resumen, hay más programas acreditados con diversos grados de estabilidad fiscal, régimen de propiedad, equipo y becas.

**Indicador 10:**  
Estudiantes matriculadas, graduadas y / o tituladas.

**Hallazgo:**  
El número de estudiantes de partería matriculadas al comienzo del año académico 2017-2018 aumentó más de tres veces, y el mayor aumento provino de la formación ampliada de enfermeras obstétricas.

El estudio de la línea de base identificó 651 estudiantes de partería.<sup>36</sup> En 2018, hay 2,148 estudiantes matriculadas en programas de formación en partería, un aumento de más del 300%. De estas, la mayoría (90%) están en programas de licenciatura en enfermería obstétrica; el resto se encuentra en partería técnica (4%), licenciatura en salud reproductiva (2%) y programas de enfermería perinatal especializada (3%) (Cuadro 6, Anexo B). La mayor contribución al mayor número de estudiantes (1,400) proviene de las estudiantes de enfermería obstétrica de la ENEO-UNAM que ingresaron después de que el programa de enfermería obstétrica se revisara en 2015 para incluir un enfoque más centrado en la mujer y en la medicina basada en la evidencia científica con formación en la atención de partos.

Si la meta era que las parteras atendieran 389,364 partos, o al 20% de los 1.9 millones de nacimientos normales<sup>37</sup> de México, a la tasa estimada de la OMS de 175 partos por partera por año,<sup>38</sup> México

<sup>36</sup> Se debe tener en cuenta que esta es una corrección sobre la línea de base que calculó solo una clase, no todas las estudiantes inscritas, para en la ESEO.

<sup>37</sup> De 2,290,375 nacimientos por año en 2018 (World Population Review [http://worldpopulationreview.com/countries/mexico-population/] (consultado el 9 de diciembre de 2018), estimamos que el 80%, o 1,832,300, son nacimientos normales.

necesita más de 2,000 parteras. Dadas las inscripciones actuales y una producción anual estimada de poco menos de 600 parteras por año, México podría tener 2000 parteras dentro de cuatro años (ver Cuadro 7, Anexo B). La línea de tiempo podría ser incluso más corta si los nuevos programas acreditados comienzan a funcionar. Se necesitan muchas más parteras si se desea un mayor porcentaje de partos atendidos por parteras, como el 60% a 70% que atienden parteras profesionales en Chile y Perú, países que han institucionalizado con éxito la partería.

Sin embargo, este período de tiempo depende de una serie de condiciones necesarias: inscripciones suficientes y porcentajes de graduación de programas con formación clínica adecuada, parteras interesadas en esta carrera y empleos suficientes, adecuadamente remunerados, en sitios donde suficientes mujeres dan a luz y aceptan o exigen una partera, y donde las parteras pueden atender los partos utilizando el modelo de partería. Hasta la fecha, estos criterios no se cumplen de manera consistente.

Estas tendencias muestran que una proporción mucho mayor de parteras serán enfermeras obstétricas en el futuro, seguidas por porcentajes mucho más pequeños de profesionistas con nivel de licenciatura y enfermeras especializadas en perinatología. Si bien es posible que se formen menos parteras técnicas en el futuro, todavía pueden ser muy requeridas en ciertas áreas del país, como Guerrero, Puebla y Veracruz, donde la geografía aislada y el bajo salario significan que es difícil reclutar médicos y enfermeras.

<b>Indicador 11:</b> Acuerdo/adhesión a las competencias básicas en los planes de estudio y la instrucción en el aula	<b>Hallazgo:</b> Los programas formativos en todo el país reportan un alto nivel de adherencia a las prácticas de partería basadas en la evidencia científica; en la mayoría, la adherencia es mayor que en la línea de base.
--	--

En la línea de base, según las entrevistas con las directoras de escuelas, los programas de partería técnica enseñaron el 100% de las prácticas basadas en la evidencia, los programas de enfermería obstétrica y de licenciatura enseñaron el 91% y los programas de enfermería perinatal, el 87% de las prácticas (ver Cuadro 8, Anexo B).

En cuanto al cumplimiento de las prácticas basadas en la evidencia científica en los programas de formación, los informes de las directoras en 2018 indican que los programas de licenciatura en salud reproductiva aumentaron el cumplimiento al 95%, al igual que los programas de enfermería obstétrica y los programas de enfermería perinatal especializada a 96%. La adherencia reportada para las escuelas técnicas de partería disminuyó ligeramente pero se mantuvo en un nivel alto del 95%. Sin embargo, varias informantes expresaron preocupación por las diferencias cualitativas en la formación entre los diferentes tipos de parteras.

*Si observan a las estudiantes graduadas de partería técnica, a las enfermeras especialistas perinatales y a las enfermeras obstétricas, observan una diferencia en la mística de su vocación: las parteras técnicas claramente quieren ser parteras... se basan en el modelo de partería; las especialistas (enfermeras perinatales), algunas de ellas quieren ser parteras ... pero las (enfermeras obstétricas de) ENEO, no tanto ... (actora de sociedad civil)*

*Hay dos grupos que están definiendo la profesión ... aunque son enfermeras obstétricas, no son el grupo que realmente tiene la visión de la partería ... es una visión muy estricta desde el punto de vista de la enfermería ... la partería y la enfermería son dos cosas diferentes ...al no separar la enfermería de partería hay un gran cuello de botella ... (actora de sociedad civil)*

<sup>38</sup> World Health Organization. 2005. Make every mother and child count. WHO, Geneva [https://www.who.int/whr/2005/en/].

**Indicador 12:**

Campos clínicos que permiten a las estudiantes adherirse a prácticas basadas en la evidencia

**Hallazgo:**

Los programas formativos enfrentan desafíos continuos para garantizar el acceso a campos clínicos que permitan a las estudiantes atender partos y aplicar la obstetricia basada en la evidencia científica, un indicador de que no todas las estudiantes se gradúan con la experiencia práctica requerida para garantizar sus competencias.

En la línea de base, las entrevistas con los directores escolares revelaron un obstáculo importante para formar a más parteras: con demasiada frecuencia, las estudiantes no pueden ser ubicadas en campos clínicos donde puedan atender partos o aplicar las prácticas basadas en la evidencia científica que les habían enseñado. Esto se debió a una variedad de factores que incluyen el número limitado de sitios donde las parteras pueden atender partos utilizando prácticas de partería o humanizadas, el escepticismo de los directores en los campos clínicos sobre la competencia de las estudiantes que recibieron y, en algunos casos, una preferencia por dar prioridad a los internos y residentes médicos para atender el trabajo de parto y el parto.

En 2018, este desafío se hizo aún más evidente cuando el programa ENEO-UNAM busca sitios de práctica clínica para 350 estudiantes cada año. Ubicado en la Ciudad de México, el programa compite con muchas escuelas de medicina para encontrar sitios donde sus estudiantes puedan atender partos de bajo riesgo antes de graduarse o como pasantes haciendo su servicio social. Considerando esta realidad, la ENEO requiere solo 24 partos atendidos para graduarse. Como resultado de la falta de campos clínicos durante su formación o en su período de servicio social, los datos de las entrevistas muestran ejemplos de algunas enfermeras obstétricas que realizan su servicio social obligatorio en sitios en otro lado del país donde pudieron atender partos con una menor competencia frente a las médicas internas o residentes.

De los 12 sitios de formación identificados en 2018, solo cinco directoras informan que tienen acceso suficiente a campos clínicos. Las otras siete reportan un acceso insuficiente o parcial debido a la falta de espacio o la falta de personal médico dispuesto a permitir que las estudiantes atiendan partos (Cuadro 9, Anexo B). Este obstáculo afecta a 447, o 63%, de las estudiantes.

*Los directores de los sitios disponibles no creen que las parteras en formación tengan suficientes habilidades clínicas para atender partos. Los doctores no quieren (dejarlas). (directora, programa de enfermería obstétrica)*

*Tenemos (apenas lo suficiente), pero menos todo el tiempo, ya que las escuelas privadas tienen más acceso (a campos clínicos), porque pagan. (directora de programa)*

Como resultado, la variación en el número de nacimientos necesarios para la graduación entre los programas es dramática, con un rango de 0 a 90.<sup>39</sup> Los programas técnicos y de licenciatura se ubican en el rango medio a alto (30-80), al igual que el programa de enfermería obstétrica del IPN (90). La ENEO-UNAM se encuentra en el extremo inferior (24). Los requisitos del programa de enfermería perinatal varían más que cualquier otro tipo de programa, ya que van de 0 a 60 partos (ver Cuadro 10, Anexo B).

<sup>39</sup> La Unión Europea requiere que las estudiantes de partería atiendan al menos 40 partos, además de exámenes y supervisión (OMS. 2009. Normas de la Unión Europea para Enfermería y Obstetricia: Información para Países en Adhesión, Segunda edición, revisada por Thomas Keighley) [[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/102200/E92852.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf)] (consultado el 9 de diciembre de 2018.)

**Indicador 13:**  
Se desarrollan  
protocolos de  
certificación y / o  
titulación.

**Hallazgo:**

La certificación para enfermeras obstétricas y perinatales está ahora disponible en el área de la Ciudad de México con posibilidades de expansión futura. Sin embargo, la certificación a gran escala y basada en competencias que reconoce distintos tipos de práctica sigue siendo un objetivo difícil de alcanzar y es tema de debate al momento.

En la línea de base, no había opciones de certificación de partería disponibles en México, aunque la Asociación Mexicana de Parteras (AMP) había lanzado una iniciativa para desarrollar un protocolo de certificación inclusivo, basado en habilidades, con aportes de diversos tipos de parteras. El debate sobre la certificación estaba polarizado, con la tensión que rodeaba las preguntas sobre si la certificación sería

*La certificación es un cuello de botella, pero quien realmente la necesita es la AMP porque la mayoría de ellas son parteras autónomas. No incluyeron a las parteras técnicas ni a las enfermeras, quienes preguntaron por qué la AMP debería certificarlas cuando tienen su propia asociación profesional. En realidad, hubo un conflicto allí. (actora de sociedad civil)*

*La certificación es un acto moral, no legal. Pero es importante para ellas. (actor de sociedad civil)*

útil, para quién, quién debería certificar y con qué criterios. En 2018, muchas de estas cuestiones aún están siendo debatidas.

En 2017, en medio del debate, un grupo de especialistas en partería desarrolló un programa de certificación centrado en la atención obstétrica bajo los auspicios del Colegio Mexicano de Licenciadas en Enfermería (COMLE). El programa realizó su primera

certificación con 82 participantes, todas enfermeras obstétricas y perinatales de la Ciudad de México y sus alrededores. Los directores del programa expresaron su interés en extender el programa para incluir a las parteras técnicas en el futuro. El programa actualmente tiene un alcance geográfico limitado porque el COMLE solo tiene cuatro ubicaciones (Ciudad de México, Monterrey, Puebla, Veracruz). La Federación Mexicana de Colegios de Enfermería (FEMCE), con un mayor número de escuelas afiliadas, también fue reconocida por la Secretaría de Educación (SEP) en 2018 como un organismo de certificación y, eventualmente, podría ampliar significativamente el alcance de la certificación de enfermería y partería. Este proceso es criticado por algunos fuera del campo de la enfermería obstétrica porque actualmente solo se aplica a las enfermeras obstétricas y no se basa en la formación basada en competencias.

Para otras parteras profesionales, la certificación todavía no es una opción. La Asociación Mexicana de Parteras (AMP) convocó a varias parteras para establecer acuerdos en torno a competencias básicas, pero no ha podido obtener el apoyo de la Secretaría de Salud para su propuesta de certificación inclusiva, liderada por pares y basada en competencias. La propuesta de certificación dirigida por AMP no fue aceptada por la Secretaría de Salud porque el organismo de certificación propuesto no está reconocido en México, pero los esfuerzos contribuyeron al desarrollo de un programa de educación continua como un paso hacia la certificación.

En el ámbito de la educación, 10 de las 12 directoras de programas creen que la certificación es necesaria. (Algunos directores entendieron que la certificación se refería a la supervisión curricular interna, como el seguimiento de las materias completadas, pero para los fines de esta evaluación, la certificación se refiere a los procesos externos que ponen a prueba el conocimiento o las competencias una vez en el trabajo, en lugar de la supervisión interna). En el entorno educativo, muchas promotoras de la partería, incluida la Fundación, creen que la certificación es un objetivo que merece su atención porque ofrecería una validación continua de las competencias de las parteras, lo que a su vez podría

ayudar a superar los malentendidos y las dudas generalizadas (como documentó la evaluación de la línea de base) entre el personal médico y los hacedores de políticas públicas.

**Hallazgo adicional:**

Las directoras de programas educativos interactúan entre sí con más frecuencia en 2018 que en la línea de base.

Además de estos cinco indicadores, se preguntó a los directores de programas sobre su interacción con otros programas. La medida en que las directoras interactúan o tienen conocimiento de otros programas es un indicador que habla de la creación y existencia de una comunidad. En la línea de base, los cismas entre programas y modelos iban desde la falta de información hasta el escepticismo o la hostilidad manifiesta hacia otros enfoques de la partería. Los directores de programas a menudo no sabían si otros programas enseñaban prácticas basadas en la evidencia o tenían una capacitación clínica adecuada.

En 2018, 11 directoras dijeron que estaban familiarizadas con los planes de estudio de otros programas de formación de partería, y cuatro informaron que sabían al menos algo acerca de otros modelos. Los donativos de la Fundación han apoyado este progreso: una beneficiaria creó la Comunidad de Partería<sup>40</sup> que proporcionó una plataforma de información en línea, seminarios web y talleres en los que participaron al menos cuatro directores de programas. El UNFPA convocó escuelas de partería profesional, incluido un programa perinatal especializado, dos programas de licenciatura y un programa autónomo, para compartir avances y desafíos en 2018.<sup>41</sup>

## 5.4 Inserción y calidad de la atención

La Teoría de Cambio postula que la institucionalización de la partería profesional en los servicios públicos de salud en México mejorará la calidad de la atención que reciben las mujeres y los recién nacidos. Propuso que durante la operación de la Iniciativa, el número de sitios que emplean parteras y el número de parteras desplegadas en esos entornos aumentaría. Se esperaba que las parteras brindaran atención de alta calidad y que las mujeres estuvieran satisfechas con la atención que recibían de las parteras.

Uno de los principales objetivos de otorgar donativos fue ayudar al desarrollo de sitios modelo y mejorar la calidad de los existentes. Esto culminó en un gran programa de concurso que otorgó donativos a 10 sitios de inserción de partería en todo el país.

### Objetivo: Integrar modelos en el sistema de salud

Total invertido: USD\$4,268,800.00

Donativos en la línea de base (6): USD\$2,768,800.00

Donativos posteriores a la línea de base (3): USD\$1,500,000.00

Donativos para:

- Implementación de servicios de partería en un hospital de la Ciudad de México.
- Fortalecimiento de oportunidades educativas para parteras profesionales en Michoacán.

<sup>40</sup> Comunidad de partería webinar [<http://sitio.comunidadparteriamexico.org/>].

<sup>41</sup> Memoria. Encuentro de intercambio de experiencias entre Escuelas Formadores de Parteras Profesionales. 23-24 abril, 2018, Cuernavaca, Morelos.

- *Mejora de los servicios de partería en diez sitios en todo el país*
- Fortalecimiento de los sitios de inserción existentes
- Promover el intercambio de tareas y prácticas basadas en la evidencia científica
- Mapeo de servicios de partería en el sector privado
- Promoción de la enfermería perinatal a nivel primario en Tlaxcala
- Ayudar al CNEGySR a definir e incorporar un modelo de partería
- Demostrar la efectividad del modelo de partería de Chiapas.

*Cursivas: donativos posteriores a la línea de base*

### Metodología específica

La información proporcionada por las asesoras del CAE y el "muestreo de bola de nieve" se utilizaron para identificar los sitios en los que estas prestadoras no médicas de servicios obstétricos están empleadas para atender el trabajo de parto y el parto de mujeres con embarazos de bajo riesgo. En cada sitio de inserción identificado, se entrevistó a una o más directoras, en ocasiones incluyendo a la jefa de enfermería y o de enseñanza, así como al director general. Las evaluadoras entrevistaron a las parteras en la mayor cantidad de turnos posibles y a las usuarias de servicios (siete por sitio en la línea de base, cinco en 2018) que habían tenido un parto vaginal el año anterior (Consulte el Cuadro 1, Anexo B, para la distribución por estado de las personas entrevistadas, y el Cuadro 11, Anexo B, para las características generales de las usuarias de los servicios).

# Entrevistas de sitios de empleo	
Línea de base:	2018:
30 directores	36 directores
40 parteras	117 parteras
127 mujeres	110 mujeres

Para evaluar la calidad de la atención brindada por las parteras y el personal médico y recibida por las usuarias de los servicios, las entrevistas de la línea de base preguntaron sobre las prácticas basadas en la evidencia científica utilizadas durante el trabajo de parto y el parto, así como las prácticas incluidas en las Normas Oficiales Mexicanas y los lineamientos de la OMS para la atención prenatal, posparto y neonatal.

### Resumen de resultados

En poco más de dos años, hay más parteras que atienden partos de bajo riesgo en más sitios y más estados que en la línea de base. Las condiciones de trabajo de estas parteras han mejorado ligeramente, pero aún son deficientes y carecen de recursos suficientes. Además, algunos sitios continúan teniendo dificultades con una baja productividad y otros retos relacionados con la referencia a hospitales de pacientes que desarrollan complicaciones.

La evaluación de la calidad de la atención muestra que un mayor porcentaje de sitios se suscribe a un modelo de partería, lo que significa que respaldan las prácticas basadas en la evidencia científica. La calidad de la atención es mayor en esos entornos. El desafío es que casi la mitad de las parteras empleadas en el sistema público de salud reporta que no pueden brindar atención de acuerdo con esos estándares. Incluso aún menos lo pueden hacer en sitios donde fueron contratadas sin una visión integral de la partería, especialmente en hospitales de segundo y tercer nivel.

Finalmente, en contraste con la línea de base donde las enfermeras especialistas perinatales reportaron un uso más frecuente de las prácticas y técnicas basadas en la evidencia científica, que se ajustan a la normatividad mexicana y a lo largo del continuo de la atención, diferentes tipologías de parteras se desempeñaron igualmente bien en 2018. Los conocimientos de la atención de emergencias obstétricas y neonatales es sin embargo un área en la que todo tipo de parteras tiene margen de mejora. Las mujeres

usuarias de servicios de partería continúan mostrando altos niveles de satisfacción con la atención que recibieron.

<b>Indicador 14:</b> Descripción de las parteras empleadas en el sistema público de salud y que atienden partos.	<b>Hallazgo:</b> En poco más de dos años, México cuenta con un 45% más de parteras que atienden partos de bajo riesgo y contabiliza casi el doble de sitios donde se emplean parteras profesionales. Las condiciones laborales de las parteras han mejorado solo ligeramente.
---	--

En la línea de base se reportaron 174 parteras que atendían partos en 19 sitios<sup>42</sup> del sistema público de salud<sup>43</sup> en 11 estados. Las condiciones laborales eran pobres. Casi la mitad de las parteras en la línea de base tenían contratos a corto plazo o ningún contrato en absoluto. Las parteras recibían salarios inferiores a los estipulados por la ley, y más de la mitad recibía prestaciones parciales o ninguna prestación.

La recopilación de datos de 2018 encontró 255 parteras profesionales que atienden partos en 36 sitios en 14 estados (Cuadro 12, Anexo B). De las 81 parteras adicionales encontradas en 2018, solo cuatro son parteras técnicas.

Entre las 117<sup>44</sup> parteras entrevistadas en 2018, la mayoría están empleadas en sitios que implementan el modelo de partería (ver más abajo).<sup>45</sup> Ha sido más común encontrar parteras técnicas que enfermeras parteras en sitios donde se emplean parteras sin implementar el modelo (los que hemos nombrado *sitios de empleo de parteras*) (Cuadro 16, Anexo B).

Más de la mitad de las parteras entrevistadas trabajan en el primer nivel de atención. Las enfermeras parteras son las que más trabajan en el primer nivel de atención, mientras que las parteras técnicas son empleadas más comúnmente en los hospitales básicos comunitarios (nivel intermedio) y los hospitales generales y de especialidad (segundo y tercer nivel) (Cuadro 17 Anexo B).

Más de la mitad de las parteras en 2018 informaron que tenían una categoría laboral por debajo de su nivel profesional (Cuadro 19, Anexo B). Los niveles o códigos de empleo adecuados son mucho más comunes entre las parteras en los programas que impulsan el modelo de partería, en comparación con los *sitios de empleo de parteras*. Las personas contratadas por debajo de su categoría profesional estaban trabajando con mayor frecuencia en el primer nivel de atención.

Ser contratadas por debajo de la categoría, generalmente como enfermeras generales, es más frecuente entre las enfermeras parteras que entre las parteras técnicas, probablemente porque existe un código oficial para parteras técnicas y ninguno, hasta el momento, para enfermeras especialistas perinatales (Cuadros 16 y 17, Anexo B). Las parteras que trabajan en programas que comenzaron antes de la línea

<sup>42</sup> En el momento de la Línea de base en 2015, solo se visitaron 15 sitios; en 2018, se encontraron cuatro sitios adicionales que existían desde 2015. Hay pocos datos disponibles en esos sitios, pero se incluyen en el total de la línea de base.

<sup>43</sup> Dos de estos sitios son privados pero con enfoque social y trabajan en estrecha colaboración con el sistema público de salud.

<sup>44</sup> 111 atienden partos en instituciones públicas mientras que seis atienden en CIMIgen, que es una clínica privada estrechamente conectada con instituciones públicas..

<sup>45</sup> La muestra de parteras tenía un mayor porcentaje de parteras técnicas que la encontrada en la población total de 255 parteras. (Consulte el Cuadro 13, Anexo B para los sitios donde se emplean estas 117 parteras, el Cuadro 14 para el tipo de partera por sitio y el Cuadro 15 para sus características generales).

de base también tienen más probabilidades de haber sido contratadas por debajo de su nivel en comparación con las que trabajan en programas nuevos, lo que sugiere que ha habido una leve mejoría en las condiciones laborales (Cuadro 18, Anexo B).

<b>Indicador 15:</b> Descripción de los sitios de inserción, incluyendo el uso de prácticas de partería de alta calidad y la calidad del programa en su conjunto.	<b>Hallazgo:</b> Un mayor porcentaje de sitios promueven el modelo de partería, con énfasis en las prácticas basadas en la evidencia científica, en 2018 en comparación con los sitios encontrados en la línea de base. El contexto (el nivel de atención y el modelo) sigue siendo un determinante importante en los tipos de prácticas que las parteras utilizan con sus pacientes, siendo el primer nivel de atención y los hospitales básicos comunitarios los sitios que más favorecen una atención de calidad de acuerdo a la MBE por parte de las parteras.
--	---

Entre los 19 sitios en la línea de base, las evaluadoras clasificaron a 10 como programas de partería institucionalizados que enfatizaban y apoyaban las prácticas basadas en la evidencia científica y el modelo de partería. Los sitios restantes eran instituciones en las cuales las parteras habían sido contratadas de manera aislada sin un entorno habilitante creado intencionalmente por la institución. En los sitios con modelo de partería, tres cuartas partes de las parteras eran enfermeras parteras. Por el contrario, en sitios de empleo aislado de parteras, casi la mitad de las parteras eran parteras técnicas y una proporción similar eran "pasantes" (Cuadro 20, Anexo B).

Los resultados de la línea de base mostraron que el entorno en el que se emplean las parteras determina en gran medida si pueden o no proporcionar atención de alta calidad utilizando prácticas basadas en la evidencia científica, promoviendo los derechos humanos y la sensibilidad cultural. Un contexto propicio para la partería fomenta la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica, incluso si éstas prácticas no fueron parte de su formación, y viceversa, en el caso de entornos aislados que limitan su utilización, como muestra el Figura1 (Anexo B). En consecuencia, el recurrir a parteras altamente calificadas solo se asociará con una atención de alta calidad centrada en las mujeres, cuando y donde haya entornos habilitantes.

Además, los hallazgos de la evaluación de la línea de base mostraron que el entorno clínico en diferentes niveles de atención, es un determinante clave que tuvo una enorme influencia sobre si los prestadores de servicios podían aplicar la obstetricia basada en la evidencia durante el trabajo de parto y el parto. Tanto el personal médico como las parteras que trabajaban en el primer nivel brindaron consistentemente una atención obstétrica mayormente basada en la evidencia científica que aquellos que trabajaban en hospitales básicos comunitarios (nivel intermedio); con diferencias aún mayores con respecto a aquellos que laboraban en hospitales generales de segundo nivel.

La experiencia de las mujeres corroboró estas diferencias en la línea de base: las mujeres que recibieron atención en el primer nivel por parteras y por personal médico con más frecuencia experimentaron prácticas basadas en la evidencia científica que las mujeres que fueron atendidas a nivel hospitalario.

De los 36 sitios encontrados en 2018, un tercio había estado operativo en la línea de base y dos tercios son nuevos, mientras que algunos de los sitios de la línea de base originales ya no emplean parteras (Cuadro 12, Anexo B). Hay un mayor porcentaje de sitios donde se implementa el modelo de partería en 2018 que en la línea de base. Los perfiles de las parteras en los *sitios modelo de partería* vs. los *sitios de empleo de parteras* son bastante diferentes. En los primeros, más de la mitad de las parteras son

enfermeras parteras (la mitad obstetras y el resto especialistas perinatales) y muy pocas son parteras técnicas. En contraste, en los segundos, más de la mitad de las parteras son parteras técnicas, y el resto son especialistas perinatales (Cuadro 22, Anexo B).

En 2018, una proporción ligeramente mayor de sitios se encuentra en el primer nivel que en la línea de base (Cuadro 21, Anexo B) y más de la mitad de las parteras trabajan en el primer nivel, donde las enfermeras especialistas son la mayoría. La proporción de parteras técnicas, aunque pequeña, es mayor en segundo y tercer nivel; es decir, en los hospitales. Tres nuevos sitios se encuentran en instituciones de tercer nivel, mientras que en la línea de base solo había uno (Cuadro 21, Anexo B). Al igual que en 2015, los sitios donde se insertan parteras son más de primer nivel de atención o de segundo nivel.

Sitios de empleo de parteras por nivel de atención			# parteras empleadas 2018	Tipo de parteras empleadas 2018
	Línea base	2018		
Primero	7 (37%)	17 (47%)	160 (63%)	119 (74%) enfermeras especialistas 27 (17%) enfermeras generales y pasantes 14 (9%) parteras técnicas
Intermedio	4 (21%)	6 (17%)	53 (21%)	29 (55%) enfermeras especialistas 21 (40%) enfermeras generales y pasantes 3 (6%) parteras técnicas
Segundo	7 (37%)	10 (28%)	42 (16%)	19 (45%) enfermeras especialistas 13 (31%) enfermeras generales 10 (24%) parteras técnicas
Tercero	1 (5%)	3 (8%)		
Total de sitios:	19	36	255	

La misma relación entre el entorno habilitante y el uso de prácticas basadas en la evidencia científica se encontró en 2018 que en 2015. Una mayoría de las parteras entrevistadas (60%), quienes trabajan en sitios donde se implementa el modelo de partería reportaron realizar prácticas recomendadas en comparación con colegas que trabajan en *sitios de empleo de parteras* (Cuadro 23, Anexo B). Un mayor porcentaje de parteras realizaban prácticas recomendadas en el primer nivel, un poco menos en el nivel intermedio y aún menos en los hospitales de segundo y tercer nivel, en todas las etapas del continuo de la atención.<sup>46</sup> Sin embargo, es importante tener en cuenta que entre el 30 y el 40% de las parteras, aun empleadas en *sitios modelo de partería* y en los servicios de atención primaria, no reportaron un uso constante de todas las prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto.

En la atención neonatal, la mayoría de las parteras reportaron altos niveles de cumplimiento con las prácticas basadas en la evidencia científica en todos los niveles de atención. Las excepciones son dos intervenciones que las parteras deberían evitar pero que la mitad o más de ellas siguen realizando en todos los niveles de atención (la aspiración de nariz y boca y uso profiláctico de antibióticos en los recién nacidos).

En general, las mujeres que fueron atendidas por parteras en el primer nivel reportaron haber recibido una atención que se apega más a la evidencia científica en comparación con las mujeres atendidas en hospitales básicos comunitarios (nivel intermedio) y en hospitales de segundo nivel (ver el Cuadro 30 y el

<sup>46</sup> Ver los detalles en el Cuadro 24 para la atención prenatal, el Cuadro 25 para el trabajo de parto y el parto, y el Cuadro 26 para la atención posparto y neonatal. Para las prácticas individuales, consulte el Cuadro 27 Prenatal, Cuadro 28 Trabajo de parto y parto; Cuadro 29 Prácticas postnatales y neonatales, Anexo B.

Cuadro 31, Anexo B). Estos resultados confirman que los niveles de atención primaria y, a veces, los hospitales básicos comunitarios son entornos más adecuados para establecer una práctica de partería de alta calidad y basada en la evidencia científica, siempre y cuando se garantice que tengan un acceso oportuno e inmediato al transporte y a una atención de emergencia obstétrica de calidad cuando ésta sea necesaria.

*Hallazgo adicional:*

Los sitios de inserción siguen presentando una baja productividad y enfrentando desafíos relacionados con la referencia a hospitales cuando las pacientes desarrollan complicaciones obstétricas.

En la línea de base, se reportó la existencia de programas de partería institucionalizados que podían servir como modelos dignos de ser replicados, pero preferiblemente después de confrontar y rectificar un conjunto de desafíos comunes. Incluso los sitios más establecidos tenían una baja productividad, sistemas deficientes para referir a las mujeres que desarrollan complicaciones e inconsistencias en la realización de prácticas basadas en la evidencia científica entre las parteras. Las tasas de referencia de mujeres durante el embarazo y el parto fueron mucho más altas de lo esperado en más de la mitad de los sitios. Incluso en los programas de partería institucionalizados, las parteras a menudo se enfrentaban a la falta de conciencia, desconfianza y hostilidad de parte del personal médico y de enfermería general, quienes desconocían el papel que pueden desempeñar las parteras profesionales, si pueden o no atender partos normales en el primer nivel, y si están o no oficialmente autorizadas para referir las pacientes en caso de necesidad.

En 2018, la productividad y la referencia siguen siendo problemas en muchos sitios. La proporción de sitios que refieren porcentajes demasiado altos de casos es solo un poco menor que en 2015 (Cuadro 32, Anexo B); sin embargo, la mitad de las mujeres embarazadas y/o en proceso de trabajo de parto están siendo referidas aún de manera innecesaria a hospitales los cuales ofrecen una atención mucho más medicalizada. Los porcentajes encontrados son muy superiores a la referencia esperada del 15% de acuerdo al porcentaje de posibles complicaciones que la Organización Mundial de la Salud sugiere como típicas, lo que apunta a una pérdida significativa de oportunidades para la atención obstétrica en los sitios que implementan el modelo de atención de partería.

Incluso entre los *sitios modelo de partería*, las referencias fueron más frecuentes de lo que deberían ser y la mayoría de las parteras entrevistadas reportó que podrían atender más partos. Las explicaciones que se dieron fueron: pocas mujeres acuden a la institución, referimos a demasiadas pacientes y no tenemos parteras en cada turno. En varios casos, el personal médico y algunas parteras expresaron su preocupación e incluso su temor de que las parteras no pudieran lidiar con las complicaciones, dada la distancia a servicios especializados adecuados y oportunos y/o la falta de confianza en su propia capacidad para manejar las complicaciones obstétricas o neonatales. En estos casos, tendían a referir más pacientes, a menos que tuvieran "un riesgo muy muy bajo".

*Le preguntaría [dirigiéndose a la entrevistadora], si las especialistas perinatales o las enfermeras parteras profesionales, en función de sus estudios y de la capacitación que tengan..., ¿realmente pueden atender un parto por sí mismas? Simplemente no estoy seguro. (Director, sitio de inserción, primer nivel)*

*Hay más rechazo con respecto a su capacidad para resolver complicaciones... en términos de prevención, hay más aceptación. [Los miembros del equipo de salud] consideran que las parteras no están totalmente capacitadas para atender partos. Tenemos nuestras reservas, no exactamente miedo sino cautela. ... el embarazo es algo que puede complicarse en cualquier momento... y estamos lejos de nuestro hospital de referencia. (Director, sitio de inserción, primer nivel)*

En otros casos, el *triage* de riesgos que utilizan (al inicio y en 2018) implicó hacer referencias en casos de mujeres que no tenían ninguna patología desarrollada pero que cumplían con algunas características

*El triage de riesgos es controvertido. Por ejemplo, el criterio de edad de 17 años, no creo que sea un riesgo. Pero por ley, tenemos que referir a todas las mujeres que tienen algún factor de riesgo y solo las recuperaremos si los médicos hacen una contra referencia... lo que nunca hacen. (Directora, sitio de inserción, primer nivel)*

demográficas relativas, como la edad menor de 20 años, el embarazo no planificado, etc. En varios sitios, estas herramientas de evaluación de riesgos se están revisando para mejorar su sensibilidad, especificidad y precisión.

El personal de uno de los *sitios modelo de partería* más antiguos del país, y el que más a menudo se conoce como un modelo a seguir, informó que habían recibido visitas de muchos estados y de otros países. Los funcionarios que visitaron y fueron entrevistados mencionaron las repercusiones negativas de la baja productividad que observaron.

*(En nuestro sitio) tenemos poco personal y muchos partos, pero (aquí) tienen lo contrario, muchas parteras y muy pocos partos. ¿Qué podemos aprender de ellas? (funcionario a nivel estatal)*

La mayoría de las parteras trabajaban en una institución sin instalaciones quirúrgicas, lo que hace que las referencias sean más probables. Solo un tercio de ellas informó haber recibido apoyo total del hospital al que refieren; casi la mitad reportó un apoyo parcial y el resto percibió rechazo parcial o absoluto. Las razones que se dan para la falta de apoyo incluyen la sobresaturación de los hospitales de referencia y la falta de comprensión de la atención de partería por parte del personal hospitalario:

*La primera reacción que recibimos es siempre el rechazo: piensan que no hicimos bien el diagnóstico ...*

*Puede ser difícil referir a una paciente (porque) los hospitales no tienen espacio o la ambulancia no tiene gasolina ...*

*No permiten que las parteras técnicas acompañen a la paciente... dicen que tiene que ser un médico.*

*No creen en el modelo, así que nos culpan por las complicaciones. Parece que piensan que estamos creando más trabajo. No contestan nuestras llamadas telefónicas o nos interrogan mucho.*

*Cuando la mujer llega ya estabilizada, niegan que esté experimentando complicaciones. No creen que las enfermeras tengan la capacidad de atender a mujeres embarazadas.*

Entre las directoras entrevistadas, la mitad habló de desafíos relacionados con las referencias, como el rechazo por parte del hospital de referencia debido a la falta de espacio, equipo y recursos humanos. La falta de transporte adecuado y largas distancias son impedimentos adicionales. En un estado hay un hospital de referencia cercano pero no se puede utilizar porque está cruzando una frontera estatal. Finalmente, los directores mencionaron el rechazo y la falta de conocimiento del modelo de partería, así como el *triage* que resulta en el envío de demasiadas mujeres a los hospitales de referencia.

**Indicador 16:**  
Cumplimiento de prácticas basadas en evidencia por las parteras

**Hallazgo:**

Las parteras profesionales de todo tipo informan que utilizan las prácticas basadas en la evidencia científica y de acuerdo a la normatividad mexicana en todo el continuo de la atención, con la persistencia de unas pocas prácticas que deberían evitarse. Se encontraron importantes deficiencias en cuanto a sus conocimientos de la atención de emergencia obstétrica y neonatal y en algunas prácticas de atención al recién nacido.

En la línea de base, las parteras profesionales informaron una mayor realización de prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto que entre el personal médico entrevistado. Se encontraron diferencias importantes entre los distintos tipos de parteras profesionales, donde las enfermeras especialistas perinatales reportaron realizar más prácticas basadas en la evidencia científica que las parteras técnicas. Es muy probable que estas diferencias estuvieran vinculadas a los entornos (más a menudo sitios hospitalarios) y las condiciones de trabajo (entornos aislados y menos autonomía) en los que trabajaban las parteras técnicas.

Las parteras prestaron servicios durante todo el continuo de atención en la línea de base. La mayoría de las parteras profesionales siguieron los procedimientos estándar durante la atención,<sup>47</sup> incluso más que el personal médico. Sin embargo, se encontraron márgenes de mejora, especialmente en el área de los cuidados prenatales (Cuadros 33a y 33b, Anexo B). Muchas parteras también tenían poca experiencia en el manejo de emergencias obstétricas y/o neonatales.

En 2018, más parteras estuvieron atendiendo a sus pacientes en el continuo de atención, lo que representa un aumento respecto a la línea base (Cuadro 35a, Anexo B), excepto que menos parteras entrevistadas en 2018 proporcionaron atención prenatal que en la línea base (Cuadro 33a, Anexo B). Los datos confirman que las parteras están trabajando a lo largo del continuo de la atención, aunque se necesita poner atención para asegurar que sus servicios de cuidados a las embarazadas comiencen durante el embarazo mismo, según lo recomendado por la OMS.

Independientemente de su formación, en 2018, todos los tipos de parteras reportaron niveles más altos de implementación de la gran mayoría de las prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto.<sup>48</sup> Sin embargo, algunas prácticas que deben evitarse todavía se utilizan, especialmente en entornos hospitalarios. Las parteras tienen niveles de cumplimiento ligeramente más bajos en tres prácticas: uso rutinario de IV durante el parto; monitorización electrónica fetal; y aspiración nasal y bucal de recién nacidos. Otras prácticas no recomendadas continúan, aunque con menos frecuencia que en la línea de base: el 13% de las parteras informó que no permiten que una mujer elija su posición durante la fase expusiva; 5% reportó que utiliza la maniobra de Kristeller; y el 7% que realizan exploración manual rutinaria de la cavidad uterina sin anestesia. Esta es una indicación de cuán profundamente arraigadas están estas prácticas en la atención obstétrica institucionalizada en México (Cuadro 34a, Anexo B).

En general, durante el trabajo de parto y el parto, el 55% de las parteras profesionales en 2018 informaron que utilizan al menos 20 de las 22 prácticas basadas en evidencia científica (Cuadro 39, Anexo B). Esto indica que el 45% restante de las parteras profesionales no utilizan sistemáticamente todas estas prácticas durante el trabajo de parto y el parto.

En otras etapas del continuo de la atención, las parteras de todo tipo brindan atención de alta calidad que es consistente con la práctica basada en la evidencia científica recomendada y las normas mexicanas. La proporción de parteras que informan que utilizan las prácticas recomendadas durante las consultas prenatales y la atención posparto es notablemente más alta que en la línea de base (Cuadros 33b y 35b, Anexo B). En el cuidado neonatal, existe una oportunidad para continuar mejorando la calidad de la

---

<sup>47</sup> Ver los Cuadros 33a, 33b, 34a, 34b, 35a y 35b en el Anexo B.

<sup>48</sup> En 2018, las evaluadoras no entrevistaron al personal médico, por lo que no se hacen ahora estas comparaciones.

atención prestada por las parteras, al interrumpir el uso rutinario de la succión de la nariz y la boca y el uso profiláctico de antibióticos en los recién nacidos (Cuadros 35a y 40, Anexo B).

En 2018, hubo menos diferencias entre los tipos de parteras que en la línea de base. El desempeño en torno a las prácticas basadas en la evidencia científica fue alto y bastante consistente para todos los tipos de parteras profesionales y a lo largo del continuo de la atención.<sup>49</sup>

Una excepción es que las parteras demostraron bajos niveles de conocimiento de cómo manejar situaciones de preeclampsia grave, hemorragia obstétrica o hipoxia neonatal. Estas deficiencias se observaron en todos los niveles de atención (Cuadro 49, Anexo B) y entre todos los tipos de parteras (Cuadro 48, Anexo B). Si bien las parteras se dedican en primer lugar a atender partos normales, deben poder detectar, estabilizar y referir a las mujeres y/o sus bebés cuando surgen complicaciones.

Las mujeres que reciben servicios de partería en el trabajo de parto y partos generalmente informaron haber recibido atención de acuerdo con las prácticas basadas en la evidencia científica en niveles relativamente altos, aunque consistentemente más bajos de lo que informaron las parteras mismas (Cuadros 43 y 46, Anexo B). Sin embargo, las mujeres informaron que fueron sometidas por sus parteras a cuatro procedimientos de parto comunes en la atención obstétrica hospitalaria y que no están respaldados por la MBE (Cuadro 43, Anexo B), lo que indica que todavía hay mucho trabajo por hacer para garantizar que las parteras profesionales apliquen plenamente la MBE.

En las otras etapas del continuo de la atención, las mujeres confirman altos niveles de prácticas basadas en evidencia científica y de acuerdo a norma en la atención prenatal, posparto y neonatal (Cuadros 42 y 44, Anexo B), y por todos los tipos de parteras (Cuadros 45 y 47, Anexo B).

<b>Indicador 17:</b> Nivel de satisfacción de las mujeres con la atención brindada por las parteras.	<b>Hallazgo:</b> Las mujeres usuarias de los servicios continúan expresando altos niveles de satisfacción con la atención que reciben de las parteras, especialmente en comparación con la atención recibida de parte de personal médico.
---	--

En la línea de base, las mujeres atendidas por parteras estaban más satisfechas que las mujeres atendidas por personal médico con la atención que recibieron durante el embarazo, el parto y el posparto. Pero nuevamente, el contexto del tipo de unidad médica importa e influye en las percepciones de las mujeres sobre la buena atención: tres cuartas partes de las mujeres atendidas en el primer nivel calificaron su atención como excelente, en comparación con el 59% de las mujeres atendidas en hospitales básicos comunitarios y el 28% en hospitales generales.

Las mujeres reconocieron la diferencia entre la atención de partería centrada en la mujer y la atención hospitalaria altamente medicalizada. Prefirieron lo primero, citando múltiples ventajas como: una mejor atención en todos los aspectos, un buen trato, inculcar una mayor confianza, dar seguridad y mejores explicaciones. En la línea de base, las usuarias de los servicios informaron que habían recibido respuestas claras y amistosas a sus preguntas o inquietudes, y dos tercios que habían recibido un trato

<sup>49</sup> Véase los Cuadros 36, 38 y 40, Anexo B para conocer las prácticas reportadas por diferentes tipos de parteras durante la atención prenatal, el trabajo de parto, parto y posparto y el cuidado neonatal, y los Cuadros 37, 39 y 41, Anexo B, para la proporción de parteras por tipología que reportaron altos porcentajes de cumplimiento en atención prenatal, obstétrica y postnatal. Consúltense los Cuadros 45, 46 y 47 para conocer las prácticas durante el continuo de la atención que las usuarias de los servicios informaron que recibieron por parte de diferentes tipos de parteras.

excelente. Entre las que habían dado a luz más de una vez y habían sido atendidas por personal médico primero, y recientemente por parteras, el 63% dijo que las parteras no ofrecen desventajas en comparación con los médicos. Solo el 5% dijo que no veía ninguna ventaja en la atención de la partería.

En 2018, ocho de las 11 preguntas formuladas a las usuarias de servicios sobre la calidad de la atención recibida durante el trabajo de parto y el parto obtuvieron respuestas positivas con porcentajes superiores al 90% (Cuadro 50, Anexo B). Un número mayor que en la línea de base describió la atención como excelente, y casi todas dijeron que darían a luz de nuevo con la misma partera. No hubo diferencias significativas entre los tipos de parteras (Cuadro 51, Anexo B), ni en el nivel de atención donde las mujeres dieron a luz (Cuadro 52, Anexo B). En 2018, tres cuartas partes de las mujeres que habían dado a luz más de una vez, dijeron que la atención prestada por las parteras no tenía desventaja alguna (Cuadro 53, Anexo B), y casi todas vieron ventajas en recibir atención por una partera. De las mismas mujeres, la mayoría dijo que los médicos no ofrecen ventajas sobre las parteras y la mayoría mencionó una serie de desventajas (Cuadro 54, Anexo B).

De manera más general, si bien altos porcentajes de mujeres usuarias de servicios informaron haber recibido atención durante el trabajo de parto y el parto que fue consistente con las prácticas basadas en la evidencia científica, estos porcentajes fueron consistentemente más bajos que los reportados por las parteras. Es importante reiterar que las mujeres entrevistadas no fueron atendidas necesariamente por las mismas parteras entrevistadas. No obstante, la diferencia sistemática puede apuntar a una debilidad metodológica inherente a un instrumento de "auto-reporte". Es decir, las parteras pueden haber reportado en exceso su uso de prácticas basadas en la evidencia, enfocándose más en lo que deberían estar haciendo en lugar de lo que realmente hacen.

## 5.5 Teoría de cambio a nivel estatal

Dada la variación de condiciones, necesidades y oportunidades en el país, no es sorprendente que la Teoría de Cambio se haya desarrollado de manera diferente en cada entidad. La evaluación documentó las experiencias de partería de los estados utilizando cinco variables que corresponden a la Teoría de Cambio de la Iniciativa y las prioridades temáticas seleccionadas:

- **Compromiso o voluntad política entre los funcionarios estatales:** Las experiencias estatales respaldan la hipótesis de que un amplio apoyo o la aceptación de la partería profesional entre las funcionarias estatales puede ser un factor clave en la calidad y sostenibilidad de una iniciativa, la capacidad de obtener fondos estatales y superar la oposición del personal médico. Tres estados (Guerrero, Morelos, Veracruz) ilustran los beneficios de una fuerte aceptación por parte de las autoridades estatales de salud. Si bien las variaciones están siempre presentes, el compromiso en estos estados proviene de los niveles más altos de autoridad. Como resultado, los enfoques centrados en la mujer o en la promoción de la partería se incluyen en la política estatal de salud materna (Guerrero y Veracruz) y, en un caso, hay presupuesto asignado para ello (Guerrero).

En otros estados (Ciudad de México, Estado de México, Tlaxcala, Chiapas, Tabasco), las iniciativas de partería fueron promovidas por funcionarios comprometidos y bien ubicados dentro del gobierno estatal, en algunos casos con el apoyo de actoras a nivel nacional o agencias multilaterales, pero sin un amplio y evidente compromiso político desde el nivel más alto de mando. El Estado de México tiene un programa muy bien establecido pero descuidado, dos

programas existentes que parecen integrales pero que tienen muy pocas pacientes, y varios sitios de inserción nuevos que enfrentan desafíos importantes para atraer a suficientes mujeres embarazadas. El estado ha prestado menos atención al desarrollo de la aceptación de modelos de atención de partería entre la mayoría del “establishment” médico, lo que ha dado como resultado un apoyo desigual, un volumen bajo y mecanismos de referencia deficientes. Tabasco tiene un programa relativamente nuevo que se ha beneficiado de una cuidadosa planificación, investigación y documentación. Está por verse si el nivel de apoyo político será suficiente para ayudar a este proyecto piloto a sobrevivir la transición del gobierno estatal en 2019.

- **El papel de las promotoras de la sociedad civil:** Si bien no es necesario el apoyo de la sociedad civil para que surjan experiencias de partería profesional, el análisis estatal muestra que estos actores pueden desempeñar un papel crítico al alentar a las autoridades hacia modelos de atención más centrados en las mujeres y proporcionar información o sensibilización que mejore su aceptación o legitimidad. En muchos estados, las OSC nacionales desempeñaban este papel, aunque tres estados (Guerrero, Morelos, Chiapas) también tenían una fuerte presencia de actrices de las OSC a nivel estatal. La efectividad o influencia de los promotores de la sociedad civil fue más evidente en dos estados (Guerrero y Morelos) donde se priorizaron las acciones de colaboración con el liderazgo local.

En la Ciudad de México, los actores de la sociedad civil son numerosos, pero han enfocado sus esfuerzos a nivel nacional en lugar de promover la partería profesional en esta entidad de por sí. Otros estados han lanzado iniciativas exitosas de partería sin colaborar con asociaciones de la sociedad civil, pero posiblemente podrían beneficiarse de interactuar con voces adicionales de apoyo para sobrevivir a la transición política (Tabasco), o para generar demanda y asegurar un énfasis continuo en los modelos de atención de partería centrados en las mujeres (Estado de México).

- **Disponibilidad de parteras calificadas en entidades federativas:** La presencia de programas de formación en algunos estados demostró ser una variable importante para aquellas entidades que no tienen un acceso adecuado al tipo de parteras que requieren. Varios estados con altos niveles de compromiso o entusiasmo comentaron, por ejemplo, que les gustaría ampliar sus experiencias pero que simplemente no pueden encontrar y contratar suficientes parteras. Este es particularmente el caso en los estados que tienen preferencia por las parteras técnicas (Puebla, Tabasco, Veracruz), o donde se requieren parteras de diversa tipología.
- **Sitios de inserción que permiten el ejercicio de prácticas obstétricas centradas en la mujer y basadas en la evidencia:** Los estados con uno o más *sitios modelo de partería* que describen sus programas como enfáticos en la MBE y la atención centrada en la mujer incluyen Chiapas, Chihuahua, Colima, Guerrero, Ciudad de México, Estado de México, Morelos, Querétaro, Quintana Roo (un hospital), Tabasco, Tlaxcala y Veracruz. Sin embargo, algunos de estos sitios son relativamente nuevos y muestran niveles moderados o hasta bajos en la calidad de la atención. Los estados en los que se ha priorizado abrir *sitios de empleo de parteras* incluyen Puebla, Quintana Roo (un hospital) y San Luis Potosí, donde las prácticas referidas son decididamente más medicalizadas.
- **Buena calidad de atención:** Las experiencias a nivel estatal muestran que la calidad de la atención es mejor en lugares donde los modelos de partería cuentan con partidarios amplios e informados, con una visión clara de la atención de partería como atención centrada en la mujer y basada en la evidencia científica. Tres estados con *sitios modelo de partería* (Guerrero, Ciudad

de México, Estado de México) mostraron una atención de alta calidad determinado por el uso constante de prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica. Otros cuatro estados con *sitios modelo de partería* (Chiapas, Tlaxcala, Tabasco, Morelos) mostraron niveles moderados de PBE y, por lo tanto, tienen camino por hacer para cumplir con la visión que profesan. Los demás *sitios modelo de partería* tienen mucho más camino que recorrer ya que las parteras informaron un uso inconsistente de las PBE recomendadas. Estos casos sugieren la necesidad de un apoyo visionario constante y una educación y estímulo continuos para crear condiciones verdaderamente habilitantes.

Un estado (Guerrero) ha mostrado avances en las cinco áreas. Guerrero es uno de los estados indígenas rurales más pobres del país con enormes desafíos culturales, geográficos y económicos. La combinación del apoyo de las autoridades del gobierno estatal, la presión activa y coordinada de la sociedad civil y los programas formativos para diferentes tipos de parteras ha permitido avances importantes que incluyen atención de alta calidad brindada por parteras técnicas y enfermeras en el estado. Hay una convergencia de factores menos integral pero igualmente evidente en otros dos estados (Ciudad de México y Morelos) que son más ricos y más desarrollados, lo que demuestra que la partería puede prosperar en contextos marcadamente diferentes.

En seis estados (Chihuahua, Colima, Puebla, Querétaro, Quintana Roo y San Luis Potosí), las experiencias de partería profesional son incipientes y, en la mayoría de los casos, están inspiradas en iniciativas de la Secretaría de Salud federal o de agencias multilaterales. Estos esfuerzos están más aislados del movimiento nacional de partería y tienen poca o nula participación de la sociedad civil. Hay pocas parteras en estos estados, a menudo una por institución. Es demasiado pronto para saber si las experiencias se arraigarán estimulando el entusiasmo y el compromiso locales para continuar o ampliar las experiencias. En 2018, la calidad de la atención informada en estos estados es más baja y más medicalizada que la de los programas más establecidos en otros estados.

Finalmente, un último estado (Oaxaca) con importantes problemas de salud materna, tiene dos programas formativos pequeños pero innovadores, pero no avanzó entre la línea de base y 2018, a pesar de ser un estado en el que varios actores clave habían esperado colaborar. La Secretaría de Salud, ocupada con muchas otras crisis, no abordó el tema de la partería profesional dentro de su agenda, ni la sociedad civil ha tomado el control. Hasta la fecha no hay sitios que empleen parteras profesionales en Oaxaca. Sin el liderazgo de la Secretaría de Salud estatal, parece que muy poco puede suceder, especialmente sin una directiva federal que pueda inclinar la balanza hacia una participación más activa de las autoridades estatales.

# REFLEXIONES FINALES

## 6. INTEGRANDO LOS RESULTADOS

### 6.1 Elementos de éxito

Desde la línea de base se han logrado importantes avances para ampliar la presencia de parteras profesionales que brindan atención obstétrica y neonatal de alta calidad en el sistema público de salud en México. El potencial para que la partería se institucionalice parece ser mayor hoy en día debido al creciente número de programas de formación, parteras y sitios que emplean parteras profesionales en todo el país; una comunidad más grande e influyente de promotoras de la partería; múltiples esfuerzos de colaboración para diseminar información y sensibilizar al personal de salud respecto de los modelos de atención de partería; mayor sensibilización y acción por parte de las autoridades públicas; y un diálogo emergente entre los actores estatales sobre lo que funciona. Estos avances contribuyen al impulso en todo el país, con el progreso más significativo visto en los lugares donde las cuatro áreas temáticas de la Iniciativa y los esfuerzos correspondientes de sus socias han convergido.

Además de confirmar la importancia de la sinergia entre las cuatro áreas de apoyo, tal como se contempla en la Teoría de Cambio, los hallazgos apuntan a varios factores o elementos que pueden favorecer o detener el éxito:

**PREPARACIÓN DEL TERRENO:** En palabras de un experto clave, “es importante preparar la tierra antes de plantar el árbol”. De hecho, hubo varios ejemplos en los que los estados realizaron grandes esfuerzos preparando el terreno para fomentar una mayor aceptación de sus programas de partería. Para Veracruz, esto significó cursos de sensibilización obligatorios para todo el personal del sistema de salud, desde los niveles más altos de mando hasta el nivel operativo. Múltiples actoras ayudaron a preparar el terreno en Guerrero, incluidas numerosas organizaciones locales, nacionales e internacionales de la sociedad civil que trabajan en concierto con los líderes del gobierno estatal para ampliar la aceptación e integración de no uno, sino de todos los tipos de parteras. Por otro lado, el Estado de México tiene el mayor número de *sitios modelo de partería*, pero hizo poco para fomentar el cambio cultural o superar la resistencia del personal del sistema de salud, o para difundir información sobre los servicios de partería y atraer a más mujeres, lo que limita el potencial de sus sitios de partería. La Iniciativa reconoció la importancia de la sensibilización y apoyó múltiples esfuerzos para mejorar la aceptación entre autoridades y el personal del sistema de salud en los estados seleccionados.

**MODELOS INTEGRADOS Y ENTORNOS CLÍNICOS HABILITANTES:** Los datos muestran que los mejores resultados de salud materna se ven en lugares donde las parteras se integran en equipos de práctica con roles claros y complementarios. Por esta razón, la preparación del terreno debe incluir esfuerzos para demostrar cómo las parteras pueden mejorar la efectividad del equipo en su conjunto sin desplazar a otro personal. Los resultados también confirman la importancia del entorno para lograr una buena calidad de la atención. Mejorar la calidad de la atención no sucede de manera automática; requiere entornos habilitantes, buena formación, personal de apoyo y educación continua. Para ser eficaces, las parteras necesitan trabajar en un sistema que brinde apoyo. La Teoría de Cambio no se centró en el nivel clínico ni promovió un modelo particular de práctica, pero la Iniciativa ayudó a fortalecer los modelos existentes y emergentes de manera indirecta a través de un amplio apoyo para el aprendizaje, el intercambio de información y el reconocimiento de las mejores prácticas.

**COMPROMISO POLÍTICO:** Las autoridades a nivel estatal (como en Veracruz) pueden hacer mucho para establecer la partería como parte de la estrategia estatal de salud materna y neonatal, definir una ruta crítica para la implementación y establecer una expectativa de cumplimiento. Pero hay consenso en sugerir que el objetivo a largo plazo de institucionalizar la partería profesional en el sistema público de salud en México requerirá, en última instancia, un mandato federal que sitúe a la partería como una prioridad y con el apoyo normativo y legal correspondientes; la incorporación del concepto en las estrategias de la Secretaría de Salud; el diseño e implementación de políticas y programas que reflejen las mejores prácticas; asignaciones presupuestarias adecuadas; y modificación de los requisitos regulatorios que actualmente impiden un progreso firme y adecuado en la justa dirección.

**PARTERAS DIVERSAS PARA ENTORNOS DIVERSOS:** México es una nación muy diversa cultural y geográficamente. Esta diversidad está marcada, sin embargo, por la extrema desigualdad de ingresos y en niveles educativos, relacionada con la etnicidad, el género y la geografía. La diversidad de México, en el contexto de la desigualdad, debe ser respetada para que la partería sea aceptada en las regiones que más la necesitan. En la Iniciativa, la importancia de la diversidad fue reconocida y fomentada a través de donativos a organizaciones que representan las voces de múltiples tipos de parteras.

## **6.2 Avances en los conceptos transversales: impulso, sostenibilidad y punto de inflexión**

### **6.2.1 ¿En qué medida hay un impulso hacia la institucionalización de la partería en México?**

El trabajo de numerosas promotoras de la partería descrito anteriormente ha creado un impulso en entornos específicos donde los esfuerzos de múltiples actores han convergido. A nivel nacional, el número de programas sigue creciendo, se está formando a más estudiantes y los sitios de inserción se están expandiendo en número y alcance geográfico. Los profesionales y las autoridades en salud están aprendiendo sobre el modelo de atención de partería y, en algunos casos, están observando cómo se ve eso en la práctica, lo que los lleva a brindar más apoyo.

Los límites del impulso están relacionados con la escala. Los esfuerzos a favor de la partería todavía están relativamente aislados a escala nacional y en el sistema de salud, donde la partería profesional aún no se comprende o reconoce ampliamente como una estrategia viable o deseable para mejorar la atención materna y neonatal. Mantener y ampliar el impulso hacia el futuro requerirá una comunicación aún más amplia de las experiencias actuales para continuar despertando el interés, el entusiasmo y la experimentación. Los organismos multilaterales como el UNFPA y la OPS, que siguen comprometidos con los objetivos de la partería, pueden desempeñar un papel clave.

### **6.2.2 ¿Cuán sostenibles son estos avances?**

En México se han logrado importantes avances en la integración de la partería profesional en el sistema público de salud, pero la sostenibilidad de estas experiencias no está asegurada de ninguna manera. En casi todos los estados, las promotoras de la partería o los funcionarios públicos expresaron su preocupación por las próximas transiciones políticas y los desafíos u oportunidades que traerán. La garantía de la sostenibilidad a largo plazo de estas experiencias y la continuación del compromiso de explorar los modelos de atención de la partería a nivel estatal y local se beneficiarían de un mandato federal, una participación aún más amplia a nivel estatal, y la inclusión de la partería en los presupuestos de salud materna.

### **6.2.3 ¿Se ha alcanzado un punto de inflexión?**

Algunos estados parecen estar acercándose a puntos de inflexión a nivel cultural a través de cambios a gran escala en las opiniones, expectativas y comportamientos de los funcionarios y profesionales de la salud. A nivel nacional, la Comisión Nacional de Derechos Humanos colocó la problemática de la violencia obstétrica al centro en el discurso y la práctica de promoción y defensa de los derechos humanos en México. Este cambio podría proporcionar un impulso que conduzca a acciones para mejorar la calidad de la atención en salud materna y neonatal, como ocurre en otros países. Como mínimo, parece probable que haya menos tolerancia al incumplimiento de las prácticas basadas en la evidencia científica y a la falta de implementación de las normas oficiales que son consistentes con la práctica de la partería. De cara al futuro, un mandato federal contribuiría en gran medida a consolidar estos avances, moviendo al país hacia un punto de inflexión en el que la partería profesional podría convertirse en una característica permanente del sistema de atención en salud materna.

### **6.3 Conclusiones**

Se han logrado importantes avances desde la línea de base en todas las áreas de la Teoría de Cambio, con un impulso alentador hacia una mayor aceptación de la partería profesional, nuevas oportunidades de empleo, mayor familiaridad entre las autoridades que diseñan las políticas públicas, mayor colaboración entre los promotores y un potencial cada vez mayor para formar parteras profesionales altamente calificadas.

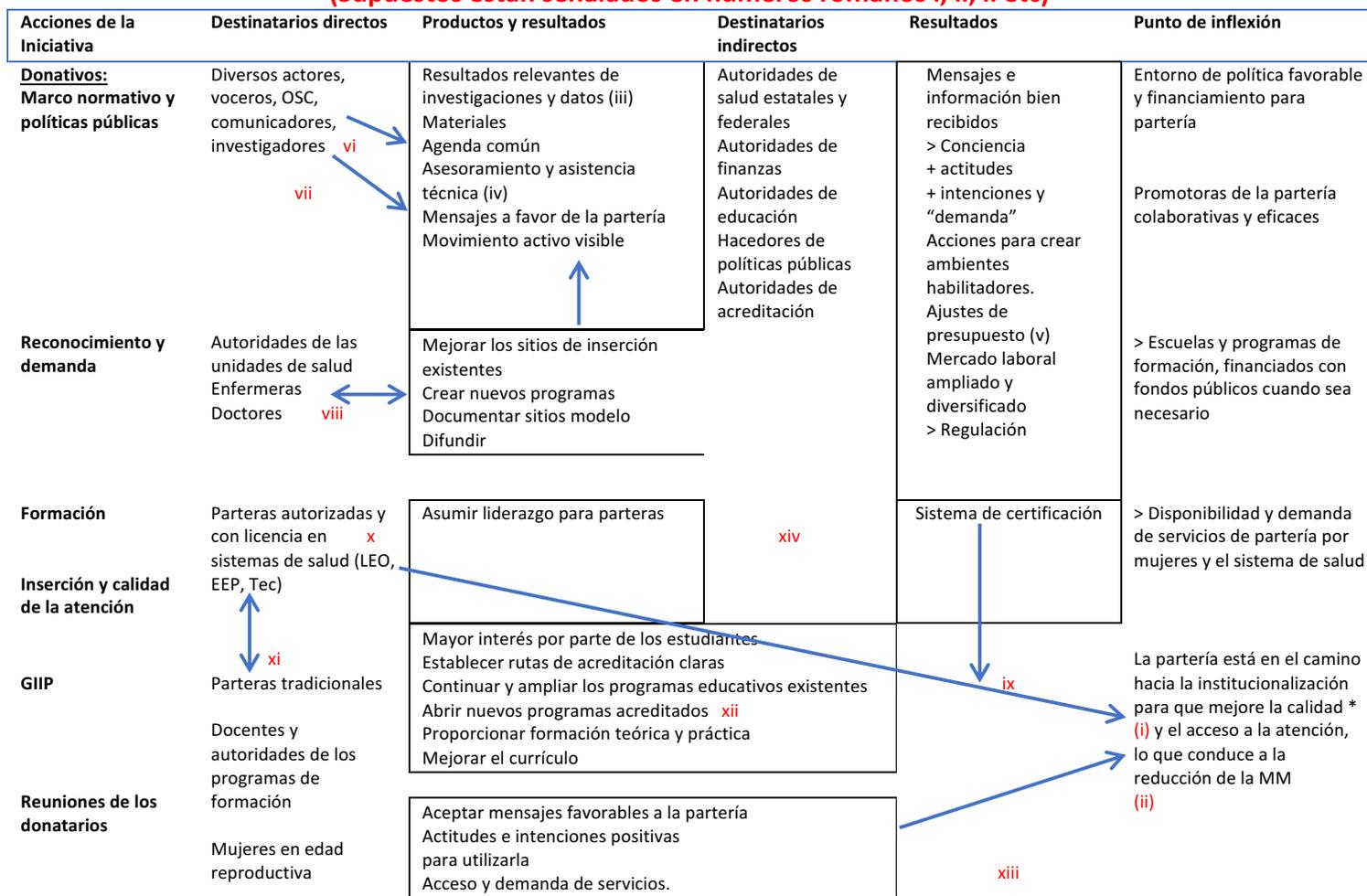
Ahora se dispone de amplia información, mucho más que en 2015, para alimentar o guiar los esfuerzos en curso para promover la partería profesional en todo el país y para alentar a autoridades estatales y federales entrantes a adoptar la partería como un componente clave de las estrategias para resolver las necesidades de salud materna del país. Además de generar entusiasmo por la partería profesional, esta información ofrece rutas críticas y lecciones aprendidas sobre lo que funciona o no en los diversos contextos que caracterizan a México.

Todas las partes interesadas que esperan promover la partería ahora tienen una clara evidencia de que las parteras profesionales son capaces de proporcionar servicios obstétricos de buena calidad, centrados en la mujer y en todo el continuo de la atención, incluyendo durante el trabajo de parto y el parto, cuando se les inserta en entornos habilitantes que adoptan un modelo de partería que garantice referencias rápidas y oportunas en caso de complicaciones. Esta evidencia es fundamental para superar la brecha de información y las percepciones erróneas que obstaculizaban el progreso hace apenas tres años.

Es más probable que la partería profesional sea vista hoy como una solución prometedora para ayudar a satisfacer las necesidades en una atención obstétrica de alta calidad en México, especialmente en entornos remotos y empobrecidos, pero es más prometedora cuando existen ciertos elementos. Si no hay voluntad política o es inconsistente, si no hay suficientes parteras calificadas, si los médicos y otro personal no brindan apoyo, o si las mujeres desconocen los servicios de partería como una opción, es posible que los modelos de atención de partería no puedan alcanzar su potencial. Algunos estados proporcionan ejemplos de lo que se puede lograr cuando estos componentes se unen con éxito. Se observa un impulso significativo, con un progreso importante en algunos estados y un interés expresado por el gobierno entrante, que marca la pauta hacia una integración más amplia de la partería profesional en la estrategia oficial de salud materna. La Iniciativa está contribuyendo de manera importante a este impulso al incorporar a la partería profesional en la conversación sobre las estrategias de salud materna en México.

## **Anexo A: Documentos de referencia**

**Apartado 1a: Diagrama de la Teoría de cambio original**  
**(Supuestos están señalados en números romanos i, ii, ii etc)**



\*> satisfacción  
 Recuperar buenas prácticas tradicionales.  
 > respeto  
 <costos  
 >resultados  
 > acceso, equidad

## **Apartado 1b: Supuestos que subyacen la Teoría de Cambio**

- i. Emplear parteras altamente calificadas conllevará a cuidados materno-infantiles de mayor calidad, más centrados sobre la mujer y de menor costo.
- ii. Mejorar el acceso a la calidad de la atención contribuirá a un decremento sostenido de la morbi-mortalidad materna en México.
- iii. Los tomadores de decisión y las personas que hacen las políticas públicas carecen de información, y una vez que reciben la información necesaria ellos y ellas harán los cambios pertinentes.
- iv. Colaboración, monitoreo y presión por parte de la sociedad civil ayudarán a convencer a los políticos cumplir sus promesas.
- v. Las Secretarías de Salud y de Finanzas harán los ajustes presupuestarios necesarios para poder contratar a las parteras.
- vi. Promotoras de la partería son capaces de proporcionar, y proporcionarán, el tipo de datos y mensajes pertinentes y necesarios para cambiar las actitudes de los destinatarios clave, y proporcionarán asistencia técnica para ayudar a movilizar a dichos actores.
- vii. Las y los promotores de la partería podrán trabajar conjuntamente y sabrán apoyarse mutuamente para promover la partería de manera coordinada y coherente.
- viii. Una vez que las autoridades, las enfermeras, los médicos y las médicas así como los y las gineco-obstetras se dan cuenta de la efectividad de la partería, ellos y ellas se abrirán a y apoyarán la partería profesional.
- ix. Un sistema de certificación basado en las destrezas es necesario para demostrar y asegurar la competencia de las parteras profesionales bien formadas.
- x. Un aumento en el número de parteras profesionales desplegadas en el sistema de salud puede cerrar la brecha en cuanto a los recursos humanos en salud, y mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios en salud materna y reproductiva.
- xi. Parteras tradicionales no se opondrán a las parteras profesionales, sino aprenderán trabajar conjuntamente con ellas.
- xii. Se necesita mayor diversidad en los programas de formación para así cumplir con las múltiples y diversas necesidades en atención materna a lo largo del país.
- xiii. Las mujeres en edad reproductiva y sus familias se informarán sobre, y luego demandarán, los servicios de partería.

**Apartado 2: Análisis de la cartera de donativos**  
 (Los donativos posteriores a la línea base se enlistan en rojo)

Organización	Cantidad	Fechas	Proyecto / Objetivo	Estrategias	Destinatarios directos	Resultados	Estados
<b>Reforzar el entorno normativo y de políticas públicas: total \$ 3,061,000</b>							
<b>UNFPA México</b>	225k	10/17 - 12/18	Diseñar una estrategia de sostenibilidad para apoyar a los estados mexicanos que participan en el proyecto durante 2018.	Cooperación técnica horizontal, es decir, intercambio de experiencias, metodologías y resultados  Generación de evidencia y argumentos dirigidos a fomentar la sostenibilidad de los logros y resultados, así como la movilización de recursos  Fortalecimiento integral de la partería en el estado de San Luis Potosí, donde se aprovecharán las buenas prácticas y lecciones desarrolladas en Morelos e Hidalgo	Actores estatales  Donatarias seleccionados de la fundación	Resultados propuestos:  Acciones de incidencia y seguimiento de acuerdos documentados  Buenas prácticas documentadas y difundidas  Fuerte posicionamiento de México en la agenda global  Estrategias de cooperación sur-sur implementadas  Experiencias exitosas compartidas y sistematizadas  Estrategia de sostenibilidad diseñada e implementada en estados mexicanos seleccionados  Movilización de recursos políticos, sociales y financieros a favor de la partería  Fortalecimiento integral de la partería profesional en el estado de San Luis Potosí de forma sistematizada  Plan estratégico de difusión diseñado e implementado	San Luis Potosí, Morelos, Hidalgo
<b>Family Care International / Management Sciences for Health</b>	\$ 450k	11/16 - 12/18	Fortalecer las habilidades de incidencia de las parteras y sus aliados para promover la aceptación plena del modelo de atención de partería.	Desarrollo de herramientas y mensajes para promover la partería profesional basada en la investigación internacional y mexicana, incluido el informe de línea de base  Difundir las herramientas a nivel nacional y estatal que complementan el trabajo de los miembros del GIIP.	Actores que podrían promover la partería profesional		Nacional e Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Guerrero, Chiapas, Oaxaca

<b>International Confederation of Midwives (CIM)</b>	\$ 200k	10/17 - 12/18	<p>Profundizar la interacción y participación de México en el movimiento global de partería.</p> <p>Permitir que las parteras mexicanas aboguen por mejores políticas y normatividad, y familiarizarlas con los estándares internacionales que deben usarse en su práctica y en incidencia.</p>	<p>Apoyar la participación de hasta 30 parteras y partes interesadas a nivel estatal en la conferencia regional de ICM en Paraguay en 2018</p> <p>Reuniones y convocatorias previas a la conferencia, y tiempo para permitir que los líderes de la CIM y los representantes regionales se comprometan más con México, brindar información sobre herramientas globales que podrían llevar a México a los esfuerzos internacionales y también dar mayor visibilidad al trabajo de México en redes globales y reuniones en las que participa la CIM</p>	<p>Parteras</p> <p>Partes interesadas a nivel estatal</p>	<p>Los participantes presentarán artículos o carteles, darán talleres, se reunirán con representantes de otras asociaciones para discutir temas específicos, escribir blogs o informes</p> <p>Fortalecimiento de la incidencia en políticas y normatividad en apoyo de la partería profesional</p>	No especificado
<b>International Confederation of Midwives (CIM)</b>	\$ 250k	11/16 - 10/17	<p>Apoyar la participación activa de México en el Congreso de la CIM en Toronto, Canadá.</p>	<p>Becas para 30 parteras profesionales, 10 funcionarios de educación o atención médica a nivel estatal para asistir al Congreso de la CIM de Toronto en junio de 2017</p> <p>Sesiones de formación previas al Congreso, reuniones en el lugar y luego eventos para compartir sus experiencias cuando regresen a México</p>		<p>Fortalecer los vínculos entre las personas que trabajan a favor de la partería profesional</p> <p>Fortalecer el apoyo a la partería profesional en el sistema nacional de salud</p> <p>Grupo de parteras fuertes, informadas y cohesionadas en México con mejor comunicación</p> <p>Mayor conciencia de cómo sus esfuerzos encajan con los esfuerzos mundiales para promover la partería profesional</p>	
<b>CCC</b>	162k — 100%	1/16 - 12/17	<p>Fortalecer actores clave para que avance la partería en México.</p>	<p>Facilitar el diálogo de múltiples actores hacia una agenda común (Estrategia nacional para promover la partería).</p> <p>Facilitar el GIIP.</p> <p>Asistencia técnica específica a medida que se necesite y reunión anual de organizaciones de la sociedad civil</p>	<p>Diversos defensoras de la partería.</p>	<p>Mayor comunicación y colaboración entre actores.</p> <p>Agenda común.</p> <p>GIIP funciona bien.</p>	NA
<b>ACASAC</b>	210k — 80%	9/15 - 8/17	<p>Estudio sobre la medida en que los servicios de partería satisfacen las necesidades de las mujeres</p>	<p>Estudio de mujeres atendidas bajo diferentes modelos: parteras, médicos, públicos y privados.</p> <p>Los informes proporcionarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descripción de los diferentes modelos de cuidados.</li> <li>-Resumen con aspectos positivos y negativos.</li> <li>-Recomendaciones</li> </ul> <p>Recomendaciones dadas a las autoridades responsables en cada entidad</p> <p>Acuerdos con ayuda del CNEGySR con el gobierno estatal y federal</p>	<p>Autoridades responsables a nivel local, estatal y federal</p>	<p>Acuerdos con las autoridades responsables, es decir, probablemente mejoras en la calidad de la atención</p>	

<b>INSP</b>	1,288k— 100%	11/15 - 11/18	Crear un modelo integral para la partería en México.	El modelo integral de partería del INSP consiste en tres proyectos:  1. Investigación para que la toma de decisiones se base en evidencia científica  2. Un curso sobre prácticas basadas en la evidencia en tres redes de atención  3. Viabilidad de la atención prenatal grupal	Responsables de la toma de decisiones  Proveedores de servicios	Mayor conciencia entre los responsables de la toma de decisiones  Mejor actitud por parte de los proveedores de servicios  Mayor demanda de atención humanizada por parte de las mujeres	Morelos e Hidalgo, Nacional
<b>Mujeres aliadas</b>	120k — 20%	7/15 - 6/17	Avanzar con la certificación y regulación de parteras, fortalecer la organización como vocera en AMP.	Continuar la concientización con personal clínico y autoridades.  Nuevos lineamientos para abrir escuelas	Autoridades a nivel estatal	Certificación de parteras graduadas  Las nuevas escuelas pueden abrirse utilizando los lineamientos.  Mayor aceptación de la partería en el estado	Michoacán
<b>AMP</b>	300k — 20%	9/14 - 8/17	Fortalecer la AMP como actor clave para promover la partería en México.	Plan de tres años para posicionar tanto a la organización como a la partería de manera más directa en la agenda pública, apoyar a que se abran más escuelas, proporcionar pautas para la certificación e incrementar la comprensión del público sobre lo que la partería puede ofrecer  Campaña de concientización  Aumento del número y actividades de los miembros  Mensajes conjuntos y cobertura de prensa  Competencias básicas de parteras aprobadas por la AMP  Sitio web con datos y experiencias para estudiantes y mujeres  Plan de certificación  Mapa de oportunidades de entrenamiento  Visión, valores y ética propios clarificados  Resultados de investigación presentados a los tomadores de decisiones	Partería en el sistema público de salud  Escuelas, alumnos y docentes  Promotores de la partería  Autoridades responsables  Secretaría de Salud y Educación para el programa de certificación de parteras autónomas (o para toda la gama de parteras).  Mujeres que buscan servicios de partería  Partes interesadas dentro de la AMP	Conciencia más generalizada, comprensión menos estigmatizada de la partería  Cambio cultural que permite a las parteras integrarse  Mayor consenso entre grupos de interés con posturas encontradas  Aceptación e implementación de normas de regulación en línea con CIM  Los estudiantes potenciales tienen mejor acceso para saber dónde están las opciones.  Proceso de certificación que culmine en un Colegio de Partería.	Nacional
<b>Nueve lunas</b>	210k — 40%	1/16 - 12/18	Fortalecer la formación y reconocimiento de la partería en México.	Materiales en español sobre partería con enfoque intercultural e integral  Diplomado	Parteras y estudiantes de partería, docentes, escuelas.  Estudiantes de	Mayor entendimiento de la partería.  Mejores relaciones con el	NA

				Exploración de estrategias legales y políticas para la colaboración efectiva y respetuosa de parteras tradicionales y parteras técnicas	medicina, obstetras y ginecólogos.	personal de salud en general. Base común de conocimientos entre los programas de formación. Mejores opciones de atención para las mujeres. Mejor calidad de la atención. Opciones de atención primaria fortalecidas.	
<b>Aumentar el reconocimiento y la demanda. Total \$ 5,928,200</b>							
<b>Edumundo360</b>	200k	9 meses: 4/18 - 12/18	Realizar la postproducción y distribución de su documental sobre la partería en México.  Creación de un conjunto adicional de videos más cortos y un libro de retratos que representa la diversidad de voces que promueven la partería en la actualidad	Apoyo a la postproducción (corrección, diseño de sonido, música y gráficos) y la distribución (producción de festivales de cine, representación en festivales, carteles y otros materiales de marketing) además del trabajo final sobre el documental  Producción de una serie de 30 entrevistas en video y formatos impresos		Una comprensión más amplia de la historia y la situación actual de la partería en México, incluidos los esfuerzos para reconstruir la partería profesional como parte del sistema de salud pública	Nacional
<b>Asociación Nacional de Enfermeras Obstétricas y Perinatales (ANEOP)</b>	157k	10 meses: 3/18 - 12/18		Comunicación con las 450 enfermeras perinatales que aún no atienden partos  Desarrollar una imagen institucional y materiales de divulgación.  Trabajar con la Secretaría de Salud y el Colegio de Enfermeras para desarrollar y lanzar un proceso de certificación.  Promover la partería.	Parteras enfermeras obstétricas y perinatales  Funcionarios de la Secretaría de Salud y del Colegio de Enfermeras	Posicionar a la partera de manera más sólida antes de que MacArthur salga del campo.  Diseñar un proceso de certificación.  Diseño de cuotas de membresía y otras formas de ingresos	Nacional
<b>ACASAC</b>	115k	10/17 - 12/18	Fomentar un mayor interés en y demanda del modelo de atención de partería por parte de mujeres y profesionales de la salud.	Desarrollar una campaña educativa y de comunicaciones en estados seleccionados con comunidades rurales sobre los conceptos más amplios de cuidado respetuoso y parto normal.  Asentar las bases para aumentar el interés de las mujeres y los profesionales de la salud en el cambio de paradigma hacia el modelo de atención de partería.  Coordinar con otros esfuerzos de comunicación de Metropolitan Group y GIRE, y compartir con otras donatarias de la Fundación.	Mujeres en edad reproductiva  Profesionales de la salud	Los hallazgos mostraron que la gran mayoría de las mujeres, en la práctica, no puede seleccionar el proveedor: utilizan los servicios disponibles y rara vez buscan opiniones u opciones adicionales, a pesar de estar más satisfechas con el cuidado de las parteras.	Varios estados  Comunidades rurales
<b>Hispanics in Philanthropy (HIP)</b>	\$ 150k	1/18 - 12/18	Apoyar el fortalecimiento de las organizaciones de partería para mejorar su recaudación de	Capacitación ad hoc sobre creación de capacidad en recaudación de fondos a través de seminarios web y asistencia personal		Incrementar la inversión en partería, salud materna y salud sexual y reproductiva.	Nacional

			fondos y adquirir herramientas innovadoras que les ayuden a diversificar sus fuentes de financiación .	Mapeo de donadores internacionales, promoción de conexiones entre donadores y organizaciones cuando sea relevante			
<b>Hispanics in Philanthropy (HIP)</b>	50k	7/18 - 4/19	Explorar nuevos aliados y socios para el campo de la partería en México.	Llevar a cabo un estudio de mercado modelo que podría utilizarse para determinar la viabilidad de abrir clínicas de salud materna dirigidas por parteras.  Hispanics in Philanthropy contratarán a New Ventures para realizar el estudio de mercado y luego trabajarán con los actores clave para difundir las herramientas para abrir nuevos centros de salud con el modelo de atención de partería para comunidades de bajos ingresos.  New Ventures diseñará una metodología de estudio de mercado para el uso de pequeñas y medianas organizaciones interesadas en incorporar el modelo de atención de partería. La metodología se aplicará a por lo menos dos sitios, probablemente en clínicas interesadas en Michoacán y el Estado de México.		Demostrar la eficacia en función de los costos del modelo de atención de partería, apoyar la expansión de los servicios e incorporar otro sector no necesariamente relacionado con temas de salud (por ejemplo, sector privado, inversiones de impacto, empresarios, etc.)  Mayor conciencia sobre las virtudes del modelo de partería en un público más amplio  La medida incluirá: mayor conocimiento, participación e interés en el modelo de partería como lo demuestran los actores no tradicionales interesados en el modelo, promover que las organizaciones de partería utilicen argumentos basados en datos para su promoción de la partería, y una mayor aceptación de la partería como una estrategia empresarial en el sector privado.	Michoacán  Estado de México
<b>White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, Global Secretariat (objetivo secundario: marco normativo)</b>	\$ 153k	7/17 - 9/18	Facilitar el intercambio de información y las lecciones aprendidas entre los actores de la partería, y entre estos actores e instituciones de salud materna a nivel nacional y global.	Brindar asistencia técnica a los promotores de la partería para fortalecer sus proyectos y sostenibilidad.  Traducir al español dos documentos de la OMS y de la CIM y realizar un taller.  Apoyar a los actores para generar una campaña para promover la partería a través de la sociedad civil y la colaboración gubernamental.  Facilitar el intercambio de información entre México y la comunidad global.  Posicionar el trabajo en México para audiencias globales mediante la coordinación de la participación en eventos nacionales y globales.	Defensoras de la partería profesional		Nacional
<b>Educación y Capacitación</b>	\$ 100k	8/17 - 12/18	Contribuir a mejorar la atención de salud materna para las	Consolidar una plataforma para parteras tradicionales y técnicas en Chiapas para fomentar buenas prácticas.			Chiapas

<b>(FOCA) (objetivo secundario: Empleo)</b>			mujeres indígenas y rurales en Chiapas.	Fortalecer las prácticas de las parteras tradicionales y técnicas en Las Margaritas, Revolución Mexicana y SJ Chamula.  Mejorar una perspectiva de género e intercultural en Casa Materna en Chiapas.  Lograr un acuerdo escrito y un plan de trabajo con la Secretaría de Salud y el reconocimiento de las parteras tradicionales en Casas Materna y alumbramientos en domicilio.			
<b>Metropolitan Group</b>	\$1,000,000	1/17 - 12/18	Crear voluntad política para la partería profesional en México.	Apoyar al GIIP en el desarrollo de una estrategia de comunicación efectiva, incluidos los mensajes y herramientas de comunicación para el GIIP y los grupos clave.  Consultar con otros actores para identificar qué esfuerzos de comunicación están en marcha y evaluar la utilidad de unir fuerzas.			Nacional y Estados clave prioritarios
<b>Kinal Antzetik</b>	\$ 225k	10/16 - 12/18	Fortalecimiento de las parteras tradicionales y técnicas en Guerrero	Fortalecer las habilidades de las parteras que trabajan en 4 CAMI (Casa de la Mujer Indígena).  Creación de redes para desarrollar estrategias conjuntas para mejorar la comprensión de la partería entre los tomadores de decisiones clave y abogar por el pago y el empleo formal  Capacitación en liderazgo para 40 estudiantes y parteras en ejercicio  Desarrollar mensajes para alentar el pago de las parteras y realizar eventos para informar a una amplia gama de actores clave.  Video sobre buenas prácticas de partería en el estado  Junto con Raíz Zulia y Fundar, desarrollar y difundir mensajes sobre fondos públicos para partería e incorporar este tema en la capacitación de líderes.			Guerrero
<b>FUNDAR</b>	\$ 300k	7/16 - 12/18	Mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres a través de la incorporación efectiva y adecuada de las parteras en los servicios de salud.	Recopilar y analizar información sobre la asignación de presupuesto y los beneficios de la partería para los funcionarios estatales en Guerrero y Michoacán en estrecha colaboración con las OSC locales.  Las OSC colaboradoras recibirán capacitación en análisis presupuestario.	OSC que promueven la partería profesional	Aumento progresivo de los recursos públicos para la partería y el uso transparente de los fondos públicos para la partería dentro del sistema de salud pública  Aumento del gasto público para la contratación y capacitación de las parteras en los dos estados  Acceso mejorado a los sitios de	

						práctica clínica, condiciones de inserción mejoradas, mayor visibilidad para la escuela Tlapa y sus necesidades financieras, mejor representación de esas necesidades en foros públicos y mayor apoyo para la partería en ambos estados	
<b>Comunidad Raíz Zubia</b>	\$ 100k	10/16 - 09/17	Posicionar la importancia de la partería como modelo de atención alternativa para las mujeres que viven en contextos rurales y socialmente vulnerables en el estado de Guerrero.	Consolidar alianzas para promover la partería profesional en el contexto del Comité Promotor de una Maternidad Segura del estado de Guerrero.  Planificar e implementar una campaña conjunta de 8 meses sobre la importancia de la partería profesional y la tradicional.  Viaje de aprendizaje a otro estado o país	Parteras profesionales		Guerrero
<b>Centro de Nacimiento de San Cristóbal (BCSC)</b>	\$300k	1/17 - 12/18	Desarrollar manuales y cursos educativos para orientar la apertura de centros de nacimiento en México en los que las parteras profesionales brinden atención .	Luna Maya desarrollará indicadores y protocolos, un manual para abrir un centro de nacimiento, una guía de capacitación para parteras y administradores.  Capacitar a 20 parteras y / o administradores con estas herramientas.  Crear una propuesta normativa para regular los centros de partos privados para evitar que sean clandestinos.  Proporcionarle a la Secretaría de Salud un marco claro sobre cómo crear espacios físicos reales donde la partería se pueda ejercer de manera segura, regulada y accesible.	Parteras autónomas  Administradores de centros de parto  Funcionarios y reguladores del sector salud	Probablemente:  Funcionamiento mejorado de los centros de parto  Aceptación de los centros de parto	Chiapas y otros estados
<b>INSAD</b>	240k — 100%	7/16 - 12/18	Crear una plataforma para compartir información entre grupos y fortalecer sus capacidades organizativas.	Mapeo analítico de las actividades de los donativos  Plataforma basada en Internet para compartir información  Asistencia técnica para fortalecer la partería, redacción de informes, etc.	Donatarios de MacArthur y otros colaboradores pro partería	Mayor conciencia entre los beneficiarios de las actividades de los demás  Colaboraciones, comunicación	NA
<b>UNFPA-LACRO</b>	432k — 80%	1/16 - 12/18	Vinculación con LACRO y CIM para promover la partería profesional	Herramienta de monitoreo para el gobierno estatal  Conjunto de herramientas de incidencia  Competencias básicas para la formación  Entrenar a diez docentes.  Redes  Apoyar a AMP	Responsables políticos de alto nivel  Docentes  Promotores de la partería  AMP  Parteras jóvenes	México está más conectado al campo de la partería regional latinoamericana..  AMP fortalecido  Plan de estudios fortalecido  Mayor liderazgo entre diez parteras jóvenes  Lineamientos para mejores prácticas y sensibilidad cultural	NA

						<p>Red más densa</p> <p>Mayor conciencia entre los responsables políticos</p> <p>México más visible en esfuerzos internacionales para promover la partería</p> <p>Las parteras son más efectivas al informar las políticas públicas.</p>	
<b>GIRE</b>	500k — 100%	8/15 - 7/17	Estrategia de comunicación diseñada para elevar el perfil de las parteras en México, los asesores son OSC	Coordinar la estrategia de comunicación, seleccionar y desplegar embajadores.	<p>Población general</p> <p>Los responsables políticos (destinatarios no definidos específicamente a priori)</p>	<p>Promover uno o dos objetivos de política pública que se consideran fundamentales para que avance la partería el nivel primario</p> <p>Perfil de partería elevado</p>	NA
<b>GIRE</b>	200K 100%	10/17 - 12/18		<p>Trabajar con grupos a nivel estatal para favorecer que asumen el control y difunden los materiales, y desarrollar una segunda parte de la campaña que describa las preguntas específicas relevantes para cada estado en particular.</p> <p>Fortalecer la comprensión sobre el marco legal para la práctica de la partería, llevar a cabo un trabajo de incidencia para fortalecer el marco legal de la partería, con el objetivo de que las parteras puedan ejercer su profesión libremente.</p> <p>Los resultados de la investigación y el análisis se compartirán en foros públicos a nivel nacional y posiblemente a nivel internacional.</p>	<p>Actores estatales</p> <p>Asistentes a foros públicos internacionales y nacionales</p>	<p>Materiales en estados seleccionados para promover la partería profesional</p> <p>Mayor conocimiento del marco para la partería</p>	??
<b>Sakil Nichim Antsetik</b>	265k — 80%	8/15 - 7/17	Promover la inserción de parteras profesionales indígenas en los servicios.	<p>Identificar los canales viables y las estrategias necesarias para promover la inserción de parteras profesionales indígenas en los servicios de salud.</p> <p>Motivar a las jóvenes indígenas a estudiar partería profesional.</p>	<p>Autoridades locales y personas clave en las comunidades</p>	<p>Mayor inserción de parteras profesionales en el nivel primario en los diez municipios</p> <p>Mayor interés en estudiar partería profesional por parte de jóvenes indígenas</p> <p>Solicitudes de autoridades de parteras profesionales</p> <p>Convenios entre autoridades estatales y municipales</p>	10 municipios en Chiapas
<b>Sakil Nichim Antsetik</b>	100k	10 meses: 10/17 -		En la capacitación, Sakil ayudará a integrar a las parteras tradicionales y profesionales en tres centros públicos de salud materna en Chiapas mediante la negociación con las		Con su último proyecto, Sakil documentó y difundió los resultados de las investigaciones	Chiapas y otros estados con poblaciones

		12/18		<p>autoridades locales y la provisión de espacios para discutir modelos de atención médica materna con el personal y la administración de la clínica; promoción de servicios en las comunidades; y servir como enlace entre las parteras, los centros de salud y las comunidades.</p> <p>Para avanzar en el despliegue, Sakil reunirá a estudiantes de partería de cinco estados para discutir modelos y conceptos interculturales de salud materna y para proporcionar capacitación teórica y práctica.</p> <p>Sakil también explorará el interés entre los programas universitarios más grandes y las asociaciones nacionales para aprender más sobre la atención médica culturalmente apropiada. La promoción local ante las autoridades de salud y otros tomadores de decisiones se centrará en llamar la atención sobre la necesidad de que los presupuestos de salud pública incluyan fondos para la contratación de parteras profesionales y tradicionales.</p>		que muestran que hay parteras tradicionales que apoyan la profesionalización, apoyaron a los estudiantes de partería en sus estudios y produjeron materiales de divulgación en idiomas indígenas.	indígenas.
<b>FOCA</b>	120k — 80%	1/16 - 12/17	Fortalecer el liderazgo de las parteras y promover sus servicios en Chiapas.	<p>La red de parteras tradicionales y diez parteras técnicas en Chiapas se reúnen con actores y autoridades locales para promover prácticas más saludables.</p> <p>Capacitación al empoderamiento de las parteras</p>	<p>Parteras tradicionales y técnicas</p> <p>Actores y autoridades locales</p>	<p>Mujeres educadas en derechos reproductivos, es decir, mayor demanda</p> <p>Intereses comunes identificados entre parteras tradicionales y técnicas, mayor colaboración y complementariedad</p> <p>Parteras más articuladas en reuniones</p> <p>Apoyo a prácticas más sanas por parte de las autoridades locales</p>	Chiapas
<b>Edumundo</b>	350k — 100%	9/15 - 8/17	Elevar el perfil de las parteras a través de un documental y una serie de cortos.	Películas y cortos que se presentarán en lugares convencionales, redes sociales y lugares estratégicos	<p>Público en general</p> <p>Promotores de la partería y aliados</p>	El público en general tendrá una mejor comprensión de la partería.	Chiapas, Guerrero, Nacional
<b>Ambulante</b>	150k — 100%	8/15- 7/16	Festival documental itinerante 2016	Festivales de cine en tres ciudades, foros de discusión	Público en general	Mayor demanda de servicios	Nacional
<b>AMP</b>	300k — 80%	9/14 - 8/17	Fortalecer AMP como actor clave para promover la partería en México.	<p>Plan de tres años para posicionar tanto a la organización como a la partería de manera más directa en la agenda pública, ayudar a que se abran más escuelas, proporcionar pautas para la certificación e incrementar la comprensión del público sobre lo que la partería puede ofrecer</p> <p>Campaña de concientización</p>	<p>Partería en el sistema público de salud</p> <p>Escuelas, alumnos y docentes.</p> <p>Promotores de la partería y aliados</p>	<p>Conciencia más generalizada, comprensión menos estigmatizada de la partería</p> <p>Cambio cultural que permite a las parteras integrarse</p> <p>Mayor consenso entre grupos de interés con posiciones</p>	Nacional

				<p>Aumento del número y actividades de los miembros</p> <p>Mensajes conjuntos y cobertura de prensa</p> <p>Competencias básicas de parteras aprobadas por la AMP</p> <p>Sitio web con datos y experiencias para estudiantes y mujeres</p> <p>Plan de certificación</p> <p>Mapa de oportunidades de entrenamiento</p> <p>Visión, valores y ética propios clarificados</p> <p>Resultados de investigación presentados a los responsables de la toma de decisiones</p>	<p>Autoridades responsables</p> <p>Secretaría de Salud y Educación para el programa de certificación de parteras autónomas (o para toda la gama de parteras)</p> <p>Mujeres que buscan servicios de partería.</p> <p>Partes interesadas dentro de AMP</p>	<p>conflictivas</p> <p>Aceptación e implementación de normas de regulación en línea con CIM</p> <p>Los estudiantes potenciales tienen mejor acceso para saber dónde están las opciones.</p> <p>Proceso de certificación al terminar en un Colegio de Partería</p>	
<b>Mujeres Aliadas</b>	120k — 80%	7/15 - 6/17	Avanzar con la certificación y regulación de parteras, fortalecer la organización como participante en AMP.	<p>Continuar la concientización con personal clínico y autoridades.</p> <p>Nuevos lineamientos para abrir escuelas</p>	Autoridades a nivel estatal	<p>Certificación de graduados</p> <p>Las nuevas escuelas pueden abrir utilizando los lineamientos.</p> <p>Mayor aceptación de la partería en el estado</p>	Michoacán
<b>ILSB</b>	300k — 100%	2/16 - 12/17	Fortalecer el liderazgo de las parteras y el movimiento para la partería en México.	<p>Liderazgo y formación en derechos humanos</p> <p>Redes</p> <p>Foro Nacional</p> <p>Promover el intercambio y la colaboración.</p>	Parteras (estudiantes, practicantes, profesionales y tradicionales)	<p>Mayor número de parteras líderes en la promoción de parteras y partos humanizados</p> <p>Mayor colaboración y reconocimiento de la autoestima entre las parteras</p>	NA
<b>ILSB</b>	150k	15 meses	Fortalecer el liderazgo de las parteras y el movimiento para la partería en México, con un mayor enfoque en parteras jóvenes.	<p>Aprovechar este impulso y brindar un nuevo impulso al desarrollo del liderazgo y la creación de redes, ahora con un enfoque adicional en las parteras jóvenes.</p> <p>Brindar asistencia técnica a la Asociación Mexicana de Parteras a medida que avanza en el establecimiento de su propio liderazgo en México, en la región, y con la Confederación Internacional de Parteras (CIM) y otros actores globales.</p>			
<b>CPMS-M</b>	493k — 20%	6/16 - 12/18	Fortalecer los modelos existentes que integran / emplean a parteras y ayudan a fomentar nuevos espacios de inserción dentro del sistema de salud.	5 núcleos estatales que dialogan, intercambian experiencias, etc.	<p>Autoridades responsables de salud de nivel medio</p> <p>Proveedores de servicio</p>	Mayor voluntad política en cinco estados	Guerrero Veracruz Chiapas Oaxaca Jalisco
<b>Integrar modelos en sistemas de salud \$ 4,268,800.</b>							
<b>Corporación Miles</b>	\$350k	10/17 -	Fomentar la implementación de	Trabajar con la Secretaría de Salud de la Ciudad de	Personal del Hospital	Nueva información y	Ciudad de

		12/18	servicios de partería en un hospital público importante, basándose en el modelo chileno y adaptándolo a México.	México para introducir servicios de partería en el Hospital de Salud Materna de Inguarán en la Ciudad de México.  Intercambios de aprendizaje para equipos de profesionales de la salud y autoridades del hospital participante  Visitas de supervisión por parteras chilenas que pasarán tiempo en la Ciudad de México trabajando con equipos de salud primero para entender y analizar cómo funcionan, y luego para recomendar cambios y supervisar su implementación	de Salud Materna de Inguarán	conocimientos sobre la integración de parteras en hospitales y clínicas  Liderazgo de alto impacto en el tema  Cambios en la prestación del servicio	México
<b>Mujeres Aliadas, AC (objetivo secundario: formación)</b>	\$150k	10/17 - 12/18	Promover el acceso a los derechos y servicios mediante el fortalecimiento de las oportunidades educativas para parteras profesionales en Michoacán y México.	Educación a las parteras profesionales.  Trabajar con actores clave para el reconocimiento de la partería autónoma y lograr la integración del modelo de partería en los niveles de atención primaria y secundaria.  Generar evidencia y demanda de servicios de partería.  Fomentar la colaboración e integración de evidencia para ayudar a consolidar y sostener la partería profesional.	Los estudiantes en el programa educativo de Mujeres Aliadas  Actores sociales clave, promotores de la partería  IMSS-Prospera  AMP, CPMSM  Medios de comunicación		Michoacán
<b>Pan American Health Organization (OPS)</b>	\$1,000k	1/17 - 12/18	Lanzar un concurso en el sector de salud pública que contribuya a implementar un modelo de atención de partería a nivel estatal.	Proporcionar apoyo técnico y financiero a los distritos de salud para implementar planes y compartir sus experiencias de integración de la partería como una solución adecuada para mejorar la calidad de la atención de salud materna.  Compartir las experiencias entre los ganadores del concurso.			Nacional
<b>CPMS-M</b>	493k — 80%	6/16 - 12/18	Fortalecer los modelos existentes que integran / emplean a parteras y ayudan a fomentar nuevos espacios de inserción dentro del sistema de salud.	Mejorar el funcionamiento de los programas de partería existentes.  Centros de promoción de partería en cinco estados  Incentivos para los modelos de partería profesional	Autoridades responsables de salud de nivel medio  Proveedores de servicio	Modelos mejorados para compartir  Grupo central de portavoces.	Donde existen sitios, Guerrero Veracruz Chiapas Oaxaca Jalisco
<b>Gynuity Health Projects</b>	750k — 100%	7/16 - 12/18	Promover las normas actuales basadas en la evidencia y el concepto de compartir tareas como una estrategia para abrir espacios para las parteras en el sistema de salud mexicano.	Capacitación de capacitadores y desarrollo de materiales sobre prácticas basadas en evidencia en normas, directrices, protocolos, etc. de México  Compendio de bibliografía científica y lineamientos internacionales, en español  Foro final para compartir resultados y lecciones aprendidas, éxitos y desafíos compartidos con los medios	Responsables y administradores de sistemas de salud a nivel estatal – gineco-obstetras, enfermeras  Cinco escuelas de medicina y enfermería	Mayor conciencia de la práctica basada en evidencia  Mayor aceptación de compartir tareas  Actitudes más favorables en relación a la partería  Mayor implementación de	Seis - ocho estados, por definir.

						normas, protocolos y lineamientos para la atención de partos a nivel primario  Más entornos habilitadores para parteras	
<b>Population Council</b>	50k — 80%	7/16 - 10/16	Mapeo de servicios de partería y capacitación en el sector privado	Estudio exploratorio de los servicios de partería en el sector privado  Entrevistas con: - actores clave - mujeres en edad reproductiva que buscan servicios privados - directores administrativos y académicos de instituciones de educación superior  Revisión de las descripciones de puestos y condiciones de las parteras en instituciones privadas	Personal especializado  Público en general	Conocimiento sobre las opciones del sector privado para la formación e inserción	NA
<b>CIMIGen</b>	500k — 80%	1/16 - 12/18	Formación e incorporación de enfermeras perinatales con competencias de modelo de partería en equipos de salud multidisciplinarios en el nivel primario en Tlaxcala	Fortalecer el modelo propio de CIMIGen.  Capacitar a 33 especialistas perinatales (EEPS).  Apoyo de seguimiento para ellos una vez en centros de salud  Algunos EEPS seguidos en otros estados  INSP documentará y evaluará.	Enfermeras obstetras  Personal en CIMIGen  Funcionarios estatales de salud, para que permiten atención de nacimientos a primer nivel  Miembros del equipo de salud en centros de salud.  Autoridades y otros que podrían replicar el modelo en otros estados.	Prácticas mejoradas en CIMIGen  Inserción exitosa de enfermeras perinatales en el 25% de los centros de salud en Tlaxcala  Inserción exitosa de otras enfermeras perinatales en otros estados  Equipos de salud que apoyan a las parteras enfermeras perinatales  Las autoridades locales apoyan a las parteras profesionales que atienden a los partos	Tlaxcala
<b>OPS</b>	390k — 80%	7/15 - 12/18	Modelo integral de partería para fortalecer las políticas públicas, contribuir a ayudar al CNEGySR a reducir la mortalidad materna mediante la definición e incorporación de un modelo de partería	Posicionamiento del CNEGySR a través de un modelo integral de partería profesional  Ejemplo piloto o de caso de parteras enfermeras perinatales en Tlaxcala y luego en otros dos estados  Documentar y compartir experiencias, tres foros locales y un foro nacional.	Autoridades responsables  LEOs y EEPs	Apoyo político a la iniciativa	Tlaxcala y otros dos estados

<b>PIH (Compañeros en Salud)</b>	600k — 100%	9/15 - 8/18	Demostrar la efectividad del modelo de partería en la clínica de salud materna en el Hospital Revolución Mexicana y mejorar el parto humanizado en el hospital.	Insertar una partera en un centro de salud.  Documentar el éxito y los desafíos.  Promover el nacimiento humanizado de manera más amplia y en el hospital.	Unidad de salud y personal hospitalario incluyendo partera técnica  Las autoridades locales, especialmente en el distrito de salud local	Mejor calidad de atención  Mayor aceptación de las parteras  Contratación de parteras de diversos tipos por el sistema de salud	Chiapas
<b>FOCA</b>	120k — 20%	1/16 - 12/17	Fortalecer el liderazgo de las parteras y promover sus servicios en Chiapas.	La red de parteras tradicionales y diez parteras técnicas en Chiapas se reúnen con actores y autoridades locales para promover prácticas más saludables.  Capacitación para empoderamiento de las parteras	Parteras tradicionales y técnicas  Actores y autoridades locales	Mujeres educadas en derechos reproductivos, es decir, mayor demanda  Intereses comunes identificados entre parteras tradicionales y técnicas, mayor colaboración y complementariedad  Parteras más articuladas en reuniones  Apoyo a prácticas más sanas por parte de las autoridades locales	Chiapas
<b>ACASAC</b>	210k — 20%	9/15 - 8/17	Estudio sobre la medida en que los servicios de partería satisfacen las necesidades de las mujeres	Estudio de mujeres atendidas bajo diferentes modelos: parteras, doctores, públicos y privados  Los informes proporcionarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de los diferentes modelos de cuidados</li> <li>• Resumen con aspectos positivos y negativos</li> <li>• Recomendaciones</li> </ul> Recomendaciones dadas a las autoridades responsables en cada entidad  Acuerdos con ayuda del CNEGySR con el gobierno estatal y federal	Autoridades responsables a nivel local, estatal y federal	Acuerdos con las autoridades responsables, es decir, probablemente mejoras en la calidad de la atención	Chiapas, otros estados por definir
<b>UNFPA-LACRO</b>	432k — 20%	1/16 - 12/18	Vinculación con LACRO y la CIM para promover la partería profesional	Herramienta de monitoreo para el gobierno estatal  Conjunto de herramientas de incidencia  Competencias básicas para la formación  Entrenar a diez docentes.  Redes  Apoyar a la AMP	Responsables políticos de alto nivel  Docentes  Promotores de la partería  AMP  Parteras jóvenes	México está más conectado al campo de la partería regional latinoamericana.  AMP fortalecido  Plan de estudios fortalecido  Mayor liderazgo entre diez parteras jóvenes  Lineamientos para mejores prácticas y sensibilidad cultural	NA

						<p>Red más densa</p> <p>Mayor conciencia entre los responsables políticos</p> <p>México más visible en esfuerzos internacionales para promover la partería</p> <p>Las parteras son más efectivas en influir en la formulación de políticas públicas.</p>	
<b>UNFPA</b>	600k — 20%	09/15 - 8/18	Estrategia integral para fortalecer la partería en coordinación con el GIIP	Capacitación de recursos, recursos humanos para partería, acceso a servicios, calidad de atención	Autoridades responsables de alto nivel	<p>Expandido:</p> <p>Opciones de entrenamiento</p> <p>Disponibilidad de servicios</p> <p>Demanda</p> <p>Mejor calidad de atención</p>	Oaxaca, Morelos, Tlaxcala, Hidalgo
<b>Ampliar las opciones de educación \$ 3,862,000</b>							
<b>CISC</b>	\$ 400K	4/17 - 12/18	Contribuir a los nuevos programas educativos basados en materiales educativos para parteras profesionales en México y contribuir con estrategias para alentar el despliegue de parteras profesionales en Chiapas.	<p>Crear un plan de estudios para educar a las parteras profesionales, apoyar a las escuelas en el uso del plan de estudios y validarlo con las autoridades del sector de la salud (con el apoyo del UNFPA).</p> <p>Desarrollar un conjunto de herramientas digitales dirigido a estudiantes y maestros para reforzar el conocimiento y las capacidades fundamentales en coordinación con la OPS, UNFPA, OSC, escuelas, INSP y AMP.</p> <p>Documentar, analizar y publicar los esfuerzos del gobierno y del sector privado para fortalecer la partería profesional en Chiapas (2015 a 2018).</p>			Oaxaca, Michoacán, Morelos, Guerrero, Guanajuato, Ciudad de México, Chiapas
<b>IIE</b>	\$ 1,100k	1/17 - 12/18	Crear un programa de becas y fortalecimiento de capacidad para la educación de parteras profesionales.	<p>Becas para 120 -160 alumnos de servicio social o estudios</p> <p>Asistencia técnica a través de apoyos institucionales para que entre 5 y 15 escuelas puedan fortalecer sus habilidades en gestión financiera, recaudación de fondos, administración de becas y posicionamiento de sus graduados en el mercado laboral</p>	Directores y administradores de escuelas	<p>Los graduados obtienen diplomas y certificados y los estudiantes permanecen en programas</p> <p>Las escuelas y los programas se vuelven más sostenibles.</p> <p>Las escuelas fortalecen sus programas educativos, mejoran sus capacidades financieras para apoyar a más estudiantes y les</p>	Nacional, estados prioritarios con programas educativos por definir.

						ayudan a obtener un mejor acceso al mercado laboral.	
<b>IPAS México, AC</b>	\$350k	7/16 - 12/18	Promover la inclusión de parteras profesionales y enfermeras obstétricas en la atención a la salud sexual, reproductiva, materna y adolescente en México.	Eventos educativos para compartir tareas con profesionales de la salud y responsables políticos, y estudiantes de medicina, enfermería y partería  Visitas de intercambio a sitios de programas exitosos  Fortalecer la calidad y el contenido de la educación centrándose en la atención continua para las parteras y las enfermeras obstétricas.  Colaborar con ENEO, ESEO, escuela Tlapa, 2 escuelas en SLP para desarrollar herramientas educativas.		Los estudiantes de partería están preparados para participar en tareas compartidas.  Maestros mejor capacitados  Soporte mejorado para equipos de atención médica que incluyen parteras  Redes más sólidas entre estudiantes y profesionales de la salud materna	
<b>UNFPA-LACRO</b>	\$ 290k		1/17 al 12/18	Soporte técnico a 3-5 escuelas de partería adicionales  Visita de estudio a Perú / Ecuador y Costa Rica para aprender de su amplia experiencia en educación de parteras y servicios brindados por parteras con un enfoque intercultural  Preparación de asesores / consultores técnicos nacionales e internacionales para trabajar con México  Asistencia técnica de calidad para políticas, normatividad, incidencia y organización de servicios	Escuelas de partería  Asociaciones de parteras, Secretarías y Departamentos de Salud a nivel federal y estatal, Comité de Maternidad Segura, el GIIP.		
<b>Nueve Lunas</b>	210k — 60%	1/16 - 12/18	Fortalecer la formación y reconocimiento de la partería en México.	Materiales en español sobre partería con enfoque intercultural e integral  Diplomado  Exploración de estrategias legales y políticas para la colaboración efectiva y respetuosa de parteras tradicionales y parteras técnicas	Parteras y estudiantes de partería, docentes, escuelas  Estudiantes de medicina, obstetras y ginecólogos	Mayor comprensión sobre la partería  Relaciones con otro personal de salud mejoran.  Base común de conocimiento entre los programas de formación  Mejores opciones de servicio para mujeres  Mejor calidad de atención  Opciones de atención primaria fortalecidas	NA
<b>CASA</b>	500k —	5/14 -	Ampliar las opciones de	Intercambios con autoridades	Médicos y parteras en nivel	80% parteras con salarios	

	100%	4/17	capacitación de alta calidad disponibles a través de la tecnología de la información.	TA para abrir escuelas 10 parteras líderes como formadoras  Ayudar a desarrollar programas de capacitación en Guerrero y San Luis Potosí.	primario  Estudiantes de medicina	dignos y condiciones de trabajo  Programas de entrenamiento adicionales estilo CASA	
<b>CASA</b>	75k	10 meses: 3/18 - 12/18	Contactar a los estados que han comenzado a crear programas de capacitación e integrar a las parteras en sus servicios, y avanzar en el trabajo de incidencia para establecer hasta ocho centros de excelencia para la capacitación previa al servicio.	Cultivando a 100 nuevos campeones de siete estados que participarán en talleres cortos sobre tecnologías de la información, salud y derechos de las mujeres, partería y sistemas de liderazgo y salud, y trabajarán con CASA para promover la partería a nivel local.  Se proporcionará más información general a otros 2,000 profesionales de la salud pública y estudiantes a través de una sesión en persona de un día y un curso introductorio en línea de 10 horas sobre la partería y su potencial para mejorar la salud materna.  Una campaña de comunicaciones de abril a diciembre que alentará a las mujeres, las familias y las comunidades a buscar atención de partería en el sistema de salud pública	Voceros y promotores de la partería profesional  Profesionales de la salud  Mujeres, familias, comunidades	Donativo anterior:  permitió a CASA compartir su modelo con varios estados, desarrollar e implementar el curso virtual y fortalecer los contactos con Veracruz, que parece estar listo para comenzar un programa a nivel universitario y un plan para el despliegue.	Guerrero, Morelos, Oaxaca, Veracruz y otros.
<b>CISC</b>	300k — 100%	4/14 - 3/17	Promover el desarrollo de un programa de capacitación de partería a nivel universitario con un enfoque en los derechos humanos de las mujeres.	Negociaciones para desarrollar el programa e informar el contenido  Campaña de concientización	Autoridades de la UNICH  Autoridades estatales de salud y educación	Nuevo programa de partería universitario  Mayor conciencia de la necesidad de parteras	Chiapas
<b>UNFPA</b>	600k — 80%	10/15 - 8/18	Estrategia integral para fortalecer la partería en coordinación con el GIIP	Capacitación de recursos humanos para partería, acceso a servicios, calidad de atención	Autoridades responsables de alto nivel	Expandido:  Opciones de entrenamiento  Disponibilidad de servicios  Demanda  Mejor calidad de atención	Oaxaca, Morelos, Tlaxcala, Hidalgo
<b>CIMlgen</b>	500k — 20%	1/16 - 12/18	Formación e incorporación de enfermeras perinatales con competencias de modelo de partería en equipos de salud multidisciplinarios en el nivel primario en Tlaxcala	Fortalecer el modelo propio de CIMlgen  Capacitar a 33 especialistas perinatales (EEPS).  Apoyo de seguimiento para ellas una vez en centros de salud  Algunos EEPS seguidos en otros estados  INSP documentará y evaluará.	Enfermeras obstetras  Personal en CIMlgen  Funcionarios estatales de salud para que permitan la atención de nacimientos a primer nivel  Miembros del equipo de salud en centros de salud	Prácticas mejoradas en CIMlgen  Inserción exitosa de enfermeras perinatales en el 25% de los centros de salud en Tlaxcala  Inserción exitosa de otras enfermeras perinatales en otros estados	Tlaxcala

					Autoridades y otros que podrían replicar el modelo en otros estados	Equipos de salud que apoyan a las parteras enfermeras perinatales  Las autoridades locales apoyan a las parteras profesionales que asisten a los partos.	
<b>Sakil Nichim Antsetik</b>	265k — 20%	8/15-7/17	Promover la inserción de parteras profesionales indígenas en los servicios.	Identificar los canales viables y las estrategias necesarias para promover la inserción de parteras profesionales indígenas en los servicios de salud.  Motivar a las jóvenes indígenas a estudiar partería profesional.	Autoridades locales y personas clave en las comunidades	Mayor inserción de parteras profesionales en el nivel primario en los diez municipios  Mayor interés en estudiar partería profesional por parte de jóvenes indígenas  Solicitudes de autoridades de parteras profesionales  Convenios entre autoridades estatales y municipales	10 municipios en Chiapas
<b>Population Council</b>	50k — 20%	7/16 - 10/16	Mapeo de servicios de partería y programas de formación en el sector privado.	Estudio exploratorio de los servicios de partería en el sector privado  Entrevistas con: - Actores clave - Mujeres en edad reproductiva que buscan servicios privados - Directores administrativos y académicos de instituciones de educación superior  Revisión de las descripciones de puestos y condiciones de las parteras en instituciones privadas	Personal especializado  Público en general	Conocimiento sobre las opciones del sector privado para la formación e inserción	NA
<b>OPS</b>	390k — 20%	7/15 - 12/18	Modelo integral de partería para fortalecer las políticas públicas, contribuir a ayudar al CNEGySR a reducir la mortalidad materna mediante la definición e incorporación de un modelo de partería	Posicionamiento de CNEGySR a través de un modelo integral de partería profesional  Ejemplo piloto o de caso de parteras enfermeras perinatales en Tlaxcala y luego en otros dos estados  Documentar y compartir experiencias, tres foros locales y un foro nacional	Autoridades responsables  LEOs y EEPs	Apoyo político a la iniciativa	Tlaxcala y otros dos estados

### Apartado 3: Interrogantes de la Evaluación

<b>ACTORES Y ESFUERZOS PARA PROMOVER LA PARTERÍA</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características de los esfuerzos para promover la partería a nivel estatal y nacional (número, composición, diversidad)?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Quiénes son sus líderes y detractores, y cuáles son sus fortalezas y debilidades?</li> <li>➤ ¿Qué grupos o voces están ausentes en el liderazgo de estos esfuerzos?</li> </ul> </li> </ul>
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tan efectivos son los esfuerzos para avanzar en la práctica de la partería?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuántas iniciativas han sido promovidas, con éxito o sin éxito?</li> <li>➤ ¿Cuáles son los principales logros (campañas, consensos, visibilidad, fuerza y claridad del mensaje, influencia sobre quienes toman las decisiones o los líderes de opinión)?</li> </ul> </li> </ul>
Obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué desafíos u obstáculos (incluyendo tensiones o líneas de fractura) deben superar estos esfuerzos para ser más efectivos?</li> </ul>
Legitimidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las percepciones de la población objetivo (mujeres, familias, proveedores de servicios de salud, autoridades responsables) sobre la partería en contraste con el modelo clínico actual?</li> <li>• ¿Qué conocimiento, actitudes y / o prejuicios tienen con respecto a los diferentes tipos de parteras?</li> </ul>
Demanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida las mujeres de diversos orígenes socio económicos y culturales buscan o desean servicios de parteras, y de qué tipo?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores que influyen en esa demanda?</li> <li>• ¿Qué información u opciones los haría más propensas a solicitar atención de partera?</li> </ul>
Teorías de cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensan los actores clave que se necesita para mejorar la efectividad de los esfuerzos para promover la partería?</li> </ul>
<b>MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué políticas, normas y prácticas (a nivel federal, estatal y de jurisdicción de salud) influyen actualmente en el acceso a un modelo de atención de partería?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué aspectos de la política y el entorno normativo apoyan la práctica de la partería?</li> <li>➤ ¿Qué políticas, normas o prácticas obstaculizan la implementación plena del modelo de partería?</li> <li>➤ ¿Qué hace falta?</li> </ul> </li> </ul>
Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué conocimientos, actitudes o percepciones tienen los diseñadores de políticas públicas y las autoridades responsables sobre las diferentes formas de partería?</li> <li>• ¿Qué factores (por ejemplo, datos, investigación, supuestos, prejuicios) influyen en estas percepciones?</li> </ul>
Necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué datos o investigaciones se necesitan para influir en los tomadores de decisiones para que apoyen más el modelo de atención de partería?</li> </ul>
Teorías de cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensan los actores clave que se necesita para crear un entorno normativo y de políticas públicas más facilitador?</li> </ul>
<b>EDUCACIÓN, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué escuelas y modelos de formación / educación existen en México?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo se enseñan los conocimientos y las habilidades en cada uno?</li> <li>➤ ¿Cuál es el perfil del personal docente en los diferentes modelos de formación / escuelas (formación, género, etnia, carga de trabajo, etc.)?</li> </ul> </li> </ul>

Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuál es el perfil de los estudiantes que asisten a diferentes modelos de formación / escuelas?</li> <li>➤ ¿Cuáles son las estructuras financieras, de reclutamiento, de finalización y de inscripción?</li> <li>• ¿Qué procedimientos o enfoques existen para la acreditación de escuelas o programas de formación?</li> <li>➤ ¿Cuáles son los pasos para la acreditación de los programas?</li> <li>➤ ¿Cuáles de estos pasos se cumplen con regularidad?</li> <li>• ¿Qué procedimientos o enfoques existen para la certificación de parteras?</li> <li>➤ ¿Cuáles son los pasos en la certificación de las parteras?</li> <li>➤ ¿Cuáles de estos pasos se cumplen con regularidad?</li> <li>• ¿Qué vías de educación continua existen?</li> </ul>
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la capacidad actual de formación y la posibilidad de satisfacer la demanda de parteras (personal, infraestructura, etc.)?</li> </ul>
Necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántos y cuáles de los estándares de conocimiento y habilidades de partería de la CIM-OMS cumplen cada escuela o programa?</li> </ul>
Teorías del cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué se necesita para ampliar la capacidad de capacitación en el futuro (espacio, reclutamiento, etc.)?</li> <li>• ¿Qué necesitan los programas de formación para cumplir con los criterios que por ahora no cumplen?</li> <li>• ¿Qué se necesita para ampliar o mejorar los procesos de acreditación y certificación?</li> <li>• ¿Qué modalidades de educación continua se necesitan?</li> </ul>
<p><b>EMPLEO E INSERCIÓN</b></p>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántas y qué tipos de parteras se emplean actualmente o interactúan con el sistema de salud, y en qué circunstancias?</li> <li>• ¿Cuáles son sus condiciones de empleo (por ejemplo, salario, beneficios, contratos, estructura del equipo médico) y en qué tipo de actividades participan los diferentes tipos de parteras?</li> <li>• ¿Cómo interactúan las parteras tradicionales con el sistema de salud?</li> </ul>
Calidad de interacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la calidad de la interacción entre el personal médico y los diversos tipos de parteras?</li> <li>➤ ¿En qué se diferencian las interacciones entre los distintos tipos de personal médico y los distintos tipos de parteras?</li> </ul>
Necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué obstáculos o desafíos existen para la inserción e interacción de alta calidad entre las parteras y el sistema médico? ¿Cómo se pueden superar?</li> </ul>
Potencial de expansión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué factores contribuyen a una inserción y una interacción exitosas?</li> <li>• ¿Cómo se podría expandir la inserción y la interacción exitosas?</li> </ul>
Teorías de cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensan los actores clave que se necesita para garantizar la inserción y la interconexión de alta calidad de las parteras en el sistema de salud?</li> </ul>
<p><b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA / NEONATAL</b></p>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida el modelo biomédico de atención cumple con los estándares de la OMS de atención obstétrica?</li> <li>• ¿En qué medida el modelo biomédico de atención satisface las necesidades de las mujeres?</li> <li>• ¿Qué costos (para las mujeres y el sistema de salud) están asociados con cada opción?</li> </ul>
Calidad de los estándares de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la calidad del continuo de la atención que brindan los diferentes tipos de parteras y personal médico?</li> <li>• ¿Cuáles son los obstáculos para una mejor calidad de atención?</li> </ul>

atención.	
<b>RESULTADOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL</b>	
Resultados comparativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo varían los resultados de salud materna y neonatal entre los diferentes modelos de atención que incluyen opciones de partería y de atención médica? Los resultados incluyen: número de cesáreas / nacimientos totales, mortalidad y morbilidad neonatales (asfixia, etc.), mortalidad y morbilidad materna (preeclampsia / eclampsia, hemorragia, sepsis, distocia), etc.</li> </ul>

#### **Apartado 4: Integrantes del Comité Asesor de la Evaluación**

Cristina Alonso, Luna Maya AC

María Luisa Becerril, CIDHAL

Lina Berrio Palomo, Kinal Antzetik, CONACyT-CIESAS

Mari Cruz Coronado, Escuela de Partería / Partera

Daniela Díaz, FUNDAR

Javier Domínguez del Olmo, UNFPA (en la línea de base)

Elsa Santos, UNFPA

Blanca Rico, UNFPA

Guadalupe Hernández, ENEO, UNFPA

Fernando Jiménez Jiménez, gineco-obstetra, ex director de la Clínica Santa Catarina

David Meléndez, CPMS-M

Félix Ángel Quintero Michel, gineco-obstetra, Servicios de Salud de Oaxaca

Hilda Reyes, CNEGySR

Regina Tamés, GIRE

María Eugenia Torres, CASA

Sebastiana Vásquez, partera empírica / tradicional.

Raffaella Schiavon, consultora, ex coordinadora CPMS-M, ex directora de IPAS

Silvia Roldán, Servicios de Salud Tabasco

Hernán García, DGPLADES / MDTI (renunció después de la línea de base)

## **Apartado 5: Lista de colaboradores**

### **BAJA CALIFORNIA**

EEP Dayeny Salas

### **CHIAPAS**

Dr. Marcos Arana

Dr. Octavio A. Coutiño Niño

Lic. Mariana Fernández

Dra. María del Rosario Fuentes Quiroz

EEP Guadalupe Marbell Gómez Estrada

Partera Otila Gómez Morales

Dr. Fernando Javier López Molina

Dr. Franco Arturo Mariscal Ochoa

Dra. María de Lourdes Martínez Arellano

Partera Técnica Carolina Maricela Menchú Pérez

Dra. Dania Citlalli Molina Palacios

EEP Fabiola Ortiz

LEO Rosario Alejandra Rincón Pérez

LEO Marta Patricia Rincón Pérez

Lic. Pilar Victoria Rosique Ávila

Dra. Irene Ruiz Pérez

Dra. Dase Yuridia Villafuerte

### **CHIHUAHUA**

Dra. Daisy Acevedo Mendoza

LE Rosa Alba Arrellanes

Dr. Ernesto Ávila Valdez

Dra. Mirna Florencia Beltrán Arzaga

LEO Ariadna Benítez Guzmán

Partera Técnica Mariana Esparza Esparza

Enfermera Anareli Espino

EG Ramona Argelia Guerrero Yáñez

Dr. Federico Hidalgo Hernández

Partera Técnica Deysi Judith Ibarra Castañeda

Maestra en Enfermería María Pulido Chaparro

Dr. Pedro Matías Ramírez Godínez

Gloria Ramírez Salayandía

Partera Técnica Gabriela Ríos Julián

LEO Laura Leonor Roach Corral

Partera técnica Zaida Yesdith Servín Ramos

Yolanda Villalobos Molina

### **COLIMA**

Partera Técnica Maya Pineda

### **FEDERAL**

Dr. Daniel Aceves Villagrán

Dr. José Alejandro Almaguer González

Dr. Isidro Ávila Martínez

Mtra. Ma. De Lourdes Casillas Muñoz

Dr. Andrés Castañeda Prado

Lic. Eduardo Cervantes Piña

Partera técnica Mari Cruz Coronado Saldierna

Lic. Daniela Francisca Díaz Echeverría

Dr. Hernán José García Ramírez

Dr. Sebastián García Saisó

MPH Nadine Goodman

EEP Guadalupe Hernández Ramírez

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dr. Edgard Alfonso Herrerías Alfaro

Dr. Juan Carlos Ledezma Vásquez

Mtra. Claudia Leija Hernández

Lic. Eugenia Likar

Mtra. Silvia Loggia

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner

Lic. en Enfermería Juana Elisa Martínez Coronado

Dr. David Mariano Meléndez Navarro

Dr. Alejandro Mota Quintero

Dra. Hilda Reyes Zapata

Lic. Severino Rubio Domínguez

Lic. Nancy Salmerón

Mtra. Regina Tamés Noriega

Dr. Víctor Manuel Villagrán Muñoz

### **AGENCIAS MULTILATERALES**

Act. Elsa Santos Pruneda

Dra. Cecilia Acuña

### **GUANAJUATO**

Partera Técnica María Eugenia Torres

### **GUERRERO**

Dra. Elia América Alarcón Herrera

Dr. Rubí Álvarez Nava

Partera Técnica Sandra Ambriz Alencastro

Dr. Mario de Jesús Balcázar López

Dra. Lina Berrio

Dr. Armando Bibiano García

EEP Sandra Gabriela Blanco Covarrubias

Mtro. Carmelo Calixto

Dr. Carlos De la Peña Pintos

Partera Técnica Orferina Espinobarros Urbano

Dr. Víctor Manuel Galeana Camacho

Lic. Samuel Galindo Villegas

EEP Geovanny García Adame

Dr. Juan Carlos Hernández Luna

Enfermera Especialista Perinatal Anaid Maldonado

Funter

Partera técnica Elizabeth Melgarejo

Dra. Yaret Wendoline Molina Juárez

EEP Alicia Morales Castro  
Partera Técnica Carolina Morales Villalba  
Dra. Maribel Orozco Figueroa  
Dr. Rodolfo Javier Orozco Mendoza  
Dr. Tomás Patiño Castro  
Partera Técnica Silvia Rivera Dircio  
Enfermera Especialista Perinatal Yolanda Romualdo  
Villegas  
Dr. Armando Salgado Vásquez  
Enfermera Especialista Perinatal Graciela de la Sancha  
Sarabia  
Dr. Oscar Velasco González  
EEP Merilín Villagómez Chico

### **HIDALGO**

Dra. Mayra Gabriela Adame Salazar  
Dra. Julio Márquez

### **CIUDAD DE MÉXICO**

EEP Lucia Illescas  
LEO Ma. Teresa Alcántara Sordo  
EEP Rocío Arzate Baltazar  
EEP Fernando Barrera Ortiz  
LEO Christian Contreras Solares  
EEP Karina Domínguez Omaña  
EEP Ariadna Domínguez Pérez  
Pasante LEO Susana Galicia Sánchez  
Dr. David García Vásquez  
Mtra. Patricia González Ramírez  
Lic. Guadalupe Herrera  
Dra. Elba Jiménez Jiménez  
Mtra. Guadalupe Leyva Ruíz  
LEO Ángel Ignacio Mendoza  
LEO Leticia Monter Aldana  
LEO Elizabeth Páez Martínez  
LEO Martha Patricia Pérez Pérez  
EEP Andrea Salazar Pérez  
LEO Irma Beatriz Sánchez  
Dr. Patricio Sanhueza Smith  
EEP Claudia Paula Uvario Trejo

### **ESTADO DE MÉXICO**

EEP Victoria Acalicia Hernández  
EEP Sara Alvarado Herrera  
Dr. Carlos Esteban Aranza Donis  
EEP Elvira Argueyo Hernández  
EEP Lucía Vianet Bolaños Arrieta  
Enfermera Diana Karen Calderón Ruiz  
Mtra. Enf. María Virginia Campos Muñoz  
EEP Maritza Castro Martínez  
LEO Patricia Cayetano Navarrete  
LEO Natalia Chaparro Martínez

LEO Lizbeth Guadalupe Cortez Benito  
Lic. Enf. María Teresa Dimas Sánchez  
LEO Rosalía Flores Lazcano  
Dra. Monserrat Stephanie Flores Pérez  
LE Maribel García Ramírez  
EEP Iliana García Reyes  
EEP Lucina García Rodríguez  
EEP María del Carmen González Aguirre  
LEO Rosa González Noguez  
Dra. María de Jesús González Zepeda  
Dra. María del Rosario Gutiérrez Mira  
EEP Viridiana Guzmán Cintora  
LEO Varela Hernández  
Dr. Sinuhé Nahúm Hernández González  
LEO Paulina Hernández Pérez  
Lic. Psi. Iliana Iriarte Mercado  
LEO Mónica Yvetti Mares Martínez  
Partera técnica Elizabeth Maya Martínez  
Dr. Jorge Luis Martínez López  
Dr. Miguel Ángel Martínez Pérez  
EG Mireya Guadalupe Medina Pacheco  
Mtra. Laura Montiel Paredes  
LEO Nadia Morales Carrillo  
LEO Karla Paola Muñoz Vázquez  
EEP Beatriz Adriana Nieto Del Ángel  
LE Domínguez Nipsia Pérez  
EEP Raquel Antonia Ojeda Solano  
Ing. María Yolanda Pérez Sánchez  
LEO Fátima Adriana Pérez Ramírez  
EEP Mindalay Plata García  
EEP Cinthia Puente Romero  
EEP Claret Ramos Mera  
EEP Carolina Yolotzin Robledo Zarate  
EEP Armynda Rojas Tapia  
Mtra. Enf. Isabel Ruiz Albarrán  
Alejandra Yovany Ruiz Navarrete  
Dra. Miriam Yajaira Ruiz Nieves  
Dr. Ángel Salinas Arnaut  
Dr. Juan Ernesto Sánchez Tapia  
EEP Lucero Tapia Martínez  
EEP Verónica Nayelli Téllez Bernal  
EEP Fabiola Tenorio Núñez  
EEP Rosa Carmina Vargas Hernández  
Dr. Juan Adrián Vences Martínez  
Dra. Martha Villegas Jiménez

### **MICHOACÁN**

Antropóloga Iris Meza

### **MORELOS**

Lic. María Luisa (Magua) Becerril  
Dra. Irma Karina Blanco Barranco

Mtra. Eunice Botello Marín  
Dr. Salomón Covarrubias Martínez  
EEP Armida Díaz Fuentes  
Dra. Mitzi Guadalupe Domínguez Padilla  
LEO Lucila García  
Dr. Roberto González Carcaño  
Dr. Ulises Hernández Alvarado  
Mtra. Soila Isabel Hernández Delgado  
Mtra. María de los Ángeles Hernández Taboada  
EEP Ana Leidy López Muñoz  
EEP Mariela Miranda  
EEP María Concepción Reynoso Vallejo  
EEP Abigail Rivera Espinosa  
EEP Laila Yanet Rodríguez Gutiérrez  
LEO Karla Ruiz  
LE María de Jesús Solano Benítez  
Mtra. Beatriz Torres Santiago

### **OAXACA**

Antropóloga Virginia Alejandre  
Partera técnica Rafaela López  
Dra. María del Pilar Nava Ramírez  
Dr. OBY Anastacio Rodríguez Antonio  
Dr. Alfredo Zetina

### **PUEBLA**

Dr. Pablo Barrientos Juárez  
Dr. Juan Alberto Carrasco Villanueva  
Dra. Rosaura Cervantes Contreras  
Dra. Rachel Herrera  
Dra. Elizabeth Guadalupe Laúg García  
Dra. María de Jesús Ortega Anselmo  
Partera Técnica Minerva Rosales Flores  
Partera Técnica Amada Texca Cocone  
Dra. Lidia Valdovinos Salas  
Dr. Erik Iván Villa Campis

### **QUERÉTARO**

LEO Karla Aguilar Vázquez  
Dra. Ana Lilia Castro Morfín  
EEP Elizabeth Hernández  
Dra. María Martina Pérez Rendón  
Dr. David Ramos García  
LEO Marian Rojas Martínez  
Dr. José Francisco Villena Tovar

### **QUINTANA ROO**

EEP Nancy Francelia Aguilar  
MSP Hilda Arau Montero  
Dr. Luis Ángel Blanco  
Dr. Ulises Ricardo Fraile Escamilla  
EEP Maricela García López

EEP Mercedes González López  
LEO María Elizabeth López  
EEP Jessica López Granados  
Dra. Liliana Martínez  
EEP Yuridia Monjaraz  
LEO Claudia Massiel Pérez Islas  
EEP Mitzi Carolina Reyes  
Dra. Denisse Soto Martínez  
Partera Sabrina Speich  
Dr. Mario Tafolla García

### **SAN LUIS POTOSÍ**

Dr. Christian Alemán Muñiz  
Partera técnica Karen Cruz Morales  
Partera técnica Angélica Duran González  
Partera Técnica Kenia del Carmen Fuentes Martínez.  
Dra. Mayra Socorro Hernández Martínez  
Partera técnica Leticia Mendoza García  
Dra. Bárbara P. Piña Zamora  
LEO Fernando Ramos Camarillo  
Dra. Erika Alejandra Rodríguez de la Garza  
LEO Helen Sánchez Herrera  
L.E. y MSP Aldo Schiaffino Pérez  
Dra. Elisa Vásquez Govea

### **TABASCO**

Dr. Cuauthli Barrera Gómez  
Dra. Jenny Campos García  
Partera Técnica Rosa Angélica Cerda Reyna  
LEO Estrella Crisóstomo  
Dr. Eduardo Herrería  
LEO Ma. Dolores Macía Bernal  
Dr. Julio Alonso Manzano Rosas  
Partera técnica Gardenia Onorato Enríquez  
Dra. Vigdalia Ricardez Vargas  
Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández  
Partera Técnica Ma. de los Ángeles Salvador Morales  
Dr. Juan Antonio Torres  
Partera técnica Laura Narai Trujillo Martínez  
EEP Norma Avalos Salazar

### **TLAXCALA**

EEP Verónica Estefanía Cosío Durán  
EEP Agustina Flores Pérez  
EEP Oscar García Ramírez  
EEP Ana Karen González Castañeda  
Dr. Godofredo Hernández Roldán  
EEP Leticia Ibarra Pérez  
EEP Teresa Juárez Flores  
Dr. Nery Luna Checa  
Dr. Efrén Samuel Orrico Torres  
EEP Cozbi Eva Pérez Pérez

EEP Emigdia Ramos Luna  
Dra. Claudia Salamanca Vázquez  
EEP Justina Sánchez De La Rosa  
EEP Reyna Torres Vázquez

## **VERACRUZ**

Enf. quirúrgica Guadalupe Andrés Gamino  
Dra. Blanca Mercedes De la Rosa Montaño  
Partera técnica Nelcy Ana Alicia Flores Cruz  
EEP Luz Yasmín García  
Dra. Irene Hernández Cuevas  
Dra. Beatriz Juárez Martínez  
EEP Carmen Márquez  
EEP Catalina Martínez Castillo  
EEP Asunción Martínez Cuevas  
Dr. Emilio Pelayo Hernández  
Partera técnica Luz Yesenia Reyes Arellano  
Dr. Gabriel Riande Juárez  
Dr. Dr. José Antonio Rivera  
Partera técnica Nohemí Salazar Bello  
Dr. María Luisa Sánchez Murrieta  
Lic. Enf. Albina Texon Fernández  
EEP Ma. Teresa Tlaxcalteco Suárez  
Partera técnica Carmen Velásquez Garcilazo.

## Apartado 6: Comparación de documentos normativos

<p>NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 07-04-2016</p>	<p>Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y manejo del parto de bajo riesgo. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08 (2014)</p>	<p>Guía de Implantación – Modelo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque intercultural, humanizado y seguro (MTyDI)</p>	<p>Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE-SMP) 2013-2018 del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR)</p>
<p><i>Establece criterios mínimos de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado.</i></p>	<p><i>Son elementos de rectoría cuyo objetivo es favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basados en evidencia científica; reconocidas por el Sistema Nacional de Salud. No tiene carácter obligatorio.</i></p>	<p><i>Modelo basado en las recomendaciones de la OMS, evidencia científica, derechos humanos y el marco normativo mexicano, dirigido al personal de los servicios de salud, con el fin de mejorar la calidad técnica; no tiene carácter obligatorio.</i></p>	<p><i>Instrumento de política nacional sobre salud materna y perinatal.</i></p>

### Prácticas basadas en la evidencia científica

<p>Acompañamiento continuo a la mujer por una persona de su elección</p>		<p>Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible (p. 23)</p>	<p>Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades) (p.26). Estimula la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto... Esto le brinda seguridad, reduce el tiempo de trabajo de parto y aumenta la satisfacción de la usuaria. (p. 71)</p>	
<p>Libre deambulación durante el trabajo de parto</p>	<p>5.5.5. Propiciar la deambulación alternada con reposo... para favorecer el trabajo de parto... en tanto que no exista contraindicación médica.</p>	<p>Deambular en la primera etapa (fase activa) del parto reduce la duración del trabajo de parto y no parecer estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido. (p. 33)</p>	<p>Acompaña a la mujer en la deambulación y péndulo, instruyendo sobre el mismo. La deambulación y la adopción de posiciones agiliza la progresión del trabajo de parto... siempre bajo la atenta mirada de la persona responsable. (p. 73)</p>	

Posición elegida al momento de la expulsión	5.1.12. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin.	Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación (p. 41) .... La posición vertical podrá ser recomendada cuando la paciente lo solicite y que la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura... Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual. (p. 42)	Explica a la mujer las diferentes posiciones que puede elegir durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento, explicando cómo puede utilizar los implementos (mesas y bancos obstétricos). (p. 72)	
Contacto inmediato piel a piel	5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida... cuyas condiciones de salud lo permitan.	Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos. (p. 62)	Atiende de manera inmediata al recién nacido, asegurando favorecer el contacto inmediato piel a piel... colocándolo/a sobre el abdomen o pecho de la madre... (p. 76)	
Corte retardado del cordón umbilical	5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros...	Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical... (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. (p. 47)	Corta el cordón umbilical sin prisas... esperando de uno a tres minutos a que hayan cesado las pulsaciones del mismo, o hasta que se regularice su respiración, mientras el (la) bebé se encuentra con su madre. (p. 77)	
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis		No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso.... (p. 25)	Evita canalizar a la mujer de manera rutinaria y obligatoria (venoclisis), para con ello facilitar su deambulación y movilidad. Aplicará la venoclisis sólo cuando se identifiquen factores de riesgo. (p. 73)	
Evitar suministro rutinario de oxitocina durante el trabajo de parto		Es recomendable que las mujeres con embarazo normal que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas en fase latente para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas innecesarias, uso de oxitocina...) (p. 19).	La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural... También se ha identificado científicamente que el apego y lactancia inmediatos producen oxitocina y favorecen el alumbramiento de la placenta. (p. 51)	

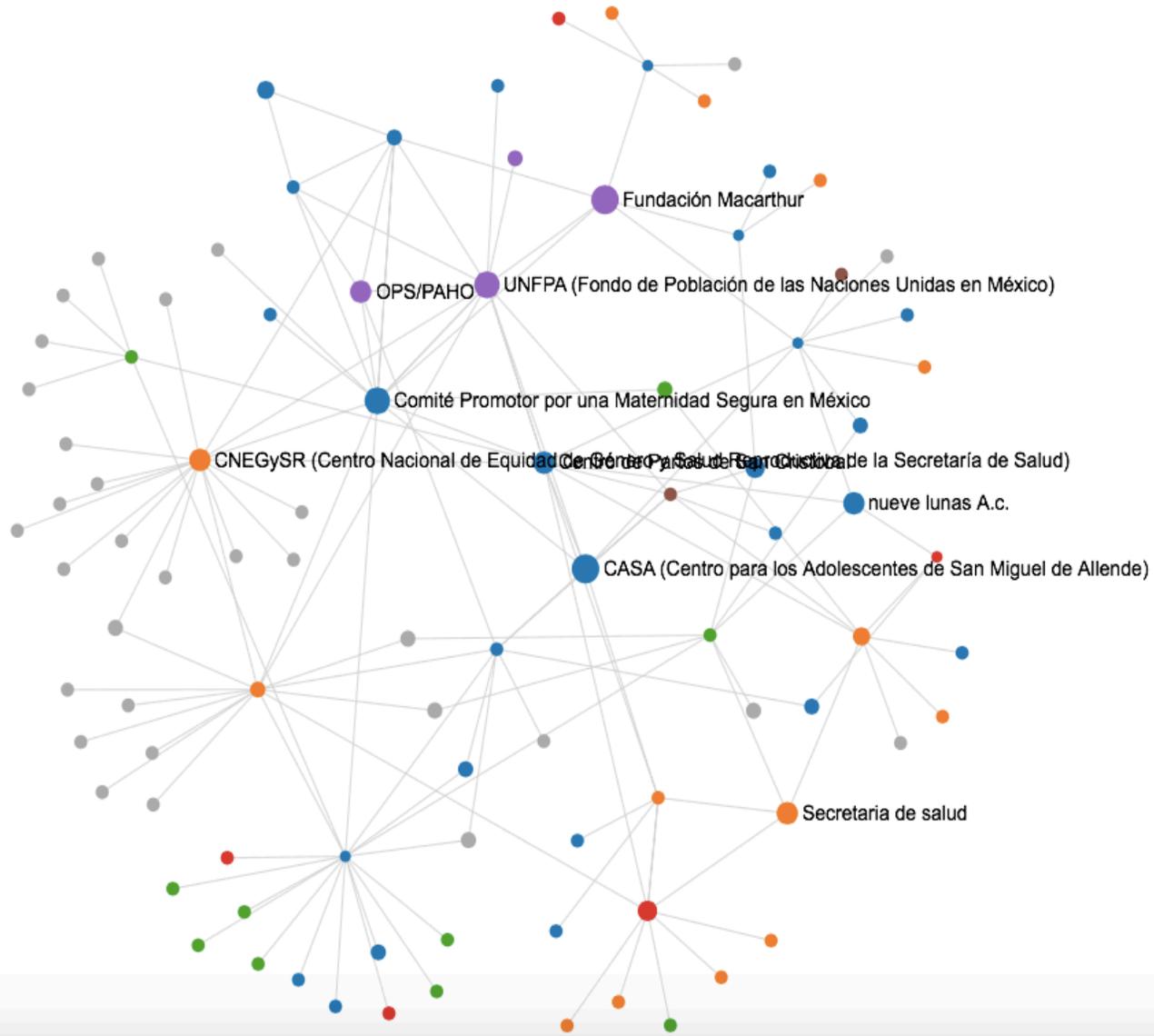
Evitar la ruptura artificial de membranas	5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de la membranas se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias...	Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario (p. 39)	Realiza la inducción del trabajo de parto sólo en complicaciones potenciales (p. 72)	
Evitar la tricotomía (rasurado púbico)	5.5.9 ...la tricotomía vulvo perineal..., no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera.	Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva. (p.27)	El rasurado púbico... solo lo realiza bajo indicación médica en preparación de cirugías específicas y no de manera rutinaria en la atención del parto. (p. 72)	
Evitar aplicación de enemas	5.5.9 la aplicación de enema evacuante..., no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera.	No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.... debe realizarse sólo por indicación médica e informando a la paciente (p. 28)	... la aplicación de enemas, solo la realiza bajo indicación médica en preparación de cirugías específicas y no de manera rutinaria... (p. 72)	
Evitar la episiotomía de rutina, favoreciendo otras formas de preparación del perineo	5.5.9 Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica...	Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarres de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía. (p. 43)	Valora el periné y vagina para definir la necesidad de aplicar episiotomía y no aplicarla de rutina. (p. 76)	
Evitar la revisión manual rutinaria de cavidad uterina sin anestesia	5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria ...	No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica, endometritis y dolor en la paciente (p. 59)	Indica y realiza sólo cuando se requiere... de acuerdo a los signos de retención de tejido placentario y membranas, siempre bajo anestesia y nunca en forma rutinaria. (p. 78)	
Postura respecto a las parteras	5.1.11 Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por <b>enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.</b>	Lic en Enfermería perinatal (p. 10)  Usuarios potenciales (de la GPC): Médico General, Ginecólogo y Obstetra, Urgenciólogos, Enfermeras, <b>Parteras</b> y personal de salud en formación... (p. 10)	Estas competencias son aplicables para el personal que atiende el parto, ya sea médico, <b>enfermera o partera.</b> (p. 65)	La estrategia habla de "madrinas comunitarias" y la necesidad de capacitación por parte del personal de salud para asegurar un acompañamiento efectivo. (p. 45) Menciona el equipo y los suministros necesarios para la preconcepción, la atención prenatal y perinatal, así como para <b>parteras tradicionales</b> (p. 46)

## Apartado 7: Mapas de conectividad de LOME

### Mapa LOME 2015



### Mapa de conectividad de LOME 2018



## **ANEXO B: NUMERALIA, CUADROS Y FIGURAS**

**Cuadro 1: Personas entrevistadas en 2015 y 2018 por Estado**  
(Incluye una serie de entrevistas exploratorias excluidas de los análisis cuantitativos)

Estado	Año	Total	Funcionarios federales	Funcionarias estatales	Directivos de programas educativos	Directivos de hospitales	Personal médico (solo en 2015)	Parteras	Mujeres usuarias de los servicios	Actoras (sociedad civil, académicas, agencias transnacionales)
Baja California		—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Chiapas	2015	15	—	3	1	3	1	5	—	2
	2018	18	—	5	1	3	—	4	1	4
Chihuahua	2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	24	—	6	0	1	—	10	6	—
Colima	2015	1	—	—	—	—	—	1	—	—
	2018	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Guanajuato	2015	69	—	2	3	2	9	11	41	1
	2018	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Guerrero	2015	43	—	6	3	6	5	9	12	2
	2018	39	—	8	6	4	—	9	11	—
Ciudad de México	2015	75	14	1	6	3	9	15	14	13
	2018	63	18	1	5	2	—	15	11	10
Estado de México	2015	46	—	3	1	3	6	13	20	—
	2018	75	—	13	1	11	—	33	17	—
Michoacán	2015	1	—	—	—	—	—	—	—	1
	2018	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Morelos	2015	9	—	4	1	1	—	1	—	2
	2018	23	—	2	4	2	—	8	6	1
Oaxaca	2015	9	—	5	2	—	1	—	—	1
	2018	4	—	2	2	—	—	—	—	—
Puebla	2015	16	—	1	—	4	3	4	4	—
	2018	19	—	7	—	2	—	3	7	—
Querétaro	2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	9	—	4	—	1	—	2	2	—
Quintana Roo	2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	19	—	4	1	2	—	7	4	—

**Cuadro 1: Personas entrevistadas en 2015 y 2018 por Estado (continuación)**

Estado	Año	Total	Funcionarios federales	Funcionarias estatales	Directivos de programas educativos	Directivos de hospitales	Personal médico (solo en 2015)	Parteras	Mujeres usuarias	Actoras (sociedad civil, académicos, agencias multilaterales)
San Luis Potosí	2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	24	—	3	1	4	—	4	12	—
Tabasco	2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2018	23	—	7	—	1	—	9	8	—
Tlaxcala	2015	23	—	8	—	4	6	5	—	—
	2018	20	—	3	—	2	—	9	7	—
Veracruz	2015	20	—	—	—	4	6	2	8	—
	2018	37	—	4	—	4	—	10	18	—
Totales	2015	327	14	33	17	30	46	66	127*	22
	2018	401	18	69	24	36	0	117	110	15

\* Se entrevistó a 29 usuarias adicionales, pero no se dispone de la información precisa de qué Estado del país son residentes..

<b>Cuadro 2: Escuelas y programas de partería, 2015 y 2018</b>			
	<b>2015-2018</b>	<b>2015</b>	<b>2018</b>
<b>TOTAL DE PROGRAMAS</b>	<b>+83%</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
<b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b>	<b>+50%</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
CASA: Escuela de Partería del Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende		Acreditado	Acreditado
Tlapa: Escuela Estatal de Partería Profesional de Guerrero		Acreditado	Acreditado
Río Petate: Escuela Profesional de Partería, Sta. María Petapa, Oaxaca		N/A	Acreditado
<b>PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA</b>	<b>+100%</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Cruz Roja: Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería		Acreditado	Acreditado
Mujeres Aliadas: Escuela Profesional de Partería		N/A	Acreditado
<b>PROGRAMAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (LEO)</b>	<b>+100%</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
ESEO: Escuela de Enfermería Obstétrica, Instituto Politécnico Nacional		Acreditado	Acreditado
ENEO: Escuela Nacional de Enfermería Obstétrica, Universidad Nacional de México		N/A	Acreditado
<b>PROGRAMA DE ESPECIALIDAD PERINATAL</b>	<b>+67%</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
EEP Guerrero: Programa de Enfermería Perinatal Especializada, Centro de Salud de Parto Normal, Chilpancingo, Guerrero		Acreditado	Acreditado
EEP CIMIGen: Programa de Enfermería Perinatal Especializada, Centro de Investigación Materno Infantil, Ciudad de México		Acreditado	Acreditado
EEP Mexicali: Programa de Enfermería Perinatal Especializada, Hospital Materno-Infantil de Mexicali, Baja California		N/A	Acreditado
EEP Atlacomulco: Programa de Enfermería Perinatal Especializada, Hospital Materno de Atlacomulco, Estado de México		N/A	Acreditado
EEP Morelos: Programa de Enfermería Perinatal, Hospital de Mujeres, Yautepec, Morelos		Acreditado	N/A
EEP Tuxtla: Programa de Enfermería Perinatal, Instituto de Estudios Superiores de Enfermería, Chiapas		N/A	Acreditado
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>12</b>

**Cuadro 3: Estabilidad de los programas 2018**

	Inscripciones	Fiscal	Acreditación	Propiedad	Equipo / recursos	% de becas	Fuente de Becas	Efecto de las becas	TOTAL
<b>CLAVE*</b>	<i>1 = Por encima de la media</i>	<i>1 = año a año</i>	<i>todos</i>	<i>1 = Edificio propio o en situación estable</i>	<i>1 = Computadoras e internet para estudiantes</i>			<i>0 = efecto alto, 1 = sin efecto</i>	
<b>Programas técnicos</b>									<b>3.2</b>
CASA	0	0	1	1	1				<b>3</b>
Rio Petate	0	0	1	0.5	1	100%	IIE	0	<b>2.5</b>
Tlapa	1	0.5	1	0.5	0.5	60%	Estado e IIE	0.5	<b>4</b>
<b>Programas universitarios de salud reproductiva y partería</b>									<b>3.25</b>
Cruz Roja	0.5	0	1	1	1	70%	IIE	0	<b>3.5</b>
Mujeres Aliadas	0	0	1	1	1	90%	IIE	0	<b>3</b>
<b>Programas e enfermería y obstetricia (LEO)</b>									<b>6</b>
ENEO	1	1	1	1	1	80%	fuentes interna = estable	1	<b>6</b>
ESEO	1	1	1	1	1	90%	fuentes interna = estable	1	<b>6</b>
<b>Programas de especialidad perinatal</b>									<b>3.7</b>
Guerrero	0	0.5	1	1	1	88%	Algo de salario	0.5	<b>4</b>
CIMIGen	0	0.5	1	1	0.5	100%		0.5	<b>3.5</b>
Atlacomulco	0	0.5	1	1	0	57%		0	<b>2.5</b>
Mexicali	0	0.5	1	1	0.5	40%		0.5	<b>3.5</b>
Tuxtla	0.5	0.5	1	1	1	25%		1	<b>5</b>

*\* Cada elemento se codificó: Inscripciones por encima o por debajo de la media, la tenencia segura del edificio o instalaciones, el financiamiento anual garantizado y los recursos de Internet/computación para los estudiantes. Además, se consideraron el número de becas y la dependencia en las becas, ya que afectan la estabilidad del programa.*

<b>Cuadro 4: Becas 2018</b>					
		<b># Estudiantes</b>	<b># con becas</b>	<b># con becas del IIE</b>	<b>% de estudiantes con becas IIE</b>
<b>Programas técnicos</b>					
	CASA	10	0	—	
	Rio Petate	12	12	12	100%
	Tlapa	68	63	61	90%
<b>Programas universitario de salud reproductiva y partería</b>					
	Cruz Roja	36	25	25	70%
	Mujeres Aliadas	15	14	12	84%
<b>Programas de enfermería y obstetricia (LEO)</b>					
	ENEO	1400	1120	0	0%
	ESEO	543	489	0	0%
<b>Programas de especialidad perinatal</b>					
	Guerrero	16	14	0	0%
	CIMlgen	12	12	12	100%
	Atlacomulco	7	4	4	57%
	Mexicali	15	6	6	40%
	Tuxtla	14	0	0	0%
<b>TOTAL</b>		<b>2148</b>	<b>1759</b>	<b>132</b>	
<b>% del Total</b>			<b>82%</b>	<b>6%</b>	

Cuadro 5: Personal docente								
	Total de personal reportado	Personal médico	Personal de enfermería	Parteras Técnicas	Parteras Empíricas	Directora con el mismo grado	Auto-adscripción indígena	Mujer
<b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b>								
CASA						1		
Tlapa	11	3	2	3	1	1	7	6
Rio Petate	10	6	1	1		1	1	8
<b>PROGRAMAS UNIVERSITARIO DE SALUD REPRODUCTIVA Y PARTERÍA</b>								
Cruz Roja	21	1	9			1	0	15
Mujeres Aliadas	15	10	2	2		0	2	8
<b>PROGRAMAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (LEO)</b>								
ESEO IPN	100s*					1		
ENEO UNAM	120*					1		
<b>PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD PERINATAL</b>								
Guerrero	9	4	5			1	1	6
CIMIGEN	5	2	2			1		4
Mexicali	7	3	3			1		5
Atzacmulco	8	2	2			1		8
Tuxtla						1		
	96	22						56

\* Los directores no pudieron proporcionar números o dar acceso a los vastos archivos del personal.

<b>Cuadro 6: Inscripciones 2015-2018</b>						
	<b>2015</b>	<b>% del total</b>		<b>2018</b>	<b>% del total</b>	<b>Crecimiento</b>
<b>Programas técnicos</b>	<b>80</b>	<b>12%</b>		<b>90</b>	<b>4%</b>	<b>+13%</b>
CASA	20			10		
Tlapa	60			68		
Río Petate				12		
<b>Programas universitario de salud reproductiva y partería</b>	<b>21</b>	<b>3%</b>		<b>51</b>	<b>2%</b>	<b>+143%</b>
Cruz Roja	21			36		
Mujeres Aliadas				15		
<b>Programas de enfermería y obstetricia (LEO)</b>	<b>500</b>	<b>77%</b>		<b>1943</b>	<b>90%</b>	<b>+389%</b>
ESEO	500			543		
ENEO				1400		
<b>Programas de especialidad perinatal</b>	<b>50</b>	<b>8%</b>		<b>64</b>	<b>3%</b>	<b>+100%</b>
Guerrero	19			16		
CIMIGen	13			12		
Mexicali				15		
Atlacomulco				7		
Morelos	18			0		
Tuxtla				14		
<b>TOTAL</b>	<b>651</b>	<b>100%</b>		<b>2148</b>	<b>100%</b>	<b>+330%</b>

<b>Cuadro 7: Satisfacción de la demanda de partería profesional en México</b>						
<b>Nacimientos totales</b>	<b>Partos normales (85%)</b>	<b>20% de los partos normales atendidos por parteras</b>	<b>Número de nacimientos atendidos / año/partera</b>	<b>Demanda de parteras</b>	<b>Producción anual de parteras</b>	<b>Años para satisfacer la demanda de un 20%</b>
2,290,375 <sup>50</sup>	1,946,819	389,364	175 <sup>51</sup>	2225	598 <sup>52</sup>	3.7

<sup>50</sup> Revisión de la población mundial [<http://worldpopulationreview.com/countries/mexico-population/>] (consultado el 9 de diciembre de 2018).

<sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud. 2005. Haz que cada madre y cada niño cuenten. OMS, Ginebra [<https://www.who.int/whr/2005/en/>].

<sup>52</sup> Fuente: Datos de entrevistas y encuestas, producción anual basada en el total de inscripciones dividida por la duración del programa.

**Cuadro 8: Prácticas de formación basadas en la evidencia 2015-2018****Adherencia a 20 de las 22 prácticas**

Fuente: entrevistas con directoras de programas educativos, 2015, 2018.

	<b>2015</b>	<b>2018</b>
<b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>
CASA	100%	100%
Tlapa	100%	100%
Río Petate		95%
<b>PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PARTERÍA</b>	<b>87%</b>	<b>95%</b>
Cruz Roja	87%	91%
Mujeres Aliadas		100%
<b>PROGRAMAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (LEO)</b>	<b>91%</b>	<b>95%</b>
ESEO	91%	91%
ENEO		100%
<b>PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD PERINATAL</b>	<b>87%</b>	<b>96%</b>
Guerrero	87%	100%
CIMI Gen	87%	100%
Mexicali		100%
Atlacomulco		91%
Tuxtla		91%

<b>Cuadro 9: Sitios de campos clínicos</b>	
	Suficiente
<b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b>	
CASA	—
Escuela de Partería Tlapa	No
Río Petate	Sí
<b>PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PARTERÍA</b>	
Cruz Roja	Algunos
Mujeres Aliadas	Sí
<b>PROGRAMAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (LEO)</b>	
ESEO IPN	Algunos
UNAM ENEO	No
<b>PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD PERINATAL</b>	
GRO EEP	Sí
CIMIGEN EEP	No
Mexicali	Sí
Atlacomulco	Sí
Tuxtla	No
(Sí = suficientes sitios de campo clínico, <b>Algunos</b> = algunos sitios permiten a los estudiantes practicar la MBE mientras que otros, no, <b>No</b> = no tienen suficientes sitios de campo clínico)	

<b>Cuadro 10: Número de nacimientos atendidos, requeridos para la titulación 2015-2018</b>		
	<b>NACIMIENTOS REQUERIDOS 2015</b>	<b>NACIMIENTOS REQUERIDOS 2018</b>
<b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b>		
CASA	80	80
Tlapa	30	30
Río Petate		80
<b>PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PARTERÍA</b>		
Cruz Roja	0	40
Mujeres Aliadas		80
<b>PROGRAMAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (LEO)</b>		
ESEO	90	90
ENEO	NA	24
<b>PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD PERINATAL</b>		
Guerrero	60	20
CIMIGen	0	0
Mexicali		60
Atacomulco		30
Morelos	60	
Tuxtla		0

**Cuadro 11: Características de las mujeres usuarias de los servicios de salud**

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Características de las mujeres usuarias.

	<b>2015</b>	<b>2018</b>
Edad media	25	24
DE 7 a 9 años de escolaridad	39%	37%
Educación secundaria	28%	34%
Habla una lengua indígena	8%	17%
Tiene afiliación al Seguro Popular	88%	86%
Sin control prenatal	3 mujeres	8 mujeres
Promedio de consultas prenatales	promedio de más de 6 consultas	Promedio de más de 5 consultas
Primípara	47%	43%
Tuvo un segundo hijo	20%	36%
Parto vaginal	93%	100%
% de partos vaginales con algunas complicaciones obstétricas	8%	7%
% de partos vaginales con algunas complicaciones neonatales	9%	9%
% de las que dieron a luz en un establecimiento público de salud	81%	95%

**Cuadro 12: Entidades federativas y unidades de salud que emplean parteras en 2015 y 2018**

(\* = Sitios donde se implementa el modelo de partería, ♦ = Sitios donde se desarrollan los proyectos pilotos apoyados por la OPS)

Nombre de la Institución	Tipo de Institución	Año	Enfermeras Generales	Enfermeras Obstetras	Enfermeras Especialistas Perinatales	Estudiantes (Servicio social)	Enfermeras Especialistas (otras)	Parteras Técnicas	Parteras Tradicionales	Total
<b>CHIAPAS</b>										
Casa de Maternidad, San Juan Chamula*	Primer Nivel- Clínica de Maternidad	2015	4	2	0	2	0	4	1	13
		2018	0	2	0	0	0	0	0	2
Hospital Angel Albino Corzo *	Primer Nivel-Hospital básico comunitario	2018	0	0	1	6	0	1	0	8
<b>CHIHUAHUA</b>										
Hospital de Gineco-Obstetricia de Parral * ♦	Tercer Nivel-Hospital de Especialidad	2015	-	-	-	-	-	-	-	-
		2018	10	3	0	0	0	1	0	14
Centro Avanzado de Atención Primaria, Guachochi *	Primer Nivel – Centro de Salud	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital General de Guadalupe y Calvo*	Segundo Nivel-Hospital General	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>COLIMA</b>										
Hospital Universitario Regional	Segundo Nivel Hospital Docente	2015	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Materno Infantil Villa de Álvarez* *	Segundo Nivel-Hospital Materno	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>GUANAJUATO</b>										
CASA <sup>53</sup> *	Primer Nivel- Clínica de Maternidad	2015	0	0	0	0	0	8	1	9
Hospital de San Luis de la Paz	Segundo Nivel-Hospital Materno	2015	0	0	0	1	0	0	0	1
Hospital Básico Comunitario San Felipe	Nivel Intermedio-Hospital Básico Comunitario	2015	0	0	0	3	0	0	0	3

<sup>53</sup> Se incluyeron las maternidades de CASA y el CimiGen porque, aun si no pertenecen al sector público han sido pioneras en promover el modelo de partería y desempeñan una función social de releve; CimiGen es además sitio de campo clínico para las enfermeras especialistas perinatales.

Nombre de la Institución	Tipo de Institución	Año	Enfermeras Generales	Enfermeras Obstetras	Enfermeras Especialistas Perinatales	Estudiantes (Servicio social)	Enfermeras Especialistas (otras)	Parteras Técnicas	Parteras Tradicionales	Total
<b>GUERRERO</b>										
Hospital General de Tlapa Comonfort*	Segundo Nivel- Hospital General	2015	0	0	0	0	0	4	0	4
		2018	0	0	0	0	0	3	0	3
Centro de Salud para el Cuidado de Nacimientos de Bajo Riesgo, Alameda, Chilpancingo * ♦	Primer Nivel - Centro de Salud Primaria	2018	0	0	10	0	0	3	0	13
<b>CIUDAD DE MÉXICO</b>										
CimiGen <sup>1</sup> *	Clínica-hospital de Maternidad	2015	0	25	3	5	0	0	0	33
		2018	0	18	7	12	0	0	0	37
Clínica Comunitaria Santa Catarina *	Primer Nivel – Público-Clínica de Maternidad dentro de un Centro de Salud	2015	0	4	7	0	0	0	0	11
		2018	0	4	7	0	0	0	0	11
Hospital General Tlahuac	Segundo Nivel- Hospital General	2015	0	0	2	0	0	0	0	2
<b>ESTADO DE MÉXICO</b>										
Hospital Materno Infantil Josefa Ortíz de Domínguez, Chalco. *	Tercer Nivel- Hospital Materno Infantil	2018	1	0	2	0	0	0	0	3
Clínica de Maternidad Atlacomulco *	Primer Nivel- Público-Clínica de Maternidad	2015	6	14	6	0	0	0	0	26
		2018	14	8	9	0	1	0	0	32
Clínica de Maternidad Cuautitlán *	Primer Nivel- Clínica de Maternidad	2015	0	27	16	0	0	0	0	43
		2018	0	24	13	0	0	0	0	37
Clínica de Maternidad Huixquilucan *	Primer Nivel- Clínica de Maternidad	2018	1	3	12					16
Clínica de Maternidad Ocuilan *	Primer Nivel- Clínica de Maternidad	2018	10	5	1	0	0	0	0	16
<b>MORELOS</b>										
Centro de Salud Sentinela de Tlayacapan *	Primer Nivel- Centro de Salud	2018	0	1	0	0	0	0	0	1

Nombre de la Institución	Tipo de Institución	Año	Enfermeras Generales	Enfermeras Obstetras	Enfermeras Especialistas Perinatales	Estudiantes (Servicio Social)	Enfermeras Especialistas (otras)	Parteras Técnicas	Parteras Tradicionales	Total
Centro de Salud Sentinela de Yautepec * ♦	Primer Nivel- Centro de Salud	2018	0	3	3	0	0	0	0	6
Hospital de la Mujer Yautepec	Tercer Nivel – Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia	2018	0	0	4	0	0	0	0	6
<b>PUEBLA</b>										
Hospital General de Cuetzalan	Segundo Nivel- Hospital General	2015	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Integral San Martín Texmelucan	Segundo Nivel- Hospital General	2015	0	0	0	0	0	1	0	1
		2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Integral Zacapoxtla	Segundo Nivel- Hospital General	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>QUERETARO</b>										
Hospital General Cadereyta *	Segundo Nivel – Hospital General	2018	0	5	0	0	0	0	0	5
<b>QUINTANA ROO</b>										
Hospital General Felipe Carrillo Puerto * ♦	Segundo Nivel – Hospital General	2018	0	0	5	0	0	0	0	5
Hospital Integral “José María Morelos”	Nivel Intermedio- Hospital Comunitario- Integral - Público	2018	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>SAN LUIS POTOSÍ</b>										
Hospital Básico de Comunidad Aquismón ♦	Primer Nivel – Hospital Comunitario Básico	2015	0	0	0	2	0	2	0	4
		2018	0	0	0	0	0	2	0	2
Hospital para niños y mujeres "Dr. Alberto López Hermosa"	Segundo Nivel- Hospital Especializado	2015	0	0	0	0	0	1	0	1
		2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital General Ciudad Valles	Segundo Nivel- Hospital General	2015	0	0	0	0	0	1	0	1
		2018	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>TABASCO</b>										
Hospital Comunitario de Nacajuca * ♦	Primer Nivel – Hospital Básico Comunitario	2018	0	0	0	0	0	5	0	5

Nombre de la Institución	Tipo de Institución	Año	Enfermeras Generales	Enfermeras Obstetras	Enfermeras Especialistas Perinatales	Estudiantes (Servicio Social)	Enfermeras Especialistas (otras)	Parteras Técnicas	Parteras Tradicionales	Total
<b>TLAXCALA</b>										
Estado de Tlaxcala *	12 Centros de Salud de primer nivel, 2 Hospitales Básicos Comunitarios	2015	0	0	15	0	0	0	0	15
Centro de Salud de Hueyotlipan *	Primer Nivel – Centro de Salud	2018	0	0	1	0	0	0	0	1
Centro de Salud Ixtlacuixtla *	Primer Nivel- Centro de Salud	2018	0	0	8	0	0	0	0	8
Centro de Salud Teolocholco * ♦	Primer Nivel- Centro de Salud	2018	0	2	2	2	0	0	0	6
<b>VERACRUZ</b>										
Hospital Comunitario de Llano de Enmedio *	Primer Nivel- Hospital Básico Comunitario	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Comunitario Tlaquilpa * ♦	Primer Nivel- Hospital Básico Comunitario	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital General de Altotonga Eufrosina Camacho * ♦	Segundo Nivel- Hospital General	2018	0	0	0	2	0	1	0	3
Hospital Comunitario de Teocelo * ♦	Primer Nivel- Hospital Básico Comunitario	2015	2	0	3	0	0	0	0	5
		2018	3	0	2	0	0	0	0	5
Hospital Básico Comunitario "Pedro Coronel" (Las Choapas) *	Primer Nivel- Hospital Básico Comunitario	2018	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Básico Comunitario Tonalapan*	Primer Nivel- Hospital Básico Comunitario	2018	0	0	0	0	0	1	0	1

<b>Totales</b>									
Año	Enfermeras Generales	Enfermeras Obstetras	Enfermeras Especialistas Perinatales	Estudiantes (Servicio Social)	Enfermeras Especializadas (otras)	Parteras Técnicas	Parteras Tradicionales	Parteras totales	Total de sitios
2015	12 (7%)	72 (41%)	52 (30%)	13 (8%)	0	23 (13%)	2 (1%)	174	19
2018	39 (15%)	81 (32%)	85 (33%)	22 (9%)	1 (.4%)	27 (11%)	0	255	36

Cuadro 13: Instituciones médicas incluidas en el tema de <i>Calidad de la atención</i> , 2018				
Nombre de la institución médica	Nivel de atención	Sector	# Entrevistas con proveedores	# Entrevistas con mujeres usuarias
<b>Chiapas</b>				
Hospital Básico Comunitario Ángel Albino Corzo	Intermedio	Público	2	1
Clínica de maternidad especializada San Juan Chamula	Primer nivel	Público	2	0
<b>Chihuahua</b>				
Centro de Salud Avanzado de Atención Primaria, Guachochi *	Primer nivel	Público	2	1
Hospital Gineco Obstétrico de Parral	Tercer nivel	Público	8	5
Hospital General Guadalupe y Calvo	Segundo nivel	Público	1	0
<b>Colima</b>				
Hospital Materno Infantil Villa de Álvarez	Segundo nivel	Público	1	0
<b>Guerrero</b>				
Hospital General Tlapa de Comonfort	Segundo nivel	Público	3	6
Clínica para la Atención del Parto Normal Alameda, Chilpancingo	Primer nivel	Público	6	5
<b>Ciudad de México</b>				
Clínica de Maternidad Privada CIMIgen	Intermedio	Privado	6	6
Clínica Comunitaria Santa Catarina	Primer nivel	Público	8	5
<b>Estado de México</b>				
Clínica de Maternidad Atlacomulco	Primer nivel	Público	7	5
Clínica de Maternidad Cuautitlán	Primer nivel	Público	8	5
Clínica de Maternidad Ocuilan	Primer nivel	Público	7	2
Clínica de Maternidad Huixquilucan	Primer nivel	Público	7	5
Hospital Materno Infantil Josefa Ortíz de Domínguez, Chalco	Tercer nivel	Público	2	0
<b>Morelos</b>				
Hospital de Mujeres de Yauatepec	Tercer nivel	Público	2	0
Clínica Centinela de Tlayacapan	Primer nivel	Público	1	5
Clínica Centinela de Yauatepec	Primer nivel	Público	3	1

Nombre de la institución médica	Nivel de atención	Sector	# Entrevistas con proveedores	# Entrevistas con mujeres usuarias
<b>Puebla</b>				
Hospital Comunitario Integral San Martín Texmelucan	Intermedio	Público	1	5
Hospital Comunitario Integral Zacapoaxtla	Intermedio	Público	1	1
<b>Querétaro</b>				
Hospital General de Cadereyta	Segundo nivel	Público	2	2
<b>Quintana Roo</b>				
Hospital Comunitario Integral José María Morelos	Intermedio	Público	1	0
Hospital General Felipe Carrillo Puerto	Segundo nivel	Público	7	4
<b>San Luis Potosí</b>				
Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa	Segundo nivel	Público	1	5
Hospital Básico Comunitario de Aquismón	Intermedio	Público	2	5
Hospital General de Ciudad Valles	Segundo nivel	Público	1	2
<b>Tabasco</b>				
Hospital Básico Comunitario de Nacajuca	Intermedio	Público	6	7
<b>Tlaxcala</b>				
Clínica Hueyotlipan	Primer nivel	Público	1	0
Clínica Ixtacuixtla	Primer nivel	Público	6	5
Clínica Teolochocholco	Primer nivel	Público	2	2
<b>Veracruz</b>				
Hospital de la Comunidad Llano de en Medio	Intermedio	Público	1	0
Hospital de la Comunidad de Teocelo	Intermedio	Público	5	5
Hospital de la Comunidad de Tlaquilpa	Intermedio	Público	1	4
Hospital Básico Comunitario Dr. Pedro Coronel (Las Choapas)	Intermedio	Público	1	5
Hospital General de Altotonga "Eufrosina Camacho"	Segundo nivel	Público	2	5
<b>TOTAL</b>			<b>117</b>	<b>110</b>

**Cuadro 14: Parteras profesionales entrevistadas por institución médica, 2018**

Fuente: Encuesta de parteras profesionales - Resultados: Características generales de las parteras profesionales, 2018

Nombre de la institución médica	Enfermeras Especialistas Perinatales (EEP)	Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO)	Enfermeras Generales	Parteras Técnicas	Otras Enfermeras Especializadas	Total
<b>Chiapas</b>						
Hospital Básico Comunitario Ángel Albino Corzo	1	0	0	1	0	2
Clínica de Maternidad Especializada San Juan Chamula	0	2	0	0	0	2
<b>Chihuahua</b>						
Centro de Salud Avanzado de Atención Primaria	0	0	0	2	0	2
Hospital Gineco Obstétrico de Parral	0	2	5	1	0	8
Hospital General Guadalupe y Calvo	0	0	0	1	0	1
<b>Colima</b>						
Hospital Materno Infantil Villa de Álvarez	0	0	0	1	0	1
<b>Guerrero</b>						
Hospital General Tlapa de Comonfort	0	0	0	3	0	3
Clínica para la Atención del Parto Normal	4	0	0	2	0	6
<b>Ciudad de México</b>						
Clínica de Maternidad Privada CIMIgen	2	4	0	0	0	6
Clínica Comunitaria Santa Catarina	6	2	0	0	0	8
<b>Estado de México</b>						
Clínica de Maternidad Atlacomulco	3	1	3	0	0	7
Clínica de Maternidad Cuautitlán	6	2	0	0	0	8
Clínica de Maternidad Ocuilan	2	4	1	0	0	7
Clínica de Maternidad Huixquilucan	3	4	0	0	0	7
Hospital Materno Infantil Josefa Ortíz de Domínguez, Chalco	1	0	1	0	0	2
<b>Morelos</b>						
Hospital de Mujeres de Yautepec	2	0	0	0	0	2
Clínica Centinela de Tlayacapan	0	1	0	0	0	1
Clínica Centinela de Yautepec	2	1	0	0	0	3
<b>Puebla</b>						
Hospital Comunitario Integral San Martín Texmelucan	0	0	0	1	0	1

Nombre de la institución médica	Enfermeras Especialistas Perinatales (EEP)	Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO)	Enfermeras Generales	Parteras Técnicas	Otras Enfermeras Especializadas	Total
Hospital Comunitario Integral Zacapoaxtla	0	0	0	1	0	1
<b>Querétaro</b>						
Hospital General de Cadereyta	0	2	0	0	0	2
<b>Quintana Roo</b>						
Hospital Comunitario Integral José María Morelos	1	0	0	0	0	1
Hospital General Felipe Carrillo Puerto	5	2	0	0	0	7
<b>San Luis Potosí</b>						
Hospital materno infantil Mujer Dr. Alberto López Hermosa	0	0	0	1	0	1
Hospital Básico Comunitario de Aquismón	0	0	0	2	0	2
Hospital General de Ciudad Valles	0	0	0	1	0	1
<b>Tabasco</b>						
Hospital Básico Comunitario de Nacajuca	0	2	0	4	0	6
<b>Tlaxcala</b>						
Clínica Hueyotlipan	0	1	0	0	0	1
Clínica Ixtacuixtla	5	1	0	0	0	6
Clínica Teolocholco	1	1	0	0	0	2
<b>Veracruz</b>						
Hospital de la Comunidad Llano de en Medio	0	0	0	1	0	1
Hospital de la Comunidad de Teocelo	2	0	1	0	2	5
Hospital de la Comunidad de Tlaquilpa	0	0	0	1	0	1
Hospital de la Comunidad Dr. Pedro Coronel	0	0	0	1	0	1
Hospital General de Altotonga	0	0	0	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>117</b>

**Cuadro 15: Características generales de las 117 parteras profesionales entrevistadas en 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Características generales de las parteras profesionales, 2018

	<b>Perinatal y otras especialidades</b>	<b>Enfermera general y obstetra</b>	<b>Partera Técnica</b>	<b>Total</b>
Mujeres	47	42	25	114
Hombres	2	1	0	3
Trabaja en primer nivel	32	24	4	60
Trabaja en el nivel intermedio	8	7	12	27
Trabaja en el segundo nivel	6	4	8	18
Trabaja en el tercer nivel	3	8	1	12
Ha trabajado menos de 1 año en la profesión	7	7	2	16
2-3 años de trabajo en la profesión	12	18	10	40
4-5 años de trabajo en la profesión	11	3	2	16
6-10 años de trabajo en la profesión	13	6	9	28
Más de 10 años de trabajo en la profesión	6	9	2	17
Menos de 1 año de trabajo en ese sitio	12	12	12	36
2 -3 años de trabajo en ese sitio	16	16	6	38
4 -5 años de trabajo en ese sitio	11	3	3	17
6 -10 años de trabajo en ese sitio	5	2	4	11
Más de 10 años de trabajo en ese sitio	5	10	0	15
Turno de la mañana	20	8	11	39
Turno de la tarde	9	11	4	24
Turno nocturno	9	11	4	24
Turno variable/especial	11	13	6	30
Sector público	47	39	25	111
Sector privado	2	4	0	6

<b>Cuadro 16: Inserción de parteras por tipo y modelo, 2018</b>			
<b>Tipo de partera</b>	<b>Empleo de partera</b>	<b>Modelo de partería</b>	<b>Total</b>
Parteras técnicas	6 (67%)	19 (18%)	25 (21%)
Enfermeras obstetras	0 (0%)	32 (30%)	32 (27%)
Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	3 (33%)	46 (43%)	49 (42%)
Otras enfermeras que atienden partos	0 (0%)	11 (10%)	11 (9%)
<b>Total</b>	9 (100%)	108 (100%)	117 (100%)

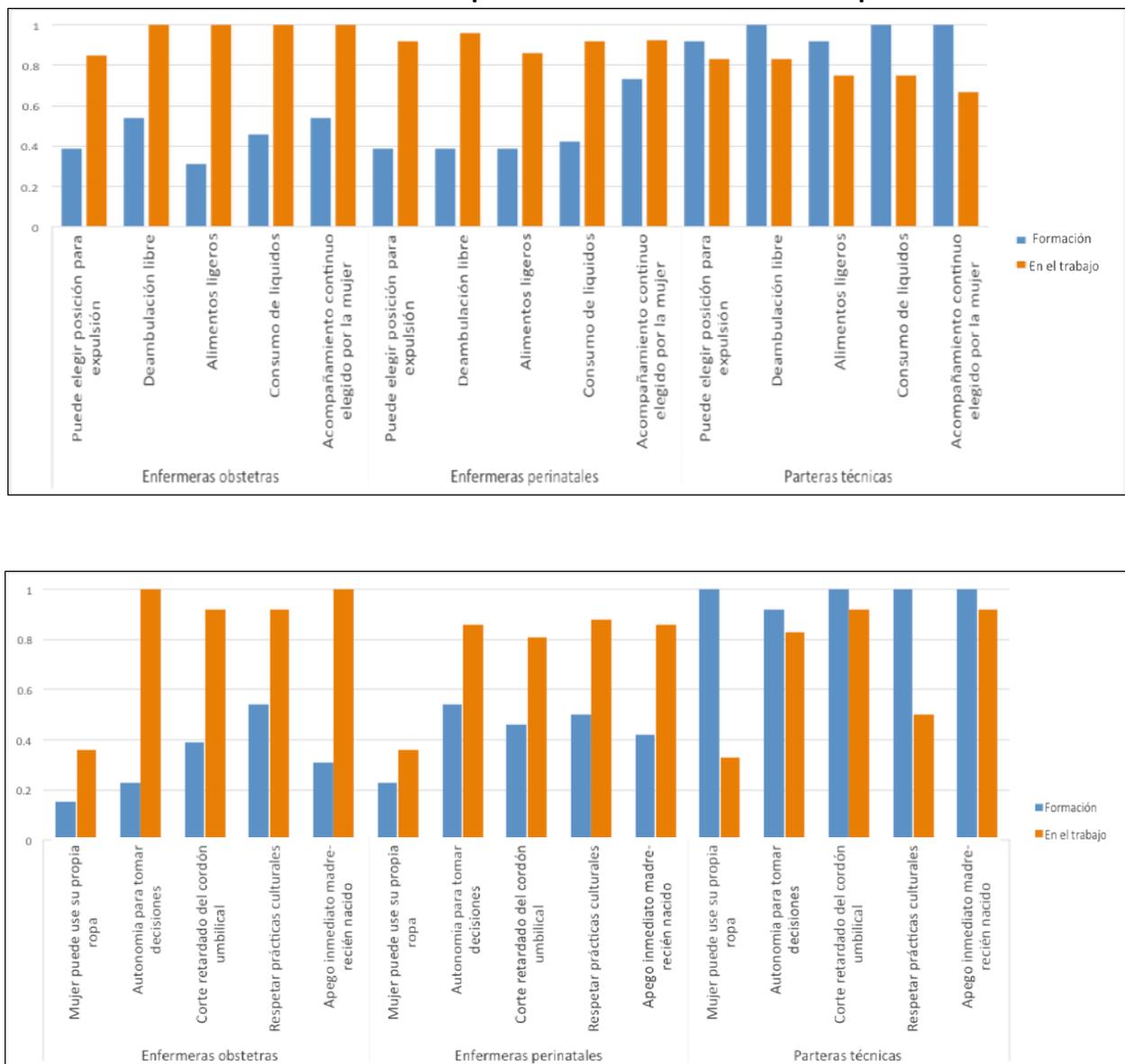
<b>Cuadro 17: Tipo de parteras por nivel de atención, 2018</b>				
<b>Tipo de Partera</b>	<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>	<b>Total</b>
Parteras técnicas	4 (16%)	12 (48%)	9 (36%)	25 (100%)
Enfermeras obstetras	20 (62%)	6 (19%)	6 (19%)	32 (100%)
Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	32 (65%)	8 (16%)	9 (18%)	49 (100%)
Otras enfermeras que atienden partos	4 (36%)	1 (9%)	6 (55%)	11 (100%)
<b>Total</b>	60 (51%)	27 (23%)	30 (26%)	117 (100%)

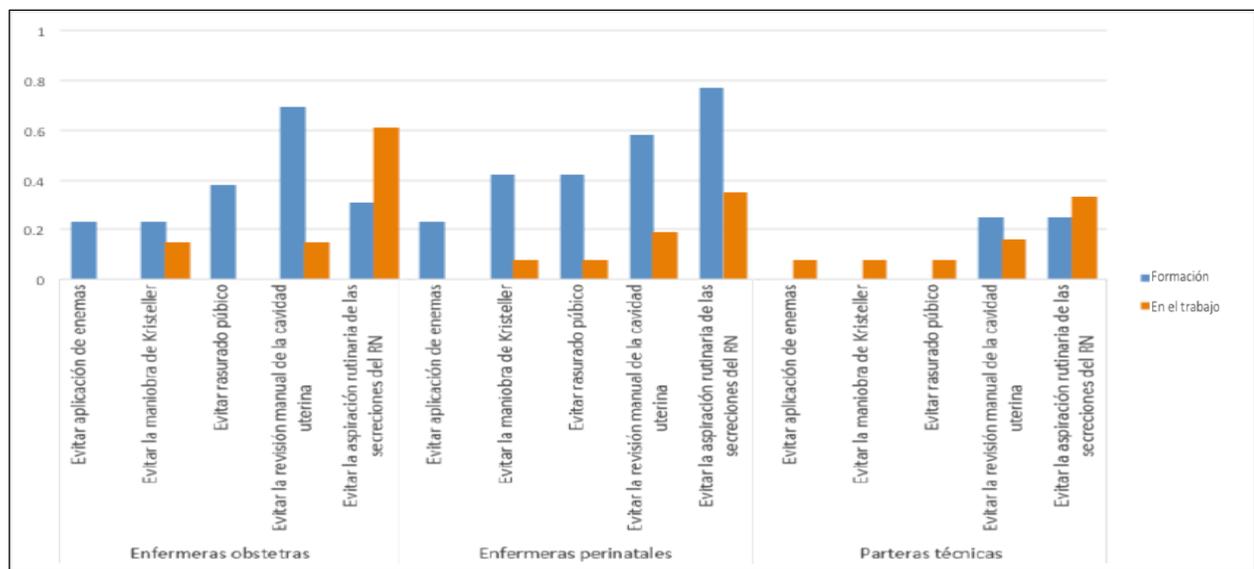
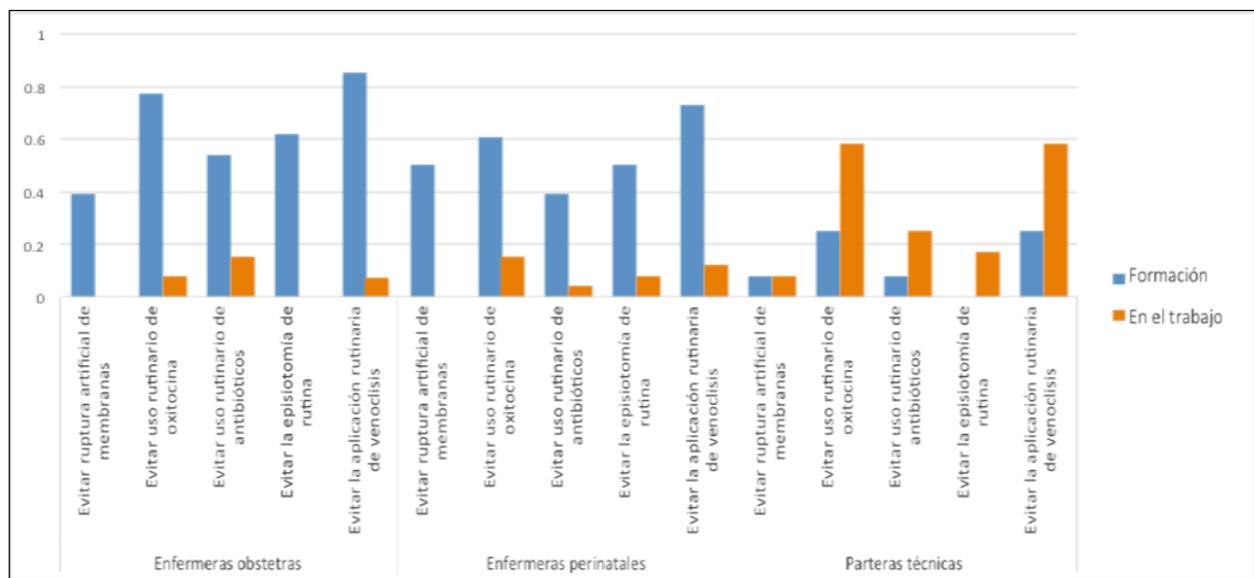
<b>Cuadro 18: Comparación de las condiciones de adecuación del trabajo (categoría de contratación entre las parteras), programas más viejos y los nuevos, 2015 vs 2018</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Programas en 2015 que continúan en 2018</b>	<b>Nuevos programas en 2018</b>	<b>Total</b>
Categoría profesional o superior	17 (39%)	27 (61%)	44 (100%)
Por debajo de la categoría profesional	37 (62%)	23 (38%)	60 (100%)
<b>Total</b>	54 (52%)	50 (48%)	104 (100%)

<b>Cuadro 19: Comparación de la adecuación de las condiciones laborales, 2015 vs 2018</b>		
<b>Categoría de contratación</b>	<b>Línea de base (De acuerdo a la información estadística proporcionada)</b>	<b>Evaluación 2018 (según la pregunta de partería)</b>
Categoría profesional o superior	24 (24%)	44 (42%)
Por debajo de la categoría profesional	75 (76%)	60 (58%)
<b>Total</b>	99 (100%)	104 (100%)

<b>Cuadro 20: Tipo de parteras por tipo de inserción, 2015</b>			
<b>Tipo de Partera</b>	<b>Empleo aislado de partera 11 sitios</b>	<b>Modelo de partería integrada 8 sitios</b>	<b>Total 19 sitios</b>
Parteras técnicas	7 (47%)	16 (10%)	23 (13%)
Enfermeras obstetras	0 (0%)	72 (45%)	72 (41%)
Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	2 (13%)	50 (31%)	52 (30%)
Otras enfermeras que atienden partos	0 (0%)	12 (0%)	12 (7%)
Pasantes	6 (40%)	7 (4%)	13 (8%)
Parteras tradicionales	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)
<b>Total</b>	15 (100%)	159 (100%)	174 (100%)

**FIGURA 1: Prácticas basadas en la evidencia científica aprendidas en la formación vs. implementadas en el trabajo, 2015**





<b>Cuadro 21: Comparación de los sitios de empleo por nivel de atención, 2015 vs 2018</b>		
<b>Nivel</b>	<b>2015</b>	<b>2018</b>
Primer nivel	7 (37%)	17 (47%)
Nivel intermedio	3 (16%)	6 (17%)
Segundo / Tercer nivel	9 (47%)	13 (36%)
<b>Total</b>	19 (100%)	36 (100%)

<b>Cuadro 22: Tipo de parteras por tipo de inserción, 2018</b>			
<b>Tipo de Partera</b>	<b><i>Empleo de partera</i></b> <b>(7 sitios)</b>	<b><i>Modelo de partería</i></b> <b>(29 sitios)</b>	<b>Total</b> <b>(36 sitios)</b>
Parteras técnicas	6 (55%)	21 (9%)	27 (11%)
Enfermeras obstetras	0 (0%)	81 (33%)	81 (32%)
Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	5 (45%)	81 (33%)	86 (33%)
Otras enfermeras que atienden partos	0 (0%)	39 (17%)	39 (15%)
Pasantes	0 (0%)	22 (8%)	22 (9%)
<b>Total</b>	11 (100%)	244 (100%)	255 (100%)

<b>Cuadro 23: Índice de adecuación de parteras con prácticas basadas en la evidencia (PBE) por tipo de inserción, 2018</b>			
<b>Adecuación con PBE</b>	<b><i>Empleo de partera</i></b>	<b><i>Modelo de partería</i></b>	<b>Total</b>
≥90%	2 (22%)	65 (60%)	67 (57%)
<90%	7 (78%)	43 (40%)	50 (43%)
<b>Total</b>	14 (100%)	103 (100%)	117 (100%)

<b>Cuadro 24: Índice de adecuación, atención prenatal, 2018</b>					
<b>Porcentaje de parteras que brindaron atención prenatal según las normas mexicanas, por nivel de atención</b>					
Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención prenatal, 2018					
		<b>Nivel de atención</b>			<b>Total</b>
		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>	
Índice de adecuación (85% o más = 11/13 prácticas de acuerdo con las normas mexicanas)	85% o más	49	19	5	73
		98%	86%	71%	92%
	<85%	1	3	2	6
		2%	14%	29%	8%
<b>Total</b>		50	22	7	79
		100%	100%	100%	100%

<b>Cuadro 25: Índice de adecuación, atención obstétrica, 2018</b>					
<b>Porcentajes de parteras que brindaron atención obstétrica de acuerdo a la MBE, por nivel de atención</b>					
Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto, 2018					
		<b>Nivel de atención</b>			<b>Total</b>
		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>	
Índice de adecuación (90% o más = 20/22 prácticas basadas en evidencia)	90% o más	41	15	8	64
		68%	56%	27%	55%
	<90%	19	12	22	53
		32%	44%	73%	45%
<b>Total</b>		60	27	30	117
		100%	100%	100%	100%

**Cuadro 26: Índice de adecuación, atención posparto y neonatal, 2018**  
**Porcentaje de parteras que brindaron atención según normas mexicanas y MBE,**  
**por nivel de atención**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención posparto y neonatal, 2018

<b>Atención posparto</b>		<b>Nivel de atención</b>			<b>Total</b>
		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>	
Índice de adecuación (80% o más = 6/8 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	60	23	17	100
		100%	92%	81%	94%
	<80%	0	2	4	6
		0%	8%	19%	6%
<b>Total</b>		60	25	21	106
		100%	100%	100%	100%
<b>Atención al recién nacido</b>		<b>Nivel de atención</b>			<b>Total</b>
		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>	
Índice de adecuación (80% o más = 9/11 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	60	21	23	104
		100%	78%	77%	89%
	<80%	0	6	7	13
		0.0%	22%	13%	11%
<b>Total</b>		60	27	30	117
		100%	100%	100%	100%

**Cuadro 27: Atención prenatal de acuerdo a la normatividad mexicana,  
por nivel de atención, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención prenatal, 2018

	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel Intermedio		Segundo y tercer nivel	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
<b>Prácticas de atención prenatal</b>						
Proporciona hierro	50	100%	21	96%	6	86%
Proporciona el ácido fólico	50	100%	21	96%	5	71%
Aplica vacuna antitetánica	44	88%	17	77%	4	57%
Solicita pruebas de sangre	49	98%	20	91%	5	71%
Solicita análisis de orina	49	98%	20	91%	6	86%
Solicita o realiza ultrasonido	47	94%	20	91%	7	100%
Solicita prueba de VIH	48	98%	19	86%	6	86%
Solicita prueba de VDRL (sífilis)	47	94%	19	86%	6	86%
<b>Durante la consulta</b>						
Toma la presión arterial	50	100%	21	96%	7	100%
Pesa a la mujer embarazada	50	100%	21	96%	7	100%
Mide la talla de la mujer embarazada	50	100%	21	96%	7	100%
Mide el crecimiento uterino	50	100%	22	100%	7	100%
Mide la frecuencia cardíaca fetal	50	100%	22	100%	7	100%

**Cuadro 28: Atención obstétrica de acuerdo a la MBE  
por nivel de atención, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto, 2018

	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel Intermedio		Segundo y tercer nivel	
<b>Prácticas de atención obstétrica</b>	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Acompañamiento continuo por una persona de elección de la mujer	60	100%	27	1.00%	23	77%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	58	97%	14	.52%	8	27%
Monitoreo periódico de la presión arterial	58	97%	27	1.00%	29	97%
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el trabajo de parto	37	62%	14	.52%	16	53%
Permitir consumo de líquidos	57	95%	27	100%	27	90%
Permitir consumo de alimentos ligeros	59	98%	24	89%	17	57%
Libre deambulación durante el trabajo de parto	60	100%	27	100%	26	87%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	58	97%	26	96%	11	37%
Evitar la ruptura artificial de membranas	57	95%	26	96%	25	83%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	58	97%	25	93%	19	63%
Evitar la episiotomía de rutina	59	98%	26	96%	23	77%
Evitar la maniobra de Kristeller	57	95%	26	96%	28	93%
Evitar la aspiración rutinaria de las secreciones del recién nacido	33	55%	16	59%	20	67%
Apego inmediato madre-recién nacido	58	97%	27	100%	30	100%
Promover la lactancia materna inmediata	57	95%	24	89%	30	100%
Corte retardado del cordón umbilical	60	100%	26	96%	28	93%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	58	97%	27	100%	30	100%
Manejo activo de la 3ª etapa del parto (aplicación de oxitocina previa a la expulsión de la placenta)	56	93%	25	93%	29	97%
Revisar que la placenta esté completa	60	100%	27	100%	30	100%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	57	95%	25	93%	27	.90
Uso del partograma	56	93%	27	100%	30	1.00
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos	20	33%	13	48%	14	.47

**Cuadro 29: Atención posparto y neonatal de acuerdo a la normatividad mexicana y a la MBE, por nivel de atención, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención posparto y del recién nacido, 2018

	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel intermedio		Segundo y tercer nivel	
	#	%	#	%	#	%
Número total de parteras que brindaron atención posparto	60		25		21	
<b>Prácticas de atención posparto</b>						
Revisar sangrado	60	100%	25	100%	20	95%
Revisar tamaño y tono uterino	60	100%	24	96%	21	100%
Monitorear la frecuencia cardíaca	58	97%	23	92%	18	86%
Monitorear la presión arterial	60	100%	24	96%	20	95%
Monitorear la temperatura	60	100%	23	92%	18	86%
Asegurarse de que la mujer pueda orinar	60	100%	25	100%	18	86%
Asegurarse de que la mujer pueda caminar	60	100%	25	100%	20	95%
Asegurarse de que la mujer pueda tolerar la ingesta oral	60	100%	25	100%	20	95%
Número total de parteras que brindaron atención al recién nacido	60		27		29	
<b>Prácticas de atención al recién nacido</b>						
Revisar color, respiración, movimiento	60	100%	24	89%	27	93%
Revisar la puntuación de Apgar	60	100%	27	100%	27	93%
Revisar el reflejo de succión del recién nacido	56	93%	27	100%	25	86%
Corte retardado del cordón umbilical	60	100%	25	93%	27	93%
Promover la lactancia materna inmediata	60	100%	27	100%	23	79%
Asegurar contacto inmediato piel a piel	60	100%	26	96%	28	97%
Medir el peso y la longitud del recién nacido	60	100%	22	82%	25	86%
Medir el perímetro cefálico	60	100%	22	82%	25	86%
Evitar la aspiración rutinaria de nariz y boca en recién nacidos	41	68%	14	52%	13	45%
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos	22	37%	15	56%	10	34%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	60	100%	27	100%	27	93%

<b>Cuadro 30: Atención obstétrica recibida por nivel de atención, 2018</b>						
Prácticas de acuerdo a la MBE reportadas por mujeres usuarias que recibieron atención por parteras durante su último parto.						
Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Atención recibida durante el trabajo de parto y parto, 2018						
	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel intermedio		Segundo y tercer nivel	
	#	%	#	%	#	%
Número total de mujeres que recibieron atención por parteras durante el parto	43	100%	37	100%	29	100%
<b>Prácticas de atención obstétrica de acuerdo a la MBE</b>						
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	37	86%	28	76%	11	38%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	28	65%	3	8%	3	10%
Monitoreo periódico de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	37	86%	36	97%	29	100%
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el parto	33	77%	23	64%	14	50%
Consumo de líquidos permitido	32	74%	24	65%	19	66%
Consumo de alimentos ligeros permitido	23	54%	15	41%	12	41%
Libre deambulación durante el trabajo de parto	35	81%	25	68%	20	69%
Se le permitió tomar decisiones	41	95%	26	70%	23	79%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	40	93%	25	68%	14	48%
Evitar la ruptura artificial de las membranas	31	72%	22	60%	15	52%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	40	93%	25	68%	18	62%
Evitar la episiotomía	36	84%	23	62%	16	55%
Evitar la maniobra de Kristeller	39	91%	28	76%	19	66%
Contacto inmediato piel a piel con el recién nacido	37	86%	29	78%	23	79%
Promover el apego inmediato al seno del recién nacido	38	88%	26	70%	17	59%
Corte retardado del cordón umbilical	9	21%	15	41%	10	35%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	23	54%	19	51%	11	38%
Uso de analgesia / anestesia durante la revisión manual de la cavidad uterina	4*	24%	7*	41%	2*	15%
<b>Otras prácticas según normas mexicanas</b>						
Método de planificación familiar ofrecido después del evento obstétrico y aceptado por la mujer de manera voluntaria e informada	43	100%	36	97%	27	93%
Información proporcionada sobre cuidados posparto	38	88%	26	70%	15	52%
Información proporcionada sobre cuidados neonatales	39	91%	29	78%	17	59%

\* Calculado sobre el número total de mujeres que fueron sometidas a la revisión manual: n = 17 en el primer nivel, n = 17 en el nivel intermedio y n = 13 en el segundo nivel

<b>Cuadro 31: Atención posparto y neonatal recibida por nivel de atención, 2018</b>						
Prácticas de acuerdo a la normatividad mexicana y a la MBE, reportadas por mujeres usuarias que recibieron atención por parteras durante el posparto						
Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Atención posparto y neonatal, 2018						
	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel intermedio		Segundo y tercer nivel	
	#	%	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención posparto</b>						
Número total de mujeres que recibieron atención de partería durante el posparto	43	100%	37	100%	29	100%
Exploración vaginal	42	98%	31	84%	21	72%
Revisión de sangrado	42	98%	36	97%	21	72%
Revisión externa para evaluar la reducción del tamaño del útero	40	93%	30	81%	20	69%
En caso de desgarro perineal, revisión de heridas y suturas	31	72%	23	62%	15	52%
Monitorización de la presión arterial	41	95%	35	95%	25	86%
Temperatura medida	42	98%	35	95%	23	79%
Método anticonceptivo ofrecido	43	100%	36	97%	27	93%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>						
Número total de mujeres cuyos recién nacidos recibieron atención de partería	40	100%	29	100%	25*	100%
Revisión del estado general de salud (color, respiración, corazón, movimientos, temperatura corporal)	39	98%	29-34*	93%	16*	76%
Altura y peso	37	93%	30	94%	19	79%
Revisar el muñón umbilical	39	98%	30	94%	16	64%
Mantener el calor del cuerpo	40	98%	33	97%	21	84%
Examen neonatal	11	26%	10	29%	11	39%
* La variabilidad corresponde al número total de casos útiles por variables						

**Cuadro 32: Porcentajes de eventos obstétricos referidos a instalaciones de nivel superior  
Comparación 2015 vs 2018**

		<b>2015 N=9 sitios</b>	<b>2018 N=13 sitios</b>	<b>Total</b>
% Casos referidos a instalaciones de nivel superior	0 a 15%	3 (33%)	3 (23%)	6 (27%)
	16 a 39%	1 (11%)	4 (31%)	5 (23%)
	40 a 89%	5 (56%)	6 (46%)	11 (50%)
	<b>Total</b>	9 (100%)	13 (100%)	22 (100%)

<b>Cuadro 33a: Atención prenatal por parteras profesionales de acuerdo a la normatividad mexicana Comparación 2015 vs 2018</b>				
Fuente: Encuesta a proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención prenatal				
	<b>2015</b>		<b>2018</b>	
	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Número total de parteras que brindaron atención prenatal	32	80%	79	68%
<b>Prácticas de atención prenatal</b>				
Proporciona hierro	20	63%	77	97%
Proporciona ácido fólico	19	59%	76	96%
Aplica vacuna antitetánica	9	28%	65	82%
Solicita pruebas de sangre	21	66%	74	94%
Solicita análisis de orina	16	50%	75	95%
Solicita o realiza ultrasonido	18	56%	74	94%
Solicita prueba de VIH	16	50%	73	92%
Solicita prueba VDRL (sífilis)	16	50%	72	91%
<b>Durante la consulta</b>				
Toma la presión arterial	22	69%	78	99%
Pesa a la mujer embarazada	22	69%	78	99%
Mide la talla de la mujer embarazada	22	69%	78	99%
Mide el crecimiento uterino	23	72%	79	100%
Mide la frecuencia cardiaca fetal	23	72%	79	100%

<b>Cuadro 33b: Índice de adecuación, atención prenatal Porcentajes de parteras que brindaron atención prenatal según las normas mexicanas. Comparación 2015 vs 2018</b>					
Fuente: Encuesta de proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención prenatal					
		<b>2015</b>		<b>2018</b>	
		<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Índice de adecuación (85% o más = 11/13 prácticas de acuerdo con las normas mexicanas)	85% o más	25	78%	73	92%
	<85%	7	22%	6	8%
<b>Total</b>		32	100%	79	100%

**Cuadro 34a: Atención obstétrica de acuerdo a la MBE por parteras profesionales  
Comparación 2015 vs 2018**

Fuente: Encuesta a proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y el parto

	2015		2018	
	#	%	#	%
<b>Prácticas Basadas en la Evidencia</b>				
Acompañamiento continuo por una persona de elección de la mujer	33	83%	110	94%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	32	80%	79	68%
Monitoreo periódico de la presión arterial	40	100%	114	97%
Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	40	100%	NA	NA
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el trabajo de parto	NA	NA	67	57%
Permitir consumo de líquidos	38	95%	111	95%
Permitir consumo de alimentos ligeros	NA	NA	100	86%
Evitar tricotomía (rasurado púbico)	38	95%	NA	NA
Evitar la aplicación de enemas	39	98%	NA	NA
Libre deambulación durante el trabajo de parto	38	95%	113	97%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	37	93%	106	91%
Evitar la ruptura artificial de membranas	39	98%	108	92%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	31	78%	102	87%
Posición litotómica elegida por el prestador de servicio**	9	23%	NA	NA
Evitar la episiotomía de rutina	38	95%	108	92%
Aplicación de analgesia antes de la episiotomía	2	5%	NA	NA
Evitar la maniobra de Kristeller	36	90%	111	95%
Evitar la aspiración rutinaria de las secreciones del recién nacido	28	70%	68*	59%
Apego inmediato madre-recién nacido	38	95%	114*	98%
Promover la lactancia materna inmediata	39	98%	110*	95%
Corte retardado del cordón umbilical	38	95%	114	97%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	39	98%	114*	98%
Manejo activo de la 3ª etapa del parto (aplicación de oxitocina previa a la expulsión de la placenta)	29	73%	110	94%
Revisar que la placenta esté completa	40	100%	117	100%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	33	83%	109	93%
Uso de anestesia / analgesia en la revisión uterina	1	14%	NA	NA
Uso del partograma	NA	NA	113	97%
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos	NA	NA	97	83%

NA significa no preguntado

\* En las prácticas de recién nacidos, 116 equivale al 100%

\*\* Práctica negativa que no se basa en evidencia científica

**Cuadro 34b: Índice de adecuación, atención obstétrica,  
Porcentajes de parteras que brindaron atención obstétrica de acuerdo a la MBE,  
Comparación 2015 vs 2018**

Fuente: Encuesta a proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y el parto

		<b>2015</b>	<b>2018</b>
Índice de adecuación (90% o más = 20/22 prácticas basadas en evidencia)	90% o más	28	64
		70%	55%
	<90%	12	53
		30%	45%
<b>Total</b>		40	117
		100%	100%

**Cuadro 35a: Atención posparto y neonatal por parteras profesionales, de acuerdo a la normatividad mexicana y la MBE. Comparación 2015 vs 2018**

Fuente: Encuesta a proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención postparto y neonatal

	2015		2018	
	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención posparto</b>				
<b>Número total de parteras que brindaron atención posparto</b>	24	60%	106	91%
Revisar sangrado	24	100%	105	99%
Revisar tamaño y tono uterino	24	100%	105	99%
Monitorear la frecuencia cardíaca	22	92%	99	93%
Monitorear la presión arterial	24	100%	104	98%
Monitorear la temperatura	23	96%	101	95%
Asegurarse de que la mujer pueda orinar	14	58%	103	97%
Asegurarse de que la mujer pueda caminar	14	58%	105	99%
Asegurarse de que la mujer pueda tolerar la ingesta oral	16	67%	105	99%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>				
<b>Número total de parteras que brindaron atención neonatal</b>	24	60%	117	100%
Revisar color, respiración, movimiento	18	75%	112	96%
Tomar la temperatura	18	75%	NA	NA
Comprobar la puntuación de Apgar	Na **	Na	115	98%
Revisar el reflejo de succión del recién nacido	Na	Na	109	93%
Corte retardado del cordón umbilical	38*	95%	113	97%
Pegar inmediatamente el recién nacido al pecho materno	39*	98%	111	95%
Asegurar contacto inmediato piel a piel	38*	95%	115	98%
Asegurar una adecuada lactancia materna	21	88%	Na	Na
Medir el peso del recién nacido	13	54%	107	91%
Medir longitud del recién nacido	12	50%		
Medir el perímetro cefálico del recién nacido	9	38%	107	91%
Revisar el muñón umbilical	20	83%	Na	Na
Brindar instrucciones para el cuidado del recién nacido	24	100%	Na	Na
Evitar la aspiración rutinaria de nariz y boca en el recién nacido	28	70%	69	59%
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en el recién nacido	Na	Na	48	41%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	39	98%	115	98%
* En estos casos, 40 parteras son igual al 100%				
** "NA" significa no preguntado				

**Cuadro 35b: Índice de adecuación, atención posparto y neonatal,  
Porcentajes de parteras que brindaron atención según normas mexicanas y MBE.  
Comparación 2015 vs 2018**

Fuente: Encuesta de proveedores 2015 y encuesta a parteras profesionales 2018 - Resultados: Atención posparto y neonatal

<b>Prácticas de atención posparto</b>		<b>2015</b>	<b>2018</b>
Índice de cumplimiento (80% o más = 6/8 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	14	100
		58%	94%
	<80%	10	6
		42%	6%
<b>Total</b>		24	107
		100%	100%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>		<b>2015</b>	<b>2018</b>
Índice de cumplimiento (80% o más = 9/11 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	14	104
		58%	89%
	<80%	10	13
		42%	11%
<b>Total</b>		24	117
		100%	100%

**Cuadro 36: Atención prenatal según la normatividad mexicana, brindada por parteras profesionales, por tipo, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención prenatal, 2018

	Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas		Enfermeras generales y obstetras		Parteras Técnicas	
	#	%	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención prenatal</b>						
Proporciona hierro	35	100%	29	100%	13	87%
Proporciona ácido fólico	34	97%	29	100%	13	87%
Aplica vacuna antitetánica	34	97%	23	79%	8	53%
Solicita pruebas de sangre	35	100%	28	97%	11	73%
Solicita análisis de orina	35	100%	28	97%	12	80%
Solicita o realiza ultrasonido	35	100%	26	90%	13.	87%
Solicita prueba de VIH	34	97%	26	90%	13	87%
Solicita prueba de VDRL (sífilis)	34	97%	25	86%	13	87%
<b>Durante la consulta</b>						
Toma la presión arterial	35	100%	29	100%	14	93%
Pesa a la mujer embarazada	35	100%	29	100%	14	93%
Mide la talla de la mujer embarazada	35	100%	29	100%	14	93%
Mide el crecimiento uterino	35	100%	29	100%	15	100%
Mide la frecuencia cardiaca fetal	35	100%	29	100%	15	100%

<b>Cuadro 37: Índice de adecuación, atención prenatal, 2018</b> <b>Porcentajes de parteras por tipo que brindaron prácticas de atención prenatal según la normatividad mexicana</b> <small>Fuente: Parteras profesionales - Resultados de la Atención Prenatal, 2018</small>					
		<b>Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas</b>	<b>Enfermeras generales y obstetras</b>	<b>Parteras Técnicas</b>	<b>Total</b>
Índice de adecuación (85% o más = 11/13 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	34	27	12	73
		97%	93%	80%	92%
	<85%	1	2	3	6
		3%	7%	20%	8%
<b>Total</b>		35	29	15	79
		100%	100%	100%	100%

**Cuadro 38: Atención obstétrica de acuerdo a la MBE por parteras profesionales por tipo, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Prácticas de atención durante el trabajo de parto y el parto, 2018

Prácticas Basadas en la Evidencia	EEP y otras especialidades		LEO y enfermera general		Partera Técnica	
	#	%	#	%	#	%
Acompañamiento continuo por una persona de elección de la mujer	46	94%	39	91%	25	100%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	36	73%	31	72%	12	48%
Monitoreo periódico de la presión arterial	47	96%	42	98	25	100%
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el trabajo de parto	32	65%	23	53%	12	48%
Permitir consumo de líquidos	45	92%	41	95%	25	100%
Permitir consumo de alimentos ligeros	40	82%	38	88%	22	88%
Libre deambulación durante el trabajo de parto	47	96%	42	98%	24	96%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	48	99%	39	91%	19	76%
Evitar la ruptura artificial de membranas	44	90%	40	93%	24	96%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	42	86%	39	91%	21	84%
Evitar la episiotomía de rutina	47	96%	38	88%	23	92%
Evitar la maniobra de Kristeller	47	96%	40	93%	24	96%
Evitar la aspiración rutinaria de las secreciones del recién nacido	33	67%	22	51%	13*	54%
Apego inmediato madre-recién nacido	47	96%	43	100%	24*	100%
Promover la lactancia materna inmediata	46	94%	40	93%	24*	100%
Corte retardado del cordón umbilical	46	94%	43	100%	25	100%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	48	98%	43	100%	23*	96%
Manejo activo de la 3ª etapa del parto (aplicación de oxitocina previa a la expulsión de la placenta)	45	92%	41	95%	24	96%
Revisar que la placenta esté completa	49	100%	43	100%	25	100%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	47	96%	39	91%	23	92%
Uso del partograma	47	96%	41	95%	25	100%
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos	45	92%	36	84%	16*	64%

\* En las prácticas neonatales, 24 equivale al 100%.

**Cuadro 39: Índice de adecuación, atención obstétrica, 2018**  
**Porcentajes de parteras por tipo que brindaron atención obstétrica de acuerdo a la MBE**  
 Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y el parto, 2018

		<b>Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas</b>	<b>Enfermeras generales y obstetras</b>	<b>Parteras Técnicas</b>	<b>Total</b>
Índice de adecuación (90% o más = 20/22 prácticas basadas en evidencia)	90% o más	27	23	14	64
		55%	54%	56%	55%
	<90%	22	20	11	53
		45%	46%	44%	45%
<b>Total</b>		49	43	25	117
		100%	100%	100%	100%

**Cuadro 40: Atención posparto y neonatal según las normas mexicanas y la MBE por tipo de partera profesional, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención posparto y neonatal, 2018

	Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas		Enfermera general y obstetra		Partera Técnica	
	#	%	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención posparto</b>						
Número total de parteras que brindaron atención posparto	49	100%	37	100%	20	100%
Revisar sangrado	48	98%	37	100%	20	100%
Revisar tamaño y tono uterino	48	98%	37	100%	20	100%
Monitorear la frecuencia cardíaca	47	96%	34	92%	18	90%
Monitorear la presión arterial	49	100%	36	97%	19	95%
Monitorear la temperatura	47	96%	36	97%	18	90%
Asegurarse de que la mujer pueda orinar	48	98%	35	95%	20	100%
Asegurarse de que la mujer pueda caminar	49	100%	36	97%	20	100%
Asegurarse de que la mujer pueda tolerar la ingesta oral	49	100%	36	97%	20	100%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>						
Número total de parteras que brindaron atención al recién nacido	49	100%	43	100%	25	100%
Revisar color, respiración, movimiento	47	96%	42	98%	23	92%
Revisar la puntuación de Apgar	49	100%	42	98%	24	96%
Revisar el reflejo de succión del recién nacido	48	98%	38	88%	23	92%
Corte retardado del cordón umbilical	46	94%	42	98%	25	100%
Promover la lactancia materna inmediata	46	94%	40	93%	25	100%
Asegurar contacto inmediato piel a piel	47	96%	43	100%	25	100%
Medir el peso y la longitud del recién nacido	47	96%	42	98%	18	72%
Medir el perímetro cefálico	47	96%	42	98%	18	72%
Evitar la aspiración rutinaria de nariz y boca en recién nacidos	33	77%	22	51%	14	56%
Evitar el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos	20	41%	17	40%	11	44%
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	48	98%	43	100%	24	96%

Cuadro 41: Índice de adecuación, atención posparto y neonatal, 2018					
Porcentajes de parteras por tipo que brindaron atención según normas mexicanas y MBE.					
Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Atención posparto y neonatal, 2018					
Prácticas de atención posparto		Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	Enfermeras generales y obstetras	Parteras Técnicas	Total
Índice de adecuación (80% o más = 6/8 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	47	35	18	100
		96%	95%	91%	94%
	<80%	2	2	2	6
		4%	5%	10%	6%
<b>Total</b>		49	37	20	106
		100%	100%	100%	100%
Prácticas de atención neonatal		Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas	Enfermeras generales y obstetras	Parteras Técnicas	Total
Índice de adecuación (80% o más = 9/11 prácticas basadas en evidencia)	80% o más	45	40	19	104
		92%	93%	76%	89%
	<80%	4	3	6	13
		6%	7%	24%	11%
<b>Total</b>		49	43	25	117
		100%	100%	100%	100%

<b>Cuadro 42: Atención prenatal recibida</b>				
<b>Comparación 2015 vs 2018</b>				
Prácticas de acuerdo a la normatividad mexicana, reportadas por mujeres que recibieron atención prenatal por parteras				
Fuente: Encuesta a usuarias 2015 y 2018 - Resultados: Atención prenatal				
	<b>2015</b>		<b>2018</b>	
	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Número total de mujeres que recibieron atención prenatal por parteras	56		36	
<b>Prácticas de atención prenatal</b>				
Le proporcionó hierro	43	77%	31	86%
Le proporcionó ácido fólico	48	86%	29	81%
Le solicitó pruebas de sangre	51	91%	32	89%
La solicitó análisis de orina	51	91%	32	89%
Le solicitó o le realizó ultrasonido	50	89%	33	92%
Le solicitó prueba de VIH	44	79%	28	78%
Le solicitó prueba de VDRL (Sífilis)	31	55%	24	67%
<b>Durante la consulta</b>				
Le tomó la presión arterial	56	100%	36	100%
Le tomó y registró su peso	55	98%	36	100%
Le tomó y registró su talla	55	98%	35	97%
Le midió su matriz	56	100%	36	100%
Escuchó el latido fetal	56	100%	36	100%
Le acomodaron el bebé	15	27%	14	39%
Le recomendaron té	4	7%	3	8%
Le preguntaron cómo se siente	52	93%	34	94%

<b>Cuadro 43: Atención obstétrica recibida. Comparación 2015 vs 2018</b>				
Prácticas de acuerdo a la MBE reportadas por mujeres que recibieron atención durante el parto por parteras				
Fuente: Encuestas a usuarias 2015 y 2018 - Resultados: Atención durante el trabajo de parto y el parto				
	2015		2018	
	#	%	#	%
Número total de mujeres que recibieron atención de partería	74		110	
<b>Prácticas Basadas en la Evidencia</b>				
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	58	78%	77	70%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	40	54%	74	67%
Monitoreo periódico de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	70	95%	103	94%
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el parto	Na	Na	70	65%
Consumo de líquidos permitido	45	61%	76	69%
Consumo de alimentos ligeros permitido	Na	Na	51	46%
Evitar tricotomía (rasurado púbico)	70	95%	Na	Na
Evitar la aplicación de enema	71	96%	Na	Na
Libre deambulación durante el trabajo de parto	59	80%	81	74%
Le permitieron tomar decisiones	Na	Na	91	83%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	40	54%	79	24%
Evitar la ruptura artificial de las membranas	42	57%	69	63%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	51	69%	84	76%
Evitar la episiotomía	59	80%	75	68%
Uso de analgesia antes de la episiotomía	18	67%	Na	Na
Evitar la maniobra de Kristeller	65	88%	87	79%
Contacto inmediato piel a piel con el recién nacido	56	82%	90	82%
Promover el apego inmediato al seno del recién nacido	54	80%	82	75%
Corte retardado del cordón umbilical	34	50%	34	31%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	36	49%	54	49%
Uso de analgesia / anestesia durante la revisión manual de la cavidad uterina	3	9%	13*	28%
<b>Otras prácticas según normas mexicanas</b>				
Método de planificación familiar ofrecido después del evento obstétrico y aceptado por la mujer de manera voluntaria e informada	40	5%	107	97%
Información proporcionada sobre cuidados posparto	56	76%	80	73%
Información proporcionada sobre cuidados neonatales	53	72%	86	78%

\* Calculado sobre el total de los casos sometidos a la revisión manual, con un total de respuestas n = 47.

**Cuadro 44: Atención posparto y neonatal recibida.****Comparación 2015 vs 2018**

Prácticas de acuerdo a la normatividad mexicana y la MBE, reportadas por mujeres que recibieron atención posparto por parteras

Fuente: Encuesta a usuarias 2015 y 2018 - Resultados: Atención posparto y neonatal

	Parteras 2015		Parteras 2018	
	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención posparto</b>				
Número total de mujeres que recibieron atención posparto por parteras	<b>47</b>		<b>110</b>	<b>100%</b>
Se le hizo exploración vaginal	37	80%	95	86%
Se le revisó el sangrado	39	91%	100	91%
Se le hizo revisión externa para valorar la reducción del tamaño del útero	43	90%	91	83%
En caso de desgarro perineal, se revisaron la herida y suturas	30	86%	70	64%
Se le monitoreó la presión arterial	46	98%	102	93%
Se le midió la temperatura	45	94%	101	92%
Se le ofreció APEO	27	61%	107	97%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>				
Número total de mujeres cuyos recién nacidos recibieron atención neonatal por parteras	<b>35</b>		<b>91-105*</b>	<b>83% - 95%</b>
Se revisó el estado general de salud (color, respiración, corazón, movimientos, temperatura corporal)	34	97%	83	91%
Se tomaron talla y peso	33	94%	87	90%
se revisó el muñón umbilical	35	100%	86	88%
Se mantuvo al recién nacido calentito	28	82%	95	94%
Se realizó el tamiz neonatal	33	94%	32	30%
*Los cálculos se realizaron según el número total de casos útiles en cada variable.				

**Cuadro 45: Atención prenatal recibida por tipo de parteras profesionales, 2018\***

Prácticas de acuerdo a la normatividad mexicana, reportadas por mujeres que recibieron atención prenatal por tipo de partera

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Atención prenatal, 2018

	Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas		Enfermeras generales y obstetras		No se puede distinguir el tipo de partera	
	#	%	#	%	#	%
Número total de mujeres que recibieron atención de partería prenatal	11		11		14	
<b>Prácticas de atención prenatal</b>						
Le proporcionó hierro	10	91%	7	64%	14	100%
Le proporcionó ácido fólico	9	82%	7	64%	13	93%
Le solicitó pruebas de sangre	11	100%	8	73%	13	93%
La solicitó análisis de orina	11	100%	8	73%	13	93%
Le solicitó o le realizó ultrasonido	11	100%	8	73%	14	100%
Le solicitó prueba de VIH	11	100%	8	73%	9	64%
Le solicitó prueba de VDRL (Sífilis)	8	73%	4	46%	11	79%
<b>Durante la consulta</b>						
Le tomó la presión arterial	11	100%	11	100%	14	100%
Le tomó y registró su peso	11	100%	11	100%	14	100%
Le tomó y registró su talla	11	100%	11	100%	13	93%
Le midió su matriz	11	100%	11	100%	14	100%
Escuchó el latido fetal	11	100%	11	100%	14	100%
Le acomodaron el bebé	3	27%	3	27%	8	57%
Le recomendaron tés	1	9%	1	9%	1	7%
Le preguntaron cómo se siente	10	91%	10	91%	14	100%

\* Ninguna de las mujeres entrevistadas pudo reconocer a las parteras técnicas como sus proveedores reales

**Cuadro 46: Atención obstétrica recibida por tipo de parteras profesionales, 2018**  
 Prácticas durante el parto de acuerdo a la MBE, reportadas por las mujeres, por tipo de partera  
 Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto, 2018

	Enfermeras Especialistas Perinatales		Enfermeras Obstetras		Parteras Técnicas		Sin distinguir el tipo de partera	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Número total de mujeres que recibieron atención por parteras durante el parto	20		23		44		23	
<b>Prácticas de atención obstétrica de acuerdo a la MBE</b>								
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	20	100%	15	65%	26	59%	16	70%
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	12	60%	10	44%	5	11%	7	30%
Monitoreo periódico de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	19	95%	20	87%	43	98%	21	91%
Evitar la monitorización fetal electrónica continua durante el parto	18	90%	13	57%	23*	55%	16	70%
Consumo de líquidos permitido	17	85%	18	78%	29	66%	12	52%
Consumo de alimentos ligeros permitido	13	65%	14	61%	18	41%	6	26%
Libre deambulacion durante el trabajo de parto	18	90%	20	87%	29	66%	14	61%
Se le permitió tomar decisiones	20	100%	21	91%	33	75%	17	74%
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	16	80%	18	78%	29	66%	16	70%
Evitar la ruptura artificial de las membranas	11	55%	16	70%	26	59%	16	70%
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	20	100%	20	87%	29	66%	15	65%
Evitar la episiotomía	14	70%	17	74%	29	66%	15	65%
Evitar la maniobra de Kristeller	16	80%	23	100%	30	68%	18	78%
Contacto inmediato piel a piel con el recién nacido	14	70%	21	91%	35	80%	20	87%
Promover el apego inmediato al seno del recién nacido	17	85%	18	78%	32	73%	15	65%
Corte retardado del cordón umbilical	8	40%	4	17%	14	32%	8	35%
Evitar la revisión manual de la cavidad uterina	8	40%	14	61%	23	52%	9	39%
Uso de analgesia / anestesia durante la revisión manual de la cavidad uterina	2*	20%	1*	11%	5*	31%	5*	42%
<b>Otras prácticas según normas mexicanas</b>								
Método de planificación familiar ofrecido después del evento obstétrico y aceptado por la mujer de manera voluntaria e informada	20	100%	21	91%	43	98%	23	100%
Información proporcionada sobre cuidados posparto	15	75%	16	70%	30	68%	19	83%
Información proporcionada sobre cuidados neonatales	18	90%	18	78%	31	71%	19	83%

\* Calculado en casos que tuvieron revisión manual.: EEP, 10 casos; LEO, 9 casos; PT, 16 casos; Incapaz de distinguir qué tipo de partera, 12 casos

**Cuadro 47: Atención posparto y neonatal recibida por tipo de parteras profesionales, 2018**

Prácticas de acuerdo a la normatividad mexicana y la MBE, reportadas por mujeres que recibieron atención posparto por tipos de parteras

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Atención posparto y neonatal, 2018

	Enfermeras perinatales y otras enfermeras especializadas		Enfermeras generales y obstetras		Parteras Técnicas		No se puede distinguir el tipo de partera	
	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Prácticas de atención posparto</b>								
Se le hizo exploración vaginal	18	90%	19	83%	39	89%	19	83%
Se le revisó el sangrado	19	95%	20	87%	40	91%	21	91%
Se le hizo revisión externa para valorar la reducción del tamaño del útero	18	90%	17	74%	37	84%	19	83%
En caso de desgarro perineal, se revisaron la herida y suturas	16	80%	16	70%	20	46%	18	78%
Se le monitoreó la presión arterial	20	100%	19	83%	41	93%	22	96%
Se le midió la temperatura	19	95%	20	87%	40	91%	22	96%
Se le ofreció APEO	20	100%	21	91%	43	98%	23	100%
<b>Prácticas de atención neonatal</b>								
Se revisó el estado general de salud (color, respiración, corazón, movimientos, temperatura corporal)	10	100%	25	96%	18	100%	30	97%
Se tomaron talla y peso	10	91%	27	100%	21	9%	29	94%
se revisó el muñón umbilical	9	90%	28	100%	22	100%	27	84%
Se mantuvo al recién nacido calentito	10	100%	31	100%	22	100%	32	97%
Se realizó el tamiz neonatal	0	0%	18	67%	1	9%	12	41%

**Cuadro 48: Porcentajes de parteras por tipo, con conocimiento en atención de EmON  
Preeclampsia, hemorragia e hipoxia/asfixia neonatal, 2018**

Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Conocimientos sobre EmON, 2018.

<b>Preeclampsia</b>		<b>Enfermeras perinatales/otras enfermeras especializadas</b>	<b>Enfermeras generales y obstetras</b>	<b>Parteras Técnicas</b>	<b>Total</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	16 33%	13 30%	3 12%	32 27%
	<85%	33 67%	30 70%	22 88%	85 73%
<b>Total</b>		49 100%	43 100%	25 100%	117 100%
<b>Hemorragia</b>		<b>Enfermeras perinatales/otras enfermeras especializadas</b>	<b>Enfermeras generales y obstetras</b>	<b>Parteras Técnicas</b>	<b>Total</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	25 51%	16 37%	9 36%	50 43%
	<85%	24 49%	27 63%	16 64%	67 57%
<b>Total</b>		49 100%	43 100%	25 100%	117 100%
<b>Hipoxia/asfixia neonatal</b>		<b>Enfermeras perinatales/otras enfermeras especializadas</b>	<b>Enfermeras generales y obstetras</b>	<b>Parteras Técnicas</b>	<b>Total</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	10 20%	9 21%	1 4%	20 17%
	<85%	39 80%	34 79%	24 96%	97 83%
<b>Total</b>		49 100%	43 100%	25 100%	117 100%

<b>Cuadro 49: Porcentajes de parteras por nivel de atención con conocimiento en atención de EmON: Preeclampsia, hemorragia e hipoxia/asfixia neonatal, 2018</b>				
Fuente: Encuesta a parteras profesionales - Resultados: Conocimientos sobre EmON, 2018				
		<b>Nivel de atención</b>		
<b>Preeclampsia</b>		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	20	4	8
		33%	15%	27%
	<85%	40	23	22
		67%	85%	73%
<b>Total</b>		60	27	30
		100%	100%	100%
		<b>Nivel de atención</b>		
<b>Hemorragia</b>		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	27	12	11
		45%	44%	37%
	<85%	33	15	19
		55%	56%	63%
<b>Total</b>		60	27	30
		100%	100%	100%
		<b>Nivel de atención</b>		
<b>Hipoxia /asfixia neonatal</b>		<b>Primer nivel</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Segundo y tercer nivel</b>
Índice de adecuación (85% o más = 10/12 prácticas basadas en evidencia)	85% o más	12	5	3
		20%	19%	10%
	<85%	48	22	27
		80%	81%	90%
<b>Total</b>		60	27	30
		100%	100%	100%

**Cuadro 50: Nivel de satisfacción de las mujeres**

Fuente: Encuesta a usuarias 2015 y 2018 - Resultados: Trato y satisfacción de usuarias.

	2015		2018	
	#	%	#	%
Número total de mujeres	79		110	
La partera le habló con respeto en todo momento	78	99%	108	98%
Respetó su privacidad sin hacerla sentir avergonzada en ningún momento	72	92%	103	94%
Le informó sobre cada maniobra/intervención antes de realizarla	72	91%	104	95%
Pidió permiso antes de realizar cada maniobra	72	91%	98	89%
Evitó usar frases ofensivas o hacerla sentir mal	48	61%	102	93%
Siempre respondió sus preguntas	63	80%	105	96%
Le prestó atención cuando necesitaba algo o pedía algo	74	94%	103	94%
Fue amable y comprensiva en sus gestos y actitudes hacia usted	76	96%	106	96%
Estaba al pendiente y no la dejó sola	66	84%	107	97%
Permitió que la persona acompañante de su elección participara en todo momento	54	68%	75	68%
Le ofreció un método de planificación con cortesía, brindando información sobre ventajas y desventajas, sin presiones o insistencias indebidas	59	75%	88	80%
Si tuvo una pregunta o inquietud, recibió una respuesta clara y amigable	60	98%	97	88%
Le gustó el espacio donde nació su bebé	76	97%	108	98%
El trato fue excelente	52	66%	79	72%
Volvería a dar a luz con la misma persona	77	98%	106	96%

**Cuadro 51: Nivel de satisfacción de las mujeres por tipo de partera**

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Trato y satisfacción de usuarias, 2018.

	Enfermeras Especialistas Perinatales		Enfermeras generales y obstetras		Parteras Técnicas		Sin distinguir el tipo de partera	
	#	%	#	%	#	%	#	%
La partera le habló con respeto en todo momento	19	95%	23	100%	43	98%	23	100%
Respetó su privacidad sin hacerla sentir avergonzada en ningún momento	17	85%	23	100%	41	93%	22	96%
Le informó sobre cada maniobra/intervención antes de realizarla.	18	90%	21	91%	42	96%	23	100%
Pidió permiso antes de realizar cada maniobra	19	95%	20	87%	37	84%	22	96%
Evitó usar frases ofensivas o hacerla sentir mal	19	95%	22	96%	41	93%	20	87%
Siempre respondió sus preguntas	18	90%	23	100%	43	98%	21	91%
Le prestó atención cuando necesitaba algo o pedía algo	17	85%	22	96%	42	96%	22	96%
Fue amable y comprensiva en sus gestos y actitudes hacia usted	19	95%	22	96%	43	98%	22	96%
Estaba al pendiente y no la dejó sola	20	100%	23	100%	42	96%	22	96%
Permitió que la persona acompañante de su elección participara en todo momento	17	85%	12	52%	35	80%	11	48%
Le ofreció un método de planificación con cortesía, brindando información sobre ventajas y desventajas, sin presiones o insistencias indebidas	17	85%	19	83%	34	77%	18	78%
Si tuvo una pregunta o inquietud, recibió una respuesta clara y amigable	18	90%	18	78%	40	91%	21	91%
Le gustó el espacio donde nació su bebé	19	95%	23	100%	44	100%	22	96%
El trato fue excelente	15	75%	17	74%	33	75%	14	61%
Volvería a dar a luz con la misma persona	19	95%	21	91%	44	100%	22	96%

**Cuadro 52: Satisfacción de las mujeres por nivel de atención**

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Trato y satisfacción de usuarias, 2018.

	Nivel de atención					
	Primer nivel		Nivel intermedio		Segundo nivel	
	#	%	#	%	#	%
La partera le habló con respeto en todo momento	42	98%	37	100%	28	97%
Respetó su privacidad sin hacerla sentir avergonzada en ningún momento	39	91%	36	97%	27	93%
Le informó sobre cada maniobra/intervención antes de realizarla	40	93%	36	97%	27	93%
Pidió permiso antes de realizar cada maniobra	40	93%	30	81%	27	93%
Evitó usar frases ofensivas o hacerla sentir mal	39	91%	34	92%	28	97%
Siempre respondió sus preguntas	40	93%	36	97%	28	97%
Le prestó atención cuando necesitaba algo o pedía algo	38	88%	36	97%	28	97%
Fue amable y comprensiva en sus gestos y actitudes hacia usted	40	93%	37	100%	28	97%
Estaba al pendiente y no la dejó sola	42	98%	35	95%	29	100%
Permitió que la persona acompañante de su elección participara en todo momento	26	61%	29	78%	19	66%
Le ofreció un método de planificación con cortesía, brindando información sobre ventajas y desventajas, sin presiones o insistencias indebidas	34	79%	28	76%	25	86%
Si tuvo una pregunta o inquietud, recibió una respuesta clara y amigable	39	91%	32	87%	35	86%
Le gustó el espacio donde nació su bebé	41	95%	37	100%	29	100%
El trato fue excelente	33	77%	26	70%	19	66%
Volvería a dar a luz con la misma persona	41	95%	37	100%	29	100%

**Cuadro 53: Ventajas y desventajas de las parteras**

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Trato y satisfacción de usuarias, 2018.

<b>Ventajas de las parteras</b>		<b>Desventajas de las parteras</b>	
<b>Respuesta</b>	<b>#</b>	<b>Respuesta</b>	<b>#</b>
Sin información	4	Sin información	4
Ninguna	4	Ninguna	40
Más y mejores explicaciones	4	Limitaciones en su formación	3
Buena / Mejor atención	11	Necesitan apoyo especializado en caso de complicaciones	4
Mayor presencia, apoyo y ayuda	4	No dan anestesia	1
Respetuosa, buen trato, amable y comprensiva	9	No la tratan bien	1
Confianza (por ser mujeres)	9		
Son pacientes	1		
Permiten que tenga compañía	9		
<b>Total</b>	<b>53</b>		<b>53</b>

**Cuadro 54: Ventajas y desventajas de los médicos**

Fuente: Encuesta a usuarias - Resultados: Tratamiento y satisfacción de usuarias, 2018.

<b>Ventajas de los médicos</b>		<b>Desventajas de los médicos</b>	
<b>Respuesta</b>	<b>#</b>	<b>Respuesta</b>	<b>#</b>
Sin información	3	Sin información	2
Ninguna	33	Ninguna	10
Le tratan bien	2	No la atienden, la dejan sola	9
Saben cómo brindar una mejor atención / saben lo que están haciendo	7	La tratan mal, se enojan, se vuelven violentos, groseros, ofensivos, etc.	11
Ventajas estructurales: disponibilidad de pediatras, mejor infraestructura, atención gratuita	5	Prácticas desfavorables (cesáreas, no se permiten acompañantes, la fobligan dar a luz en posición horizontal, rompen las membranas, muchos tactos vaginales, etc.)	8
Hay médicos disponibles para atender emergencias	3	Hacen sentir incómoda y no hacen sentir confianza en una misma	5
		No le dan información, no le hablan, no se presentan y no le piden permiso	3
		Cuidado mecanizado	2
		El hospital está frío y saturado	2
		Perdida en el sistema	1
<b>Total</b>	<b>53</b>		<b>53</b>