

**Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica  
para la atención a la salud materna en México**

**Informe final**

## I. INTRODUCCION Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

El modelo actual de atención obstétrica en México ha resultado en un alto porcentaje (94%) de partos institucionales (Gutiérrez et al 2012). Los hospitales públicos se encuentran saturados de partos normales y hay pocos recursos humanos para atender las emergencias obstétricas, lo cual se ha traducido en una disminución de la calidad de la atención. La inclusión de parteras profesionales y enfermeras obstétricas en los modelos de atención para redistribuir los partos normales hacia el nivel primario de salud se plantea como parte de la solución. Existen experiencias de modelos exitosos que indican la factibilidad de llevar a mayor escala estas intervenciones. A pesar de ello y de los esfuerzos -muchas veces aislados o poco coordinados- por impulsar la integración de estos proveedores no se ha realizado un ejercicio para identificar las mejores formas para avanzar.

Este informe describe la realización de un ejercicio de investigación a fin de identificar cómo invertir estratégicamente para impulsar nuevos perfiles profesionales en la atención a la salud materna en México, desarrollar nuevos proyectos y contribuir, en lo posible, a la toma de decisión de las autoridades de diversas organizaciones interesadas en el tema.

Específicamente, los objetivos de este trabajo incluyeron:

1. Identificar las oportunidades y retos para fortalecer la partería profesional / enfermería obstétrica,
2. Producir una base de datos con los principales actores e instituciones clave en el tema de partería profesional / enfermería obstétrica, e
3. Identificar las características de los modelos exitosos de partería profesional / enfermería obstétrica en México.

## II. METODOLOGIA

### a. Recopilación bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar publicaciones recientes sobre el estado de conocimiento de la partería profesional / enfermería obstétrica en México. Los documentos se encontraron a través de consultas en internet, utilizando diferentes combinaciones de palabras clave (partería profesional, enfermería obstétrica, México, sistema de salud, calidad, educación). A estos documentos se agregaron aquellos previamente recopilados por la Fundación MacArthur y el UNFPA. Como parte de las entrevistas (ver abajo) se solicitó ayuda para identificar otras fuentes de datos, sobre todo aquellos no publicados, que pudieran complementar la lista. Se revisaron los contenidos y se seleccionaron los documentos más relevantes y actualizados y, como resultado de dicho ejercicio, se compiló una base de datos para facilitar su consulta.

### b. Entrevistas

Se realizaron entrevistas a un grupo de actores clave (parteras, enfermeras, representantes de asociaciones profesionales, académicos, tomadores de decisión) identificados por su experiencia en el tema o por representar a instituciones relevantes. Como paso inicial, se compilaron sus datos de contacto en una base de datos. Además, siguiendo la técnica de bola de nieve, se pidió a los entrevistados que identificaran otras personas que pudieran responder a la entrevista. La realización de algunas de las entrevistas requirió de múltiples intentos por programar citas e incluso varias fueron reprogramadas en más de una ocasión. Algunas de las entrevistas no pudieron realizarse en los cinco meses que duró la investigación. En un esfuerzo por incluir las ideas de una participante, se solicitó responder por correo electrónico a una serie

de preguntas.

Las entrevistas se realizaron en persona con quienes residían en la Ciudad de México y vía Skype o teléfono para los participantes de otros estados. Las conversaciones fueron audio-grabadas, previo acuerdo con cada entrevistado, y se aseguró que los contenidos se mantendrían en confidencialidad. Las entrevistas se basaron en una guía temática eligiendo preguntas específicas de acuerdo al perfil del entrevistado. Finalmente, se realizó un análisis de contenidos, clasificando los temas en oportunidades, retos y recomendaciones como se detalla a continuación.

### III. RESULTADOS

Se identificaron 31 documentos clave cuya información principal está sistematizada en una base de datos por separado. Con base en estos datos bibliográficos, existe un sustento sólido para justificar la necesidad de invertir en la partería profesional y la enfermería obstétrica para la atención a la salud materna, sobre todo desde la perspectiva de la política internacional en salud. Mientras tanto, los estudios publicados por el Instituto Nacional de Salud Pública y pertinentes al contexto mexicano son la única fuente de evidencia científica y actualizada que apoya el modelo de atención obstétrica con dichos proveedores de nivel medio en el país.

La documentación descriptiva de las escuelas de partería en el país es heterogénea: para las de mayor antigüedad, existen múltiples documentos sobre sus características y necesidades, mientras que la información de las más recientes ha sido difícil de accesar. Existen pocos documentos que, por sí mismos, hagan un análisis de las oportunidades y retos para el fortalecimiento de la partería profesional. Los contenidos, más bien descriptivos, no se repiten aquí sino que se presentan como anexos para ser analizados a mayor detalle dependiendo de las líneas de trabajo que se sigan a futuro.

En total se realizaron 16 entrevistas entre julio y noviembre, 2013. A continuación se presentan los hallazgos sobre los principales determinantes del estado actual de partería profesional y enfermería obstétrica en México, categorizados como oportunidades y retos para el fortalecimiento de dichas profesiones. En algunos temas, se logró hacer una comparación y contraste de opiniones mientras que para otros se reportan ideas divergentes de los entrevistados. Dentro de la presentación de los resultados de las entrevistas, se hace referencia a la información bibliográfica en la que pueden encontrarse descripciones detalladas de algunos aspectos de partería profesional y enfermería obstétrica. Al final del documento se incluyen las propuestas de los participantes sobre las líneas de acción que podrían seguirse para romper con algunos de los retos, o bien, para construir sobre las oportunidades existentes.

## **A. Oportunidades**

- Existe una importante influencia de las políticas de salud internacionales

Varios de los entrevistados concordaron que la visibilidad del incumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5) -reducir la mortalidad materna (RMM) en un 75% para el año 2015- es una oportunidad para mantener la prioridad que ha tenido a la salud materna en las agendas nacionales. Uno de ellos sugirió que los programas de acción específicos para salud reproductiva- que tendrían que publicarse por el gobierno federal próximamente - muy posiblemente den prioridad al tema de la salud materna a través de la integración de estrategias innovadoras. De esta forma, quizás se mencione explícitamente en los modelos de atención a enfermeras obstétricas y parteras profesionales. Dado que las agendas de la sociedad civil, organizaciones internacionales, academia y gobierno han estado tan fuertemente influenciadas por el ODM5, difícilmente se perderá la atención al tema y seguirá incluido en sus programas de trabajo.

Por otro lado, las agendas internacionales de algunas agencias de naciones unidas tienen como alta prioridad la inclusión de la partería en las acciones que se implementan a nivel de país. Existe trabajo específico para trabajar con los políticos en la generación de modelos de atención que incorporen estos perfiles de proveedores.

- Se ha desarrollado un fundamento científico que avala la integración del proveedor de nivel medio (partera profesional o enfermera obstétrica) en la atención de la salud materna.

Hace varios años se ha trabajado en la generación de evidencias sobre el rol que pueden tener las parteras para mejorar la calidad de la atención obstétrica al compararlas con otros

prestadores de salud. El Instituto de Salud Pública desarrolló unas investigaciones secuenciales que comparan los modelos de provisión de salud materna por medio de médicos, parteras profesionales y enfermeras obstétricas, a fin de incidir en las políticas de salud. Primero se compararon los contenidos curriculares de la ENEO (enfermeras), CASA (parteras profesionales) y la UNAM (médicos) contra las habilidades y destrezas mínimas propuestas por la Confederación Internacional de Matronas (Cragin et al 2007). En un siguiente estudio, se evaluaron prácticas basadas en evidencia y lineamientos de la OMS para la atención del parto y se encontró que, tanto parteras como enfermeras, se desempeñaron igual o mejor que los médicos (Walker et al 2011). Finalmente, se diseñó un ensayo aleatorizado por conglomerados, comparando clínicas rurales en dónde se integró la partería profesional y enfermería obstétrica para atención salud materna, con clínicas atendidas por médicos. Los resultados de las clínicas de intervención fueron más favorables que en los controles (Walker et al 2013).

- Han habido importantes avances en el marco normativo-legal que facilitan la inserción de la partera profesional / enfermera obstétrica en el modelo de atención a la salud materna

Se han impulsado políticas públicas que permiten que parteras de formación técnica tengan elementos de vinculación más formales con los servicios de salud. Los siguientes ejemplos ayudan para argumentar un rol más activo de la partería en el país. Por una parte, está en proceso de revisión el proyecto de norma NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, en la que se limita las prácticas de rutina innecesarias y que no están basadas en la evidencia, como la revisión de cavidad uterina, episiotomía y rasurado de área pública.

En el ámbito de la enfermería, la Comisión Permanente de Enfermería autorizó el código de licenciada en enfermería obstétrica a nivel nacional en el 2000 y el código de enfermera obstetra en el 2005. De igual forma, se está impulsando el proyecto de norma NOM-020-SSA3-

2009, Para la práctica de la enfermera obstetra en el Sistema Nacional de Salud, que define las competencias de la enfermera. Recientemente y por decreto presidencial, se adicionó el artículo 28 Bis a la Ley General de Salud (Diario oficial de la federación, 5 de marzo, 2012) en el que se define que las enfermeras "podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud".

Por otra parte a inicio de 2011, se aprobó la modificación a la Ley General de Salud (se adicionan los artículos 61, 64 y 79) para abrir código de atención por parteras técnicas (Código "M02117 Partera Técnica") y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó la creación y el registro del puesto de partera técnica. Con esto, se ha logrado la contratación de parteras profesionales en diferentes entidades federativas. Según un listado<sup>1</sup> del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) en octubre 2013 había 23 parteras técnicas contratadas en los siguientes estados: Guerrero (9), Veracruz (5), San Luis Potosí (5), Puebla (3) y Tabasco (1).

Estos datos coinciden con los compartidos por una organización de la sociedad civil, en los que se identifica a siete estados (Campeche, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz) que etiquetaron presupuesto del CNEGySR para el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) en 2013. Estos datos no excluyen la posibilidad de que las mismas u otras entidades federativas puedan etiquetar recursos financieros de otras fuentes para la contratación de parteras, bajo el mismo concepto de APV. Esa es una posible explicación por la cual Campeche y el Distrito Federal no aparecen en la lista del CNEGySR. Específicamente para Guerrero, la información presupuestal es la siguiente:

Personal eventual:

Descripción adicional: PARTERAS PROFESIONALES POR UN AÑO CON SUELDO DE \$11,972.00 BRUTOS MENSUALES. (INCLUYE BONO DE FIN DE AÑO POR \$22,700.95)

P.U.: Por Unidad: 166,364.95 pesos

---

<sup>1</sup> Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Listado de parteras técnicas profesionales contratadas por los servicios de salud estatales. Documento de word con información actualizada a octubre 2013

Cantidad: 10

Total: 1,663,649.50 pesos

- Los médicos han aceptado la integración de parteras profesionales y enfermeras obstétricas dentro de los equipos de salud materna

Existen experiencias en las que los médicos han podido observar el trabajo de la partera profesional / enfermera obstétrica y han cambiado sus actitudes iniciales de rechazo por aceptación. "Tener a las parteras profesionales en un mismo sitio con médicos, interactuando y aprendiendo en un mismo espacio, es un gran avance"...."Hay médicos que han trabajado con ellas y solo así se han convencido (de sus habilidades)". Aunque no lo había hecho a la fecha, una de las entrevistadas propuso integrar a parteras profesionales en su equipo de trabajo, conformado por médicos y enfermeras, y "darle un rol de capacitadora o facilitadora como oportunidad para dar reconocimiento a la partería."

- Existen diversos modelos de atención que incorporan a la partera profesional y la enfermera obstétrica de forma exitosa

La escuela de Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, AC (CASA), abierta en San Miguel de Allende en 1996, es la primera escuela de partería profesional acreditada por el gobierno mexicano y el programa de partería profesional del país más nombrado durante las entrevistas. La historia de la escuela y las características del modelo están ampliamente descritas en otros documentos (Ver Goodman y Moraga 2012).

En mayo 2012, se firmó un Convenio Marco de Coordinación entre el Gobierno del Estado de Guerrero y CASA AC y en julio siguiente se aprobaron el plan y el programa de la Carrera Técnica Partería Profesional en Guerrero. Como consecuencia directa de estos cambios

normativos, se crea la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero, como organismo público descentralizado en Tlapa de Comonfort.

La escuela de Tlapa tiene 64 alumnas a la fecha. Todas de ellas provienen de municipios cercanos, con la idea de que regresen a trabajar a sus comunidades una vez concluida su formación. Uno de los problemas que enfrenta la escuela de Tlapa actualmente es la incertidumbre sobre la apertura de plazas para las primeras 30 parteras que egresarán en un año y medio. Por otra parte, la dirección de la escuela está vacante hace varios meses y, mientras no se nombre un nuevo director, no se puede ejercer el presupuesto que está asignado para la escuela. Se envió una solicitud de financiamiento al gobierno del estado. Sin embargo, el presupuesto enviado es solamente un aproximado para el manejo de la escuela, basado en los costos de uniformes, alimentos y otros materiales para alumnas. Los costos calculados no contemplan los gastos indirectos y tienen pendiente realizar un ejercicio de costeo detallado para conocer el costo de formación por alumna.

Otras escuelas de partería (referirse al documento Organizaciones que capacitan personal para la atención del parto. INSP, 2010) incluyen Mujeres Aliadas en Michoacán y Luna Llena en Oaxaca. Ésta última con 17 egresadas en su primera generación de 2008 y una segunda generación de 17 mujeres en formación actualmente. Ambas escuelas comparten el reto de otorgar becas a sus estudiantes para que puedan costear sus traslados y viáticos. De la misma forma, existen pocas oportunidades para encontrar campos clínicos en dónde realizar las prácticas de formación para las estudiantes de ambos centros.

La Maternidad de Atlacomulco en el Estado de México, fundada en 2009 y basada en el modelo de atención de CIMIGEN con enfermeras obstétricas (Ver OPS / Mexico 2013), es contrastante en diversos aspectos. La atención abarca toda la edad reproductiva: desde detección de riesgos en adolescentes, planificación familiar y hasta la menopausia. Dentro de la maternidad hay un módulo de afiliación al seguro popular. Las enfermeras cuentan con licenciatura, están tituladas y certificadas y trabajan en estrecha colaboración con un médico ginecólogo que está

de guardia por la mañana y los fines de semana. Además, las enfermeras están capacitadas en atención de emergencias médicas (ATLS, PRONTO, reanimación neonatal). Las pacientes que llegan a requerir cesáreas son refieridas al Hospital General de Atlacomulco para su atención. Además la Maternidad es sede de la formación en enfermería perinatal de la ENEO desde 2011.

El modelo de Atlacomulco ha sido tan exitoso que se está replicando a nivel estatal. El proyecto completo tiene como objetivo la instalación de 10 maternidades que trabajen en red con 68 centros de salud. Todas estas maternidades serán dirigidas por enfermeras perinatales y enfermeras obstétricas. Se prevé la necesidad de formar 1000 enfermeras perinatales para cubrir las plantillas laborales y los turnos necesarios. El modelo ya está instalado de forma exitosa en el Hospital de Huehuetoca. El programa de enfermería representa una oportunidad de empleo y de desarrollo para las enfermeras mexiquenses. Estudiar enfermería es un incentivo para recibir un salario de forma inmediata, ya que las egresadas cuentan con trabajo de forma inmediata.

CIMIGEN y la Maternidad del Ajusco Medio son otras dos maternidades que están basadas en la atención por enfermeras obstétricas y fueron mencionadas en las entrevistas.

- Existen organizaciones interesadas en otorgar financiamiento

La siguiente información se obtuvo por medio de entrevistas dirigidas a representantes de las fundaciones enlistadas, sin incluir a la Fundación MacArthur, que tiene una larga trayectoria y diversidad de financiamientos otorgados en el tema.

Fundacion ADO: Sus objetivos son generar capacidades y competencias para mujeres a nivel comunitario e invertir en proyectos participativos, con organizaciones de base, y que generen empleos y nuevas fuentes de ingresos. Han financiado las actividades de la escuela de Tlapa, desde 2011.

Fundación W.K. Kellogg: Está apoyando con dinero para los salarios de las parteras de Tlapa y para el financiamiento de actividades de la Asociación Mexicana de Partería.

Embajada de Finlandia: Actualmente está financiando la escuela de Mujeres Aliadas.

Fundacion Slim: Su trabajo actual involucra a parteras tradicionales. Pueden considerar iniciativas fortalecimiento de capital humano a través de capacitaciones o de uso de tecnologías para modelos de prevención.

## **B. Retos**

- Prevalece una conceptualización equivocada sobre la partería profesional

Una de las principales dificultades que surgen al hablar de partería es la confusión que existe entre la partería profesional y la tradicional. La falta de claridad conceptual se da al interior del sistema de salud pero también hacia afuera. Una explicación que dieron los entrevistados es que no está bien definida la figura de partería tradicional ni sus áreas de competencia, a pesar de que es un grupo relativamente presente y más o menos identificado en el país. A raíz de la falta de definición sobre la partería tradicional, fue complicado para varios de los entrevistados identificar las diferencias y similitudes que existirían con la partería profesional.

Por otro lado, una parte de la confusión surge de la gran heterogeneidad existente entre los diferentes programas curriculares de formación de parteras profesionales y que incorporan más o menos elementos de la partería tradicional (ver Organizaciones que capacitan personal para la atención del parto INSP). Existe una múltiple categorización de estos prestadores de atención a la salud materna, que combinan frecuentemente con el término "partera" los calificativos tradicional, técnica, empírica, certificada (ver "Partería y enfermería obstétrica en Mexico" INSP, marzo 2011). Según una entrevistada, "al hablar sobre la situación de la partería no se tiene absoluta claridad para saber 'de quién estamos hablando.'"

Históricamente, las parteras profesionales han sido muy pocas (ver documento Carrillo 1998) y su cantidad en el país disminuyó dramáticamente hace unos 100 años. De esa forma, es difícil para muchos hablar de partería porque es algo a lo que no se han expuesto, algo que no se ha experimentado. Los entrevistados relataron experiencias en las que se está limitando el campo de acción de la partera tradicional- específicamente con relación a la atención del parto- y, con ello, también aumenta el desconocimiento sobre la partería tanto para la población en general como para otros actores clave, sobre todo dentro del sector salud.

Las parteras tradicionales de Guerrero han dejado de atender partos porque "en las capacitaciones les meten miedo a las complicaciones y muerte materna." Las parteras tradicionales ya no están atendiendo partos, mas bien atienden embarazos, los partos se atienden en los centros de salud por gratuidad y por los incentivos del Programa Oportunidades y del Seguro Popular. En Oaxaca, por ejemplo, esto es un reto para las parteras quienes trabajan de forma independiente y bajo el aval de sus comunidades. En dicho estado se ha observado que las mujeres son amenazadas al advertirles que si se atienden con parteras no serán recibidas en las instancias de salud del gobierno. Las políticas de gobierno de alguna forma obligan a las mujeres a tener sus partos en las clínicas. "En el estado ha habido una especie de cacería por el tema de cuidado hacia la muerte materna. Ya nadie quiere atender partos por miedo a que se complique (la mujer) y se muera". Esta percepción es compartida también en Michoacán: "...en las clínicas les dicen (los médicos) a las parteras 'si se te complica, no cuentes conmigo'."

- Está pendiente identificar los roles y espacios pertinentes para cada tipo de profesional

Al preguntar a los entrevistados si habría que formar a enfermeras obstétricas como a parteras profesionales, todos coincidieron en la necesidad por invertir en los dos tipos de perfiles dado que cada uno tendría tanto un rol como un espacio de trabajo específico. Un tomador de decisión argumentó, además, que mantener a los dos tipos de proveedores garantiza el derecho de la mujer a elegir quién la va a atender y en dónde.

Un paso crítico, mencionó un entrevistado, es que el sistema de salud tenga claridad del nicho de trabajo de un proveedor con ciertas competencias. Eso permite tomar la decisión sobre cómo y adónde serán formadas: ¿quiero que se inserte en el trabajo hospitalario o independiente en la comunidad? "Si se decide formar enfermeras obstétricas, es una pérdida utilizarlas para realizar el trabajo de enfermera general en un hospital".

Por otro lado, algunos hablaron negativamente sobre el papel de la enfermera por considerar que no aprende a tomar sus propias decisiones dado que, desde su formación, saben que hay alguien más (el médico) que va a tomar una determinación final sobre el manejo de una paciente. Sin embargo, las enfermeras fueron vistas como más adaptables que las parteras a compartir un espacio clínico con médicos. Un entrevistado, de formación médica, opinó que la enfermera tiene una ventaja competitiva sobre las parteras ya que pueden participar de forma activa en el proceso de atención de una emergencia obstétrica e incluso integrarse sin dificultad a un equipo en el que la enfermera participa en una cirugía de urgencia.

Independientemente del tipo de personal de salud que se forme, más de un entrevistado señaló la importancia de que sea capaz de otorgar servicios de salud reproductiva a nivel primario de salud, incluyendo control de embarazo, parto eutóxico, detectar y estabilizar una complicación y referirla para el sitio adonde se va a resolver. También se mencionó la importancia de que el personal sea originario de la zona adónde se pretenda ubicar su plaza de trabajo al egreso. Esto hace que la comunidad se identifique con el proveedor y se facilite el establecimiento de una relación de confianza.

Por otra parte, las características geográficas y la distribución poblacional- dispersa- de algunas regiones en el país fueron identificados como espacios con necesidad de parteras profesionales. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, fueron mencionados como ejemplos adónde los servicios de atención obstétrica se deben acercar a la población y el rol de la partera representa una solución culturalmente aceptable.

- El gremio médico es cerrado e inflexible

Los médicos fueron considerados como uno de los principales retos para la integración de parteras profesionales y enfermeras obstétricas en los equipos de atención a la salud materna. Una entrevistada lo resumió de la siguiente manera: "Ellos lo viven como una disminución de su

poder, del control, en lugar de entender que el *task shifting* y *task sharing* los beneficiaría para concentrar su atención como un servicio de calidad para los casos que lo requieren". Sin embargo, preveé que la integración de otro tipo de figuras profesionales en equipos de trabajo sea algo inevitable, tanto en la atención pública como en la privada. Una entrevistada dijo "el ginecólogo ya no se puede esperar 24 horas para atender un parto".

En diversas entrevistas se repitió la idea de que los médicos creen que les ha tomado mucho tiempo estar adónde están, muchos años de estudio, y no es válido que alguien que estudie solo tres años pueda atender un parto. "Hay una desconfianza técnica combinada con un celo profesional." Según una entrevistada, la atención de embarazo y parto representa el principal ingreso para los ginecólogos y tienen miedo a perder su poder económico. Al igual que en otras esferas sociales, "este problema se complica por la discriminación de género y por etnia."

- Tema que involucra una compleja red de interlocutores tanto al interior como hacia afuera de la Secretaría de Salud (SSA)

Los programas dentro de la SSA muchas veces sufren por la estructura vertical así como por la falta de articulación entre las diferentes áreas. Dentro de la SSA existe una gran variedad de interlocutores para quienes este tema es relevante y con los cuales es necesario establecer una coordinación para lograr la inclusión de la partería profesional / enfermería obstétrica en los modelos de atención. El área responsable de la salud materna dentro del CNEGySR, depende de una subsecretaría y de las prioridades de los tomadores de decisión que se establezcan en las diferentes escalas de toma de decisión política. Además, el tema involucra áreas de formación de recursos humanos, de calidad de la atención, etc y, hacia afuera de la SSA, los sectores gubernamentales de educación y de hacienda son otras contrapartes relevantes. Los avances sustantivos requerirán de articular esfuerzos entre diversos actores, con distintas visiones de la problemática.

- Hay una falta de cohesión al interior de las agrupaciones existentes, a pesar de que se identifica la importancia de la formación de asociaciones gremiales de partería

Los entrevistados dijeron que las asociaciones gremiales son importantes por las siguientes razones: para el profesionalismo, el fortalecimiento gremial, certeza del automonitoreo profesional, como garantía de la calidad de atención y limita los riesgos de una mala práctica para las usuarias. Una entrevistada notó la importancia de que las certificaciones se realicen entre pares y no desde otra profesión, para darles mayor validez. En complemento, un entrevistado consideró a las agrupaciones como una forma de establecer diálogos políticos y técnicos, de visibilizar (en este caso) a la partería profesional para fortalecer al gremio en el país y de ser parte de los procesos de actualización y educación continua.

Se identificó un vacío en la existencia de instituciones que otorguen el reconocimiento académico de formación de las parteras, en coordinación con los sistemas de acreditamiento formales del país. Ese fue mencionado como el mecanismo para ligar una oportunidad laboral de acuerdo a las habilidades y competencias que haya demostrado tener un profesional. Se mencionó la creación de la Asociación Mexicana de Parteras como un ejemplo de avance para fortalecer a los diferentes actores promoviendo o trabajando en partería profesional. Sin embargo, la misma Asociación fue ejemplo de reto para lograr una verdadera cohesion entre sus integrantes, dada la gran diversidad entre actores participantes, resultante de la formación profesional y visión de cada uno de sus miembros. Las fricciones entre los diferentes grupos trabajando en partería se evidenciaron a lo largo de las entrevistas e ilustran las dificultades por hacer coincidir el trabajo colaborativo al interior de la Asociación de Partería. Una partera independiente habló sobre un modelo de formación de parteras "(eso) no es partería, es una extraña mezcla de enfermería hospitalaria que poco tiene que ver con partería." Por su parte, una partera profesional opinó sobre las enfermeras "no son enérgicas y se echan para atrás cuando se pone tensa la situación" Por otra parte, se comentó en una entrevista que la

inclusión de partería tradicional en los esquemas de certificación ha sido motivo de discrepancia entre los grupos interesados.

- Existe un vacío en instancias nacionales que acrediten a las parteras

A falta de mecanismos locales para la acreditación de la partería profesional, algunos entrevistados han estado más o menos activos en la identificación de mecanismos de certificación a través de organizaciones internacionales. Se identificaron distintas instancias con las cuales algunos de los entrevistados han tenido intercambios en este sentido. Entre ellas se mencionaron: 1) The American Association of Birth Centers (AABC), a través de su comisión de acreditación, Commission for the Accreditation of Birth Centers, [www.birthcenters.org](http://www.birthcenters.org), 2) North American Registry of Midwives (NARM), [www.narm.org](http://www.narm.org) , 3) International Confederation of Midwives (ICM), [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org), 4) Midwives Alliance of North America (MANA), [www.manan.org](http://www.manan.org) y 5) Canadian Association of Midwives (CAM), [www.canadianmidwives.org](http://www.canadianmidwives.org).

A nivel nacional, la acreditación por parte de las instituciones de salud y de educación depende de un primer paso de aval a los planes de estudios y de infraestructura de las instancias educativas. Algunos procesos de acreditación, según los describen las entrevistadas, son complicados y sujetos a la voluntad de los tomadores de decisión.

CASA es la única escuela formadora de parteras que ha logrado la acreditación oficial.

En contraste, las enfermeras tienen mecanismos bien identificados para la certificación a través del Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería y el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, quienes siguen la normatividad que emite la Comisión Permanente de Enfermería. La certificación es una garantía de calidad del profesional que ofrece la atención, trato justo y digno y un aval de honestidad, de decir la verdad a la mujer, otorgar confidencialidad en los servicios y respetar la autonomía de la mujer.

- Fragilidad en los modelos de capacitación existentes

Los modelos de capacitación para parteras profesionales / enfermeras obstétricas, son recientes y han sido desarrollados para responder a necesidades locales muy particulares. Esto dificulta su réplica y la estandarización de los modelos. Un entrevistado sugirió la importancia de que los modelos educativos se basen en una lista de (aproximadamente 300 competencias) sin importar las prácticas tradicionales que se agreguen.

Otra entrevistada lo resumió así: "El reto es garantizar que existan las competencias ya que para tener competencias necesitan tener práctica ....Tener práctica, ese es el problema con algunos programas de capacitación en partería. Si no se tiene práctica, no se pueden adquirir las competencias. Si no se atienden suficientes partos durante la formación, no se puede tener las competencias."

- La voluntad política actual es débil

De acuerdo con un par de entrevistados, se necesita voluntad política y un rol rector de la SSA para que, a partir de un modelo de trabajo en su sistema, se promueva la formación de recursos o la adecuación de los programas de capacitación. "Se debe evitar el egreso de profesionales de la salud que no encontrarán trabajo en el sistema."

- Lograr una prioridad política alta para integrar proveedores de nivel medio para mejorar la salud materna.

La voluntad para mejorar la salud materna e incidir específicamente sobre la RMM está presente en las instancias de gobierno. Sin embargo, la ausencia de voluntad para integrar a

parteras profesionales y enfermeras obstétricas dentro de los modelos se ve reflejada en la falta de prioridad del tema a nivel federal y en la ausencia de una descripción específica de estos actores y su rol dentro del Programa de Acción Específico del CNEGySR 2007-2012. Cuatro de los entrevistados coincidieron en sugerir - en parte bromeando pero a la vez seriamente- que la única forma de traer voluntad política a este tema es a través del involucramiento de la Presidencia de la República.

### C. Propuestas para avanzar

- Análisis de costos para convencer a tomadores de decisión

Dos entrevistados mencionaron que el argumento de la costo-efectividad ha sido subutilizado en el tema de recursos humanos para la salud materna en México. "Para convencer a un administrador o un tomador de decisión, reduce costos, el sueldo de las enfermeras y parteras es mas bajo (que el de un ginecólogo)," refirió uno de ellos. Otros entrevistados señalaron la necesidad de analizar los costos de acuerdo a los diferentes niveles de atención. Por ejemplo, comparar el costo de la atención de un parto en niveles primarios de salud, incluyendo los costos de referir un caso con complicaciones obstétricas, comparado con la atención del mismo caso en instituciones de segundo o tercer nivel.

Se identificó la existencia de un análisis del costo de capacitación y costo de la atención de partos sin complicaciones, entre médicos, enfermeras obstétricas y parteras (Protocolo de incorporación de personal alternativo, INSP 2008) en el cual, se reporta, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos. Sin embargo, no se tuvo acceso a esta información para poder analizarla.

- Analizar los modelos exitosos de partería / enfermería obstétrica existentes en su interacción con el modelo institucional actual

Según un entrevistado, se ha evidenciado que los modelos de partería " pierden" algunos de sus componentes en el momento en que las parteras profesionales se integran al campo clínico en el cuál los médicos atienden partos. Pero, ¿de qué forma influye la integración de parteras o enfermeras obstétricas en la provisión de la atención que brindan los médicos? Una investigadora opinó que faltan datos duros que exploren los modelos de partería existentes, sobre todo en sitios en donde se está contratando parteras y hay mejorías. Algunos datos a documentar podrían ser las mejoras, el volumen de atención, el apego a guías y, sobre todo, evidencia sobre cómo se evitan muertes maternas.

Por otra parte, la misma participante sugirió la posibilidad de invertir en una línea de investigación sobre atención amigable y respetuosa (a veces denominada "humanizada") ya que la literatura internacional está apoyando este tema y América Latina, por su composición indígena, tiene espacios adónde se puede demostrar que el modelo de partería es un camino para mejorar este aspecto de la calidad de atención.

Para los estados cuyos gobiernos van a apoyar la creación de sus propias escuelas de partería, habría que invertir en investigaciones de proceso que logren dar apoyo a los centros de formación y garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Por otro lado, el documentar los modelos que funcionen puede desencadenar el interés de replicarse en otros estados y llegar a un punto en que se autopromueva el éxito de la partería gracias a que hay un modelo funcionando.

Además, se requiere documentar la percepción de la población sobre el trabajo de las parteras, específicamente considerando indicadores de calidad. Se sugirió la necesidad de incorporar la visión de las usuarias para la adecuación operativa de los servicios. Las mujeres podrían

identificar las áreas de mejora y así se cumpliría con la obligación del estado para atender las necesidades culturales de las mujeres.

- Divulgación de información sobre partería profesional / enfermería obstétrica

Por una parte, se propone dar a conocer a la población qué es la partería profesional / enfermería obstétrica para permitir que la mujer sea quién exija esos servicios y genere una demanda. Es importante que la mujer, eventualmente, exija esos servicios. Es necesario divulgar la información de investigaciones para la toma de decisión. Una entrevistada propuso empaquetar la información relevante para lograr influir en las decisiones de formación de recursos humanos (programas de educación continua y planes curriculares). Por otra parte, la misma participante propuso no olvidar la difusión de la información dirigida a la sociedad civil como mecanismo para incidir en la agenda de la política pública.

Una entrevistada propone realizar simulaciones reales en donde se ponga a prueba la contribución que puede tener una partera profesional en un equipo de médicos y vice versa, explorando las ventajas y desventajas de trabajar en conjunto. Las simulaciones pueden emplearse también para confrontar los prejuicios que puede tener cada tipo de proveedor y así dar una experiencia vivencial, facilitada por terceros.

- Incentivos salariales

El tema de incentivos económicos emergió en dos entrevistas. Una participante comentó que unas parteras profesionales recibieron contratos por parte de los servicios públicos de salud por sueldos bajos que desincentivaron su permanencia en esos puestos. Para el caso de las enfermeras, otra participante coincidió en que una enfermera que asume mayores responsabilidades en la atención de la mujer, esperará que esto se reconozca con un aumento salarial.

- Incidir en la visión del gremio médico

Dos entrevistados coincidieron en que hay que cambiar la visión de los médicos desde las etapas tempranas de su formación en las universidades. Uno de ellos sugirió "buscar estrategias en las que se rompa con las jerarquías que se establecen entre médicos y enfermeras -a quienes se clasifica con menor rango- ". La otra propuso entablar discusiones participativas con los colegios de ginecobstetras, identificando aliados y construyendo estrategias para incidir, a través de ellos, en las agrupaciones de médicos.

#### IV. CONCLUSION Y SIGUIENTES PASOS

Los entrevistados identificaron un conjunto de oportunidades y retos para la inclusión de las parteras profesionales y enfermeras obstétricas en México y, en algunos casos, propusieron líneas estratégicas que lograrían acelerar los cambios. Varios de ellos expresaron su interés por identificar, en conjunto con sus pares, líneas estratégicas y pensadas en conjunto para sumar esfuerzos y romper con la tendencia de invertir en estrategias desarticuladas. Se estuvo de acuerdo en la necesidad de hacer un plan concreto sobre donde ir avanzando. Para ello se propone realizar un ejercicio de socialización, retroalimentación y priorización de los hallazgos de las entrevistas para generar acciones estratégicas.

#### BIBLIOGRAFIA

Cragin, L., DeMaria, L.M., Campero, L., Walker, D.M. Educating skilled birth attendants in Mexico: do the curricula meet international Confederation of midwives standards? *Reproductive Health Matters*, 2007. 15, pp 50–60.

Carillo, A. M. (1999). "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México." *DYNAMIS. Act Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 19: 167-190.

Goodman, N y Moraga J. La inserción del técnico, técnico superior y licenciado en partería profesional a la estructura ocupacional del Sistema Nacional de Salud. Documento en pdf presentado a la Secretaría de Salud el 4 de noviembre, 2012.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

OPS / México. La maternidad de Atlacomulco: modelo de atención de la mujer y del menor de 2 años basado en atención primaria de la salud en el Estado de México. Primera edición, 2013. Documento impreso.

Walker, D., DeMaria, L., Suárez, L., Cragin, L., EAMOCMRT. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? Journal of Midwifery & Women's Health 2011. 57, 18–27.

Walker, D. et al. Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non- physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. Midwifery 2013, Vol 29, Issue 10 , pp 1199-1205