



Parterteríai
en México



La información aquí presentada resume los hallazgos de la investigación **Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México**, realizada por Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees y Paola Sesia con la asistencia de Aitza Calixto, Rebeca Hernández y Fátima Valdivia y publicados por la Fundación MacArthur en 2016.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.

Resumen a cargo de María Faget y Ariadna Capasso.
Revisión técnica: Sharon Bissell Sotelo y Elsa Santos Pruneda.

Fotografía: Asociación Mexicana de Partería
Diseño y puesta en página: Lucía Lozano
© Management Sciences for Health, 2017

Para más información: goo.gl/iqHbzr

PRESENTACIÓN

Si bien México logró disminuir su razón de mortalidad materna (RMM) en un 57,8%¹ entre 1990 y 2015, el país no cumplió con el compromiso de reducir la RMM en tres cuartas partes como acordado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Más aún, el promedio nacional de 38,9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos esconde enormes disparidades e inequidades a lo interno del país². Por ejemplo, en 2012 el riesgo de morir por una causa relacionada al embarazo, el parto o el puerperio era cinco veces mayor para las mujeres en los 100 municipios más pobres³ del país; y tres veces mayor para las mujeres indígenas⁴. La gran mayoría de estas muertes se podrían evitar si todas las mujeres recibieran una atención calificada antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta estrategia también prevendría muchas de las muertes neonatales e infantiles.

A pesar de los avances en la cobertura y calidad de los servicios, persisten en el país enormes brechas en el acceso a una atención calificada en salud materna. Para responder a esta situación, el gobierno mexicano, en alianza con organizaciones de la sociedad civil, está liderando un movimiento para fortalecer el rol de las parteras profesionales en el continuo de la atención a la mujer. **Está demostrado que invertir en personal de partería competente, motivado y respaldado, es una estrategia costo-efectiva para mejorar la calidad de la atención y los resultados maternos y neonatales⁵.**

En apoyo a esta iniciativa, la Fundación MacArthur facilitó la realización de una línea de base sobre la situación de la partería profesional en México, abarcando cinco componentes clave para la institucionalización de la partería: a) el marco normativo y legal; b) los actores que definen la agenda pública; c) los programas de formación en partería; d) las oportunidades de empleo en los servicios de salud; y, e) la partería y la calidad de la atención⁶.

Este documento resume los hallazgos de dicha línea de base, señalando algunas estrategias prioritarias para la incidencia. Está dirigido a todas aquellas personas e instituciones abocadas a promover la partería profesional en México. Busca aportar evidencia para continuar insertando la partería profesional en la agenda pública de salud como una estrategia fundamental para mejorar la calidad de la atención materna y reproductiva, reducir la morbi-mortalidad materna y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que México ratificó en 2015.

Evolución de los servicios de atención materna y de la partería en México



Las parteras tradicionales contaban con enorme prestigio y atendían los partos con abundantes recursos terapéuticos naturales para aliviar problemas comunes de las mujeres durante el parto.

1833

Nace la partería profesional con la Cátedra de Partería, unida a la carrera de Medicina y Cirugía. Las parteras estudian lo mismo que los médicos y ambos trabajan juntos en las maternidades.

1880 - 1900

Se crea la Cátedra de Ginecología. Aumentan los requisitos para la formación de parteras; el cuerpo médico comienza a desplazar a las parteras profesionales y abundan las críticas a la práctica de la partería.

1900 - 1960

Se crea la carrera de enfermería y partería como especialización de la enfermería. La mayor parte de los partos en hospitales son atendidos por enfermeras obstetras, quienes también llevan el control del embarazo y la atención perinatal.

La atención del parto en México

El desarrollo de la partería tiene una larga historia en México, comenzando con la práctica ancestral de las parteras tradicionales en casi todo el país. A pesar de ello, hasta el día de hoy, ni las parteras tradicionales ni las profesionales han tenido el debido reconocimiento, ni un espacio de actuación claramente definido dentro del sistema de salud.

En la actualidad, el 96% de los partos en México se atienden en hospitales de segundo nivel. Esto ha provocado la saturación de los servicios, los cuales no siempre cuentan con el personal ni los recursos materiales y financieros suficientes para brindar una atención materna de calidad. La demanda excesiva de servicios ha llevado a situaciones de maltrato a la mujer y su recién nacido, incluso a casos de violencia obstétrica. Adicionalmente, la presión también ha llevado al uso rutinario de prácticas no basadas en la evidencia, y a la excesiva medicalización del parto. Por ejemplo México ocupa el cuarto lugar en el mundo y el segundo en América Latina en tasa de cesáreas, con un incremento de casi el 50% en los últimos 15 años⁷.

1960 - 1980

Eliminan las plazas para parteras en los hospitales. Los médicos atienden todos los partos en los hospitales y se comienza a capacitar a las parteras tradicionales en planificación familiar y en parto seguro para cubrir zonas rurales.

80'

Hay una expansión de la atención primaria, y surge la Iniciativa por una Maternidad Segura. Bajo un nuevo "enfoque de riesgo" se prioriza la detección de riesgo en la atención prenatal y la referencia de casos potencialmente complicados a hospitales. Se continúa la formación de parteras tradicionales en procedimientos seguros, aunque sin reconocimiento de sus capacidades clínicas y socio-culturales.

90'

Se prioriza el acceso a la atención obstétrica de emergencia, basado en que las complicaciones obstétricas no son siempre previsibles pero pueden ser manejadas con el acceso inmediato a atención calificada del parto y a servicios con capacidad resolutive.

2000 +

En respuesta al desafío del ODM 5 de reducción de la mortalidad materna, México adopta la estrategia de atención hospitalaria de todos los partos, para asegurar el acceso a atención obstétrica de emergencia.

Cada vez se tiene mayor conciencia de la importancia de una atención en salud sexual y reproductiva de calidad, centrada en la mujer y basada en las competencias tanto técnicas como interpersonales del proveedor en todas las etapas del continuo de la atención. Asimismo existe una tendencia hacia la atención respetuosa del parto bajo el paradigma de que el parto es un proceso natural que solamente requiere intervención médica cuando ocurre una complicación. Este modelo, sin embargo, no es del todo compatible con la organización actual de los servicios públicos de salud, que priorizan la atención del parto por médicos generales y gineco-obstetras en el nivel hospitalario.

A nivel global, está claramente demostrado que invertir en personal de partería competente, motivado y respaldado, es una estrategia costo-efectiva para mejorar la calidad y la continuidad de la atención⁸. Según un informe sobre la partería en México⁹, los proveedores calificados sólo alcanzan a cubrir el 61% de las necesidades en salud materno-neonatal, por lo tanto promover y potenciar la labor de las parteras profesionales^a para que atiendan los partos de rutina en el primer nivel o en el nivel intermedio, dentro de un sistema de referencia seguro, oportuno y siempre disponible, es una estrategia a impulsar.

a. En este documento el término partera profesional se refiere a las enfermeras-parteras – o sea, a las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, las Licenciadas en Salud Sexual y Reproductiva y Partería Profesional y las Enfermeras Perinatales que atienden partos aunque ellas no se identifiquen con el término parteras–, a las parteras técnicas y a las parteras autónomas. Nos referiremos a la partera en femenino, aunque reconocemos la existencia de parteros.

El marco normativo y legal para el ejercicio de la partería en México

En los servicios centrados en la mujer, las mujeres deben ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién parir, en el marco de los derechos humanos. El parto y el nacimiento deben ser un momento especial y placentero vivido en condiciones de respeto y dignidad humana¹⁰.

En junio de 2016, se aprobó una versión revisada de la *Norma Oficial Mexicana 007*, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención de la persona recién nacida¹¹. En ella se hace referencia específica a las parteras^b como prestadoras **calificadas** para la atención del parto de bajo riesgo obstétrico. Esta norma es de cumplimiento obligatorio a nivel federal para todo el personal de salud del sector público, social y privado.

Esta norma, junto con la aprobación en 2011 de códigos laborales para la contratación de parteras técnicas^c, supone un enorme logro hacia el reconocimiento de la partería. También la aprobación en 2014 de la *Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*¹² de la Secretaría de Salud, es un ejemplo de los esfuerzos para incorporar las prácticas basadas en la evidencia en los procesos de atención materna.

Sin embargo, es necesario complementar estos avances con un modelo nacional de partería, junto con directrices operativas para instalarlo. La ausencia de un marco regulatorio específico de aplicación federal ha hecho que el desarrollo e implementación de un modelo integrado por parteras quede en manos de iniciativas aisladas, las cuales a menudo enfrentan resistencias y son susceptibles a cambios de gobierno, liderazgos o prioridades personales. Es necesario ahora armonizar y homologar todos los elementos del marco normativo y regulatorio de manera de contar con lineamientos claros para una atención materna de calidad que faciliten una implementación amplia y una supervisión efectiva.

“Existen muchas normas, pero ¿hasta qué punto se aplican? Necesitamos crear entornos habilitantes...generar rendición de cuentas vertical...y un entorno normativo mucho más integral...”
(Funcionario de gobierno federal)

La línea de base constató una percepción positiva con respecto a la inclusión de las parteras profesionales y apertura por parte de la Secretaría de Salud para que vuelvan a atender los partos de bajo riesgo en el primer nivel. Sin embargo, la difusión e implementación amplia de la Norma 007 es fundamental para generar un apoyo más amplio a la partería. Persiste la confusión entre la partera profesional y la tradicional, y las parteras técnicas no siempre son consideradas “profesionales” ya que no tienen un grado universitario. A menudo se excluye a las parteras de la definición de “personal calificado”.

b. La norma menciona específicamente a las enfermeras obstetras, a las parteras técnicas y a las parteras tradicionales capacitadas.

c. En 2011 se aprobó la modificación a la Ley General de Salud para incluir un 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.

“No tenemos orientaciones o un modelo de atención en partería. En el nivel operativo, debemos adaptarnos a lo que ya está allí. Necesitamos conocer cómo trabajar y el alcance y responsabilidades de cada prestador de salud”....

(Funcionario de gobierno estatal)

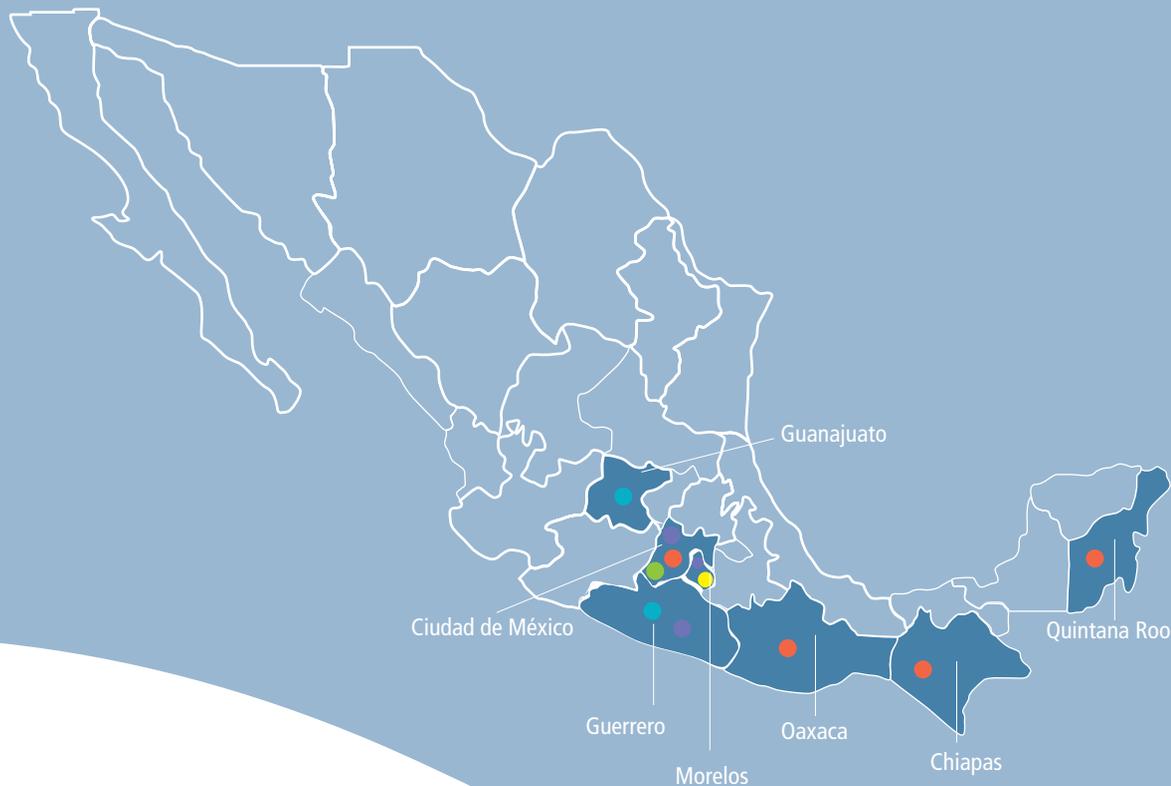
Es muy importante que se comprenda cabalmente **el rol de la partería profesional, quiénes son las parteras, cuáles son sus habilidades o competencias y qué pueden hacer** en el marco de la atención en salud materna. Este déficit de conocimiento de la figura de la partera y su valor añadido, parece ser el mayor obstáculo para avanzar en la promoción de la partería profesional en este momento.

Recomendaciones:

- Abogar por la creación de un entorno legal y normativo que sustente un modelo de atención materna liderado por parteras profesionales, basado en la evidencia, y centrado en la mujer.
- Fomentar la implementación de sistemas de monitoreo de dicho mecanismo en el sector público.
- Dado que no existe acuerdo sobre un modelo idóneo de partería, es imprescindible comenzar por difundir información sobre las competencias de las parteras, los estándares de formación y modelos exitosos de partería, para iniciar un diálogo y lograr consensos entre los diferentes actores y decisores.
- Involucrar a los medios de comunicación para dar visibilidad positiva al rol de las parteras profesionales en brindar atención sexual y reproductiva y cuidados maternos respetuosos y de calidad.

La partería se define como los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención de calidad a las mujeres durante su vida sexual y reproductiva, incluyendo el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención del recién nacido¹³.

Ubicación y descripción de los programas de formación en partería



Partería autónoma

26 estudiantes
40-95 partos obligatorios
Sin acreditación



Partería técnica

80 estudiantes
80 partos obligatorios
Acreditación RVOE
Tres años de formación técnica luego
de 3 años de secundario



Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO)

150 estudiantes
100 partos obligatorios
Acreditación RVOE
Nivel universitario



Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería Profesional

21 estudiantes
100 partos obligatorios
Acreditación RVOE estatal^d
Nivel universitario



Especialización en Enfermería Perinatal (EEP)

40 estudiantes
60 partos obligatorios
Acreditación RVOE
Nivel post-universitario

d. Acreditación nacional pendiente por reciente apertura, 2015.

La formación en partería en México

En la línea de base se identificaron 11 programas de formación en partería funcionando en el país que tuvieran como requisito para graduación la atención de un mínimo de 40 partos. Estos programas se concentran principalmente en la Ciudad de México y el sur del país.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), conformada por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública acredita todos los programas académicos extendiendo una “Opinión Técnica Favorable”. Esto habilita al programa para tramitar ante la Secretaría de Educación Pública el Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE). Con este registro, los programas de formación pueden dar a sus alumnas una cédula oficial que les permita ser contratadas en el sector público. Las escuelas autónomas de partería no acceden al RVOE y por lo tanto sus egresadas solo pueden ejercer en el sector privado.

La CIFRHS también certifica al personal de salud, incluyendo a las enfermeras, por medio de exámenes nacionales como pre-requisito para graduarse. A partir de 2014 se creó un subcomité en partería y se prepara actualmente una propuesta de competencias para la certificación de parteras, lo cual ayudará a homologar los distintos recorridos educativos.

En la línea de base se revisaron los programas de formación para identificar en qué medida incluían las prácticas basadas en la evidencia. Se utilizó una lista de 20 prácticas: las 17 prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tres prácticas orientadas a fortalecer la pertinencia cultural de la atención brindada¹⁴. Se halló que los programas de formación autónomos imparten la totalidad de estas prácticas, mientras que los programas de partería técnica imparten 19 de ellas. Los demás programas ofrecen menos formación en prácticas basadas en la evidencia (entre 13 y 16 de ellas).

Un reto añadido en la formación de personal de partería es la falta de oportunidades para realizar sus prácticas en servicio con un acompañamiento y supervisión adecuados. Dado que hoy en día la práctica obstétrica no incorpora totalmente las prácticas basadas en la evidencia, surgen dificultades para aplicarlas en los entornos clínicos. En ocasiones, durante la fase práctica, las estudiantes son instadas a utilizar prácticas y maniobras no actualizadas de acuerdo a la evidencia científica que han sido instruidas a evitar en sus estudios teóricos. Esto pone de manifiesto la necesidad de crear campos clínicos que utilicen de forma rutinaria prácticas basadas en la evidencia, para fortalecer las habilidades y competencias de las estudiantes de partería.

Para 2017, México podría graduar cerca de 840 parteras calificadas anualmente, y así ir satisfaciendo un aumento de la demanda en los próximos años.

e. Basado en el cálculo de la OMS de que cada partera puede atender unos 175 partos por año.

f. El nuevo programa de la ENEO iniciado en 2015 tiene un fuerte foco en la práctica de la obstetricia basada en la evidencia con una perspectiva de género.

Sólo para que las parteras atendieran el 20% de los 2.400.000 partos anuales (o sea 480.000 partos), México necesitaría por lo menos 2.700 parteras **calificadas**^e. Muchas más aún si se quiere acercar a los porcentajes de los países con partería institucionalizada como Perú y Chile (60%-70%).

Se estima que con los recursos y plataformas docentes existentes en el país, México podría quintuplicar el número de parteras egresadas en poco tiempo. En particular el nuevo programa de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)^f, cuya primera generación de enfermeras obstétricas egresará en 2017, y sus 17 programas afiliados, así como los nuevos programas de partería en Michoacán y Oaxaca, garantizan la posibilidad de este crecimiento exponencial.

“Tuve que aprender a atender partos en la posición ginecológica. Tuve que aprender a reparar episiotomías, especialmente cuando trabajaba con residentes de ginecología. Hay mucha presión ya que nos cuestionan permanentemente y no tenemos libertad de acción....”
(Partera técnica, hospital)

Sin embargo, para que este crecimiento en la fuerza de trabajo sea posible, habrá que abordar las siguientes barreras: la falta de espacios físicos en las escuelas; la falta de unidades clínicas donde las estudiantes puedan realizar su práctica; los altos costos de los cursos y las pocas becas para las estudiantes. Finalmente, es necesario mejorar las condiciones de contratación y la remuneración para asegurar su estabilidad laboral.

Recomendaciones:

- Promover el establecimiento de más sitios donde las estudiantes puedan aplicar las prácticas basadas en la evidencia.
- Asegurar que todos los programas de estudio capaciten a las parteras en las siete competencias básicas de partería y en las prácticas basadas en la evidencia, asegurando la inclusión de contenidos transversales de derechos, género e interculturalidad.

- Ofrecer apoyo financiero a parteras de origen indígena y/o de bajos recursos para que puedan acceder a los estudios y adicionalmente ampliar la oferta educativa a otros estados.
- Crear un sistema de certificación para verificar competencias como una medida de seguridad tanto para las mujeres usuarias como para las propias parteras.
- Fortalecer el intercambio de información entre los programas académicos y los campos clínicos para promover la mejora continua de la formación.

¿Cómo se insertan ahora las parteras en los servicios de salud?

Sabemos que las parteras profesionales competentes, reguladas y trabajando en un entorno favorable pueden resolver las carencias en la disponibilidad de personal de salud calificado y mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud materna. ¿Cómo se incorpora actualmente esta fuerza de trabajo en el sistema de salud mexicano?

En la línea de base, se identificaron 15 establecimientos con 187 parteras atendiendo partos^g. En 9 de ellos lo hacían dentro de un modelo de atención en partería centrado en la mujer y basado en la evidencia; en los demás establecimientos la atención del parto por parteras profesionales era un hecho aislado.

En términos de **estabilidad laboral**, casi la mitad de las 187 parteras tenían contratos de corto plazo o no tenían contrato, en particular las licenciadas en enfermería y obstetricia (48%) y las parteras técnicas (72%). Éstas últimas tienen un código laboral propio, pero las licenciadas en enfermería y obstetricia se contratan como enfermeras generales, lo cual afecta tanto su salario como sus responsabilidades laborales y su capacidad de desempeño autónomo.

^g. Se tuvieron en cuenta los establecimientos públicos (y dos privados) que atienden poblaciones de ingreso medio y bajo.

Personal que actualmente atiende partos

TOTAL **187**



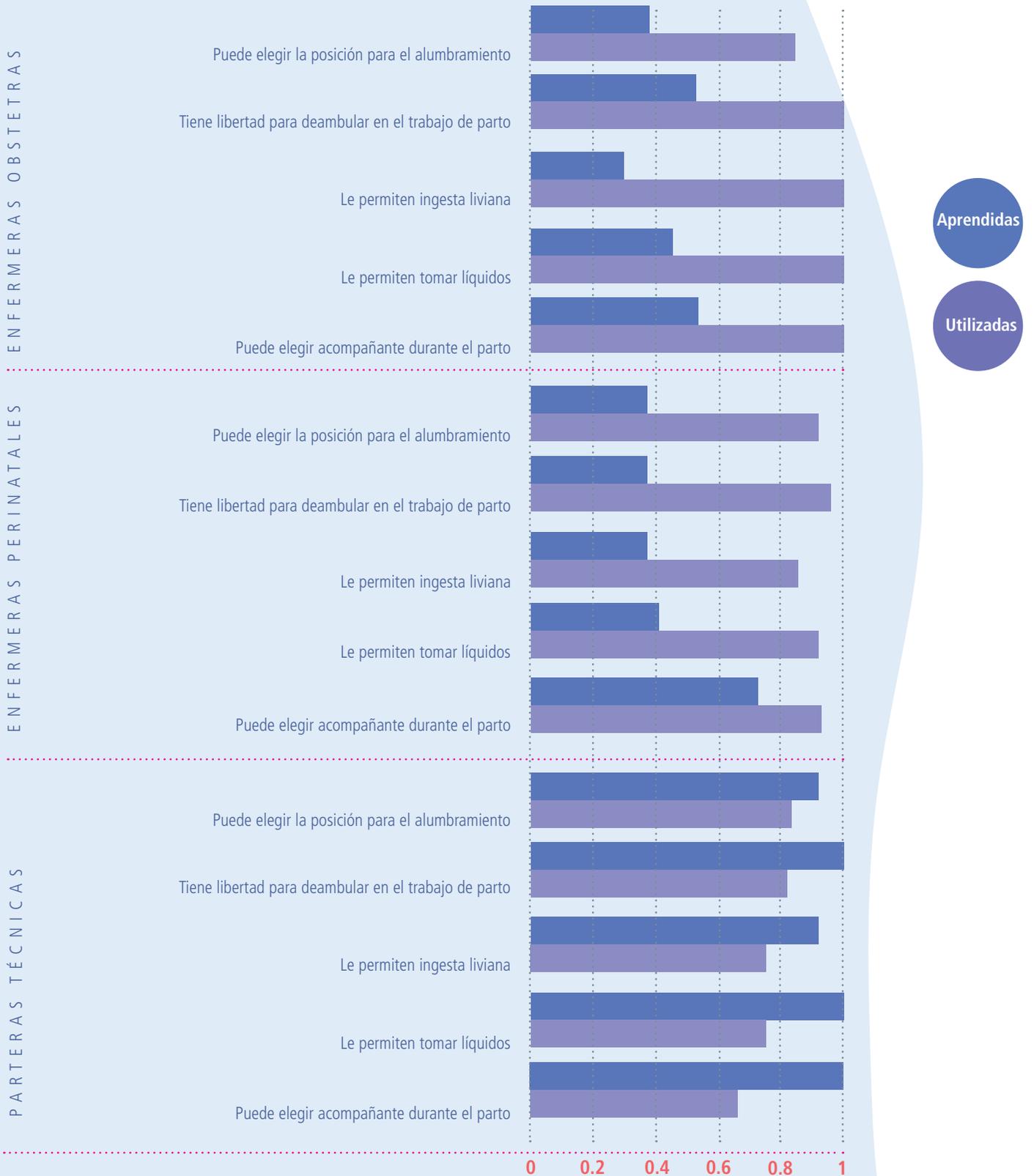
Un entorno habilitante es un entorno donde existe una regulación apropiada y donde las parteras competentes pueden ejercer las prácticas basadas en la evidencia. En los programas institucionalizados de partería se enseña y se promueve el empleo de éstas prácticas, mientras que los entornos hospitalarios ofrecen menos oportunidades para aplicarlas.

Por ejemplo, en 2015, antes de la actualización del currículo de la UNAM, las parteras técnicas recibían mayor capacitación en prácticas basadas en la evidencia que las licenciadas en enfermería y obstetricia. Sin embargo, una vez en sus puestos de trabajo –casi siempre hospitales– las parteras técnicas tenían menos oportunidad de ejercerlas. Lo contrario ocurre con las licenciadas en enfermería y obstetricia: recibían menor formación en prácticas basadas en la evidencia, pero una vez dentro del sector público, muchas de ellas aprendieron a aplicarlas.

*“Aprendí lo que significaba el parto humanizado en este lugar y trato de aplicarlo. Durante mi formación me enseñaron la atención hospitalaria del parto. Me gusta mucho más el enfoque del parto humanizado...”
(Licenciada en Enfermería y Obstetricia, clínica de atención materna)*

Las relaciones interpersonales son básicas para el exitoso ejercicio de la profesión. La mitad de las parteras manifestaron tener dificultades en las relaciones con los equipos de salud, enfrentando celos, malos entendidos, falta de apoyo e incluso antagonismo. Pocas de ellas se sienten satisfechas con el trabajo que hacen.

Prácticas basadas en la evidencia aprendidas vs utilizadas



Los programas institucionalizados de partería podrían aumentar el número de partos atendidos por parteras en el primer nivel, generando mayor demanda entre las usuarias de los servicios y reduciendo el número de referencias innecesarias al segundo nivel. Para esto es necesario implementar actividades de información y sensibilización a nivel comunitario para atraer a las mujeres, y mejorar la eficacia de las herramientas de detección del riesgo obstétrico y neonatal.

h. Los resultados presentados se derivan de entrevistas realizadas en 14 sitios donde se atienden numerosos partos. Se incluye aquí solamente comparaciones en la atención durante el trabajo de parto y el posparto, ya que es donde las diferencias en la calidad fueron más marcadas.

i. Definición de la OMS de calidad de la atención.

El entorno también incide en las oportunidades de las parteras de ejercer la partería. Los programas institucionalizados de partería en el primer nivel aún atienden poco partos: una gran proporción de mujeres son referidas para dar a luz en hospitales, ya sea por preferencia, por resistencia del personal médico o por una indicación fundamentada en protocolos no actualizados según la última evidencia científica. Por otra parte en los hospitales, las parteras atienden un número muy bajo de partos ya que se prioriza la práctica de los residentes médicos. Todos estos factores inciden en la baja productividad de las parteras en general.

No ayuda en este panorama la debilidad de los sistemas de referencia. Mientras subsista la falta de equipamientos y de transporte oportuno y confiable, y mientras persistan problemas de comunicación y coordinación entre los distintos niveles de atención, la opción más razonable seguirá siendo derivar cualquier parto al segundo nivel de atención, para asegurar el acceso a cuidados obstétricos de emergencia en caso de que surjan complicaciones.

Recomendaciones:

- Crear códigos laborales para que las parteras puedan ser contratadas como tales en los establecimientos de salud del sector público.
- Asegurar que las parteras sean remuneradas según sus competencias y su nivel de responsabilidad.
- Reorganizar los servicios de salud materna y promover la implantación de modelos de atención materna brindada por parteras, centrados en la mujer y basados en la evidencia.
- Fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia para poder atender más partos en el primer nivel.
- Sensibilizar a todos los proveedores de salud sobre las competencias y roles de las parteras profesionales dentro del equipo de salud.

La partería y la calidad de la atención materna^h

La calidad de la atención brindada durante el parto incluye las competencias técnicas e interpersonales del personal de salud, pero también depende de las condiciones sistémicas del servicio en el cual trabajan, y la garantía de seguridad, eficacia, equitatividad, aceptabilidad y accesibilidadⁱ de los servicios.

En la línea de base se comparó la calidad de la atención brindada por parteras profesionales y otros proveedores de salud en los diferentes niveles de atención. Se entrevistaron 40 parteras y 30 médicos y pasantes para saber cómo reportaban ellos mismos los servicios que brindan en el primer y segundo nivel de atención. Asimismo se realizaron entrevistas con 127 usuarias de todos los niveles, con un parto en el último año. Si bien los datos no son representativos del nivel nacional, se observan algunas tendencias que presentamos aquí.

En todos los casos estudiados, **las parteras utilizan más consistentemente las prácticas basadas en la evidencia** que cualquier otro tipo de proveedor, aunque aún se observa la utilización de prácticas no actualizadas con la última evidencia científica e innecesarias por parte tanto de médicos como de parteras.

Por otra parte, nuevamente se destaca la importancia del entorno de la atención en la habilitación y promoción de las competencias de partería, independientemente del tipo de proveedor. En el primer nivel de atención, 93% de los proveedores tanto médicos como parteras, reporta un alto grado de cumplimiento con las prácticas basadas en la evidencia; éste baja a 45% en el nivel intermedio y a 0% en el nivel de hospitales generales (Cuadro 1).

Cuadro 1: Porcentaje de cumplimiento con las prácticas basadas en la evidencia según nivel de atención



*Diferencias estadísticamente significativas con $p \leq 0.05$.

El entorno de trabajo determina en gran parte si una partera podrá o no ofrecer una atención basada en la evidencia científica, en los derechos humanos, y culturalmente pertinente. Debemos trabajar para disponer de más entornos favorables donde las parteras puedan contribuir con una atención de calidad.

Actores en el ecosistema de partería



Activistas, agencias de desarrollo, asociaciones de partería profesionales – que incluyan tanto a parteras técnicas, como a enfermeras obstetras y perinatales– sociedad civil, academia y proveedores deberán fortalecer la colaboración y conformar una amplia red para la promoción de la partería profesional.

Desde la perspectiva de las mujeres

Las mujeres atendidas por parteras profesionales que participaron en este estudio expresaron haber sido expuestas a más prácticas basadas en la evidencia, que aquellas atendidas por médicos. Por ejemplo, la libre deambulación es una intervención gratuita y con efectos positivos comprobados en el desarrollo del parto. El 80% de las mujeres atendidas por parteras pudieron deambular libremente durante el trabajo de parto, mientras que solamente pudieron hacerlo 23% de aquellas atendidas por médicos. De igual manera, es probable que este resultado esté más vinculado con el entorno de la atención. Cuando se comparó por niveles, las mujeres atendidas en el primer nivel refirieron haber vivido más las prácticas basadas en la evidencia que aquellas que fueron atendidas en los hospitales.

Aunque no hubo resultados concluyentes en términos de preferencias, las mujeres que fueron atendidas por parteras destacaron el buen trato recibido, la enorme confianza y tranquilidad que la partera les infundió, y las explicaciones y respuestas que la partera dio a sus preguntas y dudas.



En conclusión, todo parece indicar que el primer nivel de atención y los hospitales comunitarios básicos serían los entornos más adecuados para el ejercicio de la partería profesional, siempre y cuando se cuente con acceso inmediato y fluido a transporte y a atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Promover la partería

La atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna y neonatal, brindada por parteras profesionales resulta en una mayor satisfacción por parte de las mujeres, así como en mejores resultados de salud materna y neonatal.

Las parteras profesionales necesitan un reconocimiento específico y explícito como proveedoras competentes en la atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la atención obstétrica y perinatal, dentro de un equipo de salud y en entornos funcionales y eficaces.

¿Qué podemos hacer?

- Construir y/o fortalecer alianzas entre diferentes actores comprometidos con la partería para demostrar por qué la partera es esencial dentro de un modelo de atención obstétrica centrado en la mujer, utilizando mensajes basados en la evidencia y ejemplos de buenas prácticas.
- Abogar por incluir con mayor énfasis y coherencia las prácticas basadas en la evidencia en las normas, lineamientos y guías de práctica clínica. Promover su difusión amplia y asegurar que se implementen en todos los niveles de atención obstétrica mediante mejores mecanismos de supervisión.
- Apoyar la promoción de una estrategia de atención de partos de bajo riesgo por parteras en el primer nivel, con roles y responsabilidades claras para todo el equipo de salud, y referencias eficaces a atención obstétrica y neonatal con capacidad resolutive.
- A través de las parteras, asegurar una mayor continuidad en la atención durante la vida sexual y reproductiva de la mujer, incluyendo los servicios de anticoncepción, el embarazo y el puerperio.
- Sistematizar y difundir los modelos exitosos de partería centrados en la mujer para mejorar la comprensión sobre el rol y potencial de las parteras, y promover su réplica.
- Definir y homologar los estándares de formación de las parteras que incluyan un conjunto básico de competencias, además de prácticas y abordajes adicionales que cada tipo de partera pueda desarrollar en su práctica.

- Crear un sistema de certificación basado en competencias para asegurar que las parteras puedan demostrar haber adquirido conocimientos y experiencia en prácticas clínicas basadas en la evidencia y que son competentes.
- Fomentar el establecimiento de más unidades clínicas que implementen las prácticas basadas en la evidencia y donde ejercer los estudiantes puedan poner en práctica lo que aprendieron en sus cursos.
- Crear perfiles de trabajo (profesiogramas) y empleos con salarios adecuados para que las estudiantes potenciales vislumbren una clara trayectoria profesional como resultado de sus estudios de partería.
- Garantizar la disponibilidad de recursos financieros en los establecimientos de salud para la contratación de parteras en puestos que correspondan con su formación y competencias.
- Asegurar la incorporación de las parteras en ambientes de trabajo que sean propicios para el ejercicio de la partería y que les permitan ejercer las prácticas basadas en la evidencia.
- Promover una buena comunicación entre médicos, enfermeras y parteras, fomentando el apoyo mutuo y la colaboración del equipo de salud.

Si México capacita y emplea de manera eficaz parteras profesionales que puedan responder a un amplio espectro de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, en coordinación con los niveles comunitario y hospitalario, las mejoras serán innegables: reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, y mejora de la calidad de la atención y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Referencias

1. OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2015). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=492-indicadores-basicos-2015-2&Itemid=307
3. Índice de Desarrollo Humano. (2015). Disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/indice-de-desarrollo-humano-para-las-entidades-federativas--mexi.html>
4. Enciso, G. F., y Contreras M. L. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso: Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_13/rde_13_art4.html
5. UNFPA, ICM y OMS (2014). El estado de las parteras en el mundo 2014: Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
6. Atkin, L. et al. (2016). Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México. Fundación John D. and Catherine T. MacArthur. Disponible en: goo.gl/iqHbZr
7. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
8. Íbid 5
9. OPS/OMS, Comité Promotor por una Maternidad Segura y UNFPA. (2014). El Estado de las parteras en el mundo. Oportunidades y retos para México. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf
10. Secretaría de Salud de México. (2015). Guía de implantación: Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, Ciudad de México. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. (2016). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido: Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
12. Secretaría de Salud de México. (2014, diciembre). Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf
13. Íbid 5
14. 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 (4), S4-S15. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/325/602>
15. UNFPA. Parteras Profesionales: Clave para Mejorar la Salud Materna y Neonatal en la Región. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/news/parteras-profesionales-clave-para-mejorar-la-salud-materna-y-neonatal-en-la-region>



Si la atención por parteras estuviese disponible y fuese accesible para todas las mujeres y sus bebés, se podrían evitar dos tercios de las muertes maternas y la mitad de las muertes de recién nacidos, siempre y cuando las parteras dispusiesen de una buena formación, de acceso a los equipos adecuados y del apoyo necesario¹⁵.

