EL ESTADO DE

LAS PARTERAS EN EL MUNDO

2014

HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD, UN DERECHO DE LA MUJER.

UNFPA

International Confederation of Midwives
Strengthening Midwifery Globally

World Health Organization

COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS

COMITÉ DIRECTIVO

Copresidentes: Frances Day-Stirk, Laura Laski, Elizabeth Mason.

Miembros: Jean Barry, Benedict David, Luc de Bernis, Peter Johnson, Louise Holly, Tina Lavender, Gillian Mann, Betsy McCallon, Anders Molin, Arulkumaran Sabaratnam, Carole Presern, Simon Wright.

GRUPO CENTRAL

Coordinador: Luc de Bernis

Miembros: Jim Campbell, Catherine Carr, Sheena Currie, Caroline Homer, Petra ten Hoope-Bender, Peter Johnson, Zoë Matthews, Fran McConville, Nester Moyo, Mwansa Nkowane, Grace Omoni, Francisco Pozo-Martin, CN Puradane, Amani Siyam, Laura Sochas.

ENCUESTAS POR PAÍSES, ANÁLISIS DE DATOS Y APOYO TÉCNICO

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): Luc de Bernis, Susana Edjang.

Secretaría: *ICS Integrare, Universidad de Southampton, Universidad de Tecnología de Sydney:* Aferdita Bytyqi, Jim Campbell, Vincent Fauveau, Stephanie Fletcher, Maria Guerra-Arias, Caroline Homer, Sofia Lopes, Zoë Matthews, Joanne McManus, Andrea Nove, Francisco Pozo-Martin, Anna Rayne, Hishiv Shah, Laura Sochas, Andrew Tatem, Petra ten Hoope-Bender.

Contribuciones técnicas: Edson Araújo, Deborah Armbruster, Albert Arnó, Patsy Bailey, Jean Ball, David Benton, Ismat Bhuiya, Ties Boerma, Jim Buchan, Amos Channon, Asiful Haidar Chowdhury, Laurence Codjia, Mario Dal Poz, Irene De La Torre, Jemima Dennis-Antwi, Kim Dickson, Gilles Dussault, Tim Evans, Lynn Freedman, Atf Gherissi, Sennen Hounton, Louise Hulton, Rafat Jan, Marge Koblinsky, Teena Kunjumen, Mandy La Fleur, Thierry Lambrechts, Christophe Lemière, Jacqueline Mahon, Adriane Martin-Hilber, Laura Matthews, Allisyn Moran, Sarah Neal, Juliette Puret, Kathrin Radke, Charlotte Renard, Jane Sandall, Rachel Sanders, Susheela Singh, Jeff Smith, Ann Starrs, Wim Van Lerberghe, Marie Washbrook.

Contribuciones de los países: Se agradece vivamente su colaboración a los directores del UNFPA y de la OMS en los países, su personal, y las personas que coordinaron, completaron y verificaron las respuestas a la encuesta por países para el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*. Se agradece en especial a los coordinadores de los países: Hissani Aboubacar, Kodjovi Edotsè Adjeoda, Anna af Ugglas, Jamil Ahmed, Guy C. Ahialegbedzi, Arlette Akoueikou, Fernanda Alves, Mary Nana Ama Brantuo, Nazira Artykova, Zulfiya Atadjanova, Amalia Ayala, Farid Babayev, Radouane Belouali, Jeannette Biboussi, Zainab Blell, Malin Bogren, Edith Boni Ouattara, Rayana Bou Haka, François Busogoro, Gillian Butts-Garnett, Felister Bwana, Jean-René Camara, Alicia Carbonell, Jose Manuel Carvalho, Rene Alberto Castro, Ahmed Chahir, Maria José Costa, Thierno Ousmane Coulibaly, Hirondina Cucubica, Evelyne Degraff, Pilar de la Corte Molina, Saliou Dian Diallo, Sadio Diarra, Aicha Djama, Dudu Dlamini, Javier Dominguez, Dat Van Duong, Marie Sheyla Durandisse, Musu Duworko, Henriette Eke Mbula, Hala El Hennawy, Kerstin Erlandsson, Nicole Eteki, Mahamat Malloum Fatime, Feruza Fazilova, Rustini Floranita, Monica Fong, Daniel Frade, Paul Francis, Suzie Francis, Dina Gbenou, Rodolfo Gomez, Kemal Goshliyev, Raymond Goula, Nada Hamza, Fredrica Hanson, Sharifullah Haqmal, Gilbert Hiawalyer, Grace Hiwa, Bang Thi Hoang, Aboubacar Inoua, Bakary Jargo, Theopista John Kabuteni, Elizabeth Kalunga, Leonard Kamugisha, Selly Kane Wane, Trevor Kanyowa, Bahtygul Karryeva, Stoelle Patricia Keba, Magdy Khaled, Zareef Khanza, Kyu Kyu Khin, Eunyoung Ko, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Alhagie Kolley, Sathyanarayana Kundur, Busisiwe Kunene, Mohammed Lardi, Joyce Lavussa, Dorothy Lazaro, Ana Leitão, Amadou Ouattara Liagui, Ornella Lincetto, Elvira Liyanto, Jean-Pierre Lokonga, Fernanda Lopes, Achu Lordfred, Juliana Lunguzi, Primo Madra, Yolande Magonyagi, Agnes Makoni, Sarai Bvulani Malumo, Margaret Mannah-Macarthy, Lucy Sejo Maribe, Michel Mbemba Moutounou, Pauline McNeil, Yordanos Mehari, Willam Michel, Michaela Michel-Schuldt, Happiness Mkhatshwa, Kuban Monolbaev, Maria Mugabo, Khin Aye Myint, Azzah Nofly, Daphrose Nyirasafali, Geoffrey Okumu, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz, Taiwo Oyelade, Haydee Padilla, Anchita Patil, Jiong Peng, Sano Phal, Zulfiya Pirova, Philderald Pratt, Maria Quaresma Dos Anjos, Ginette Josia Rabefitia, Nargis Rakhimova, Thabelo Ramatlapeng, Masy Harisoa Ramilirijaona, Rabiatu Sageer, Mahamoud Said, Geneviève Saki-Nekouressi, Elfeky Samar, Aminata Seguetio, Olive Sentumbwe, Alejandro Silva, Nurgul Smankulova, Sokun Sok, Gracia Subiria, Areej Taher, Fatim Tall, Kabo Tautona, Afrah Thabet, Meera Thapa Upadhyay, Luwam Teshome, Augusto Viegas, Chumen Wen, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Assefash Zehaie.

En la página 198 figura la lista completa de quienes han contribuido a este informe.

COMUNICACIONES Y RELACIONES CON LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN: Cole Bingham, Amy Boldosser-Boesch, Julie Cornell, Adam Deixel, Christian Delsol, Etienne Franca, Rachel Haynes, Louise Holly, Ian Hurley, Cathrin Jerie, Omar Kasrawi, Mandy Kibel, Etienne Leue, Ann LoLordo, Joy Marini, Brigid McConville, Patrick McCrummen, Lori Lynn McDougall, Lothar Mikulla, Michelle Park, Sruti Ramadugu, Charlene Reynolds, Alanna Savage, Marta Seoane Aguilo, Ann Starrs, Petra ten Hoope-Bender, Veronic Verlyck, Julia Wiklander.

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN: Prographics, Inc.

TRADUCCIONES: Michel Coclet, Mohammed Khawam

APOYO FINANCIERO: Fundación Bill & Melinda Gates, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá, Johnson & Johnson, Programa Integrado de Salud de la Madre y el Niño, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Ministerio de Relaciones Exteriores y Asuntos Europeos (Francia), Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, Agencia Sueca de Cooperación y Desarrollo Internacional, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Hacemos llegar también nuestro agradecimiento a ICS Integrare y a Prographics, Inc. por su apoyo en las tareas de investigación, desarrollo y producción del informe y de todos los materiales relacionados.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AONU	Atención obstétrica y neonatal de urgencia
AONU-básica	Atención obstétrica y neonatal de urgencia básica
AONU-integral	Atención obstétrica y neonatal de urgencia integral
ASC	agente de salud comunitario
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
CSU	cobertura sanitaria universal
DAAC	disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad
GPS	Sistema de Posicionamiento Global
ICM	Confederación Internacional de Matronas
ICN	Consejo Internacional de Enfermeras
ITS	infección de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio/Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental/organizaciones no gubernamentales
PMNCH	Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño
RHS	recursos humanos para la salud
SIG	Sistema de información geográfica
SMN	salud materna y neonatal
SoWMy	Estado de las Parteras en el Mundo
SSRMN	salud sexual, reproductiva, materna y neonatal
TMM	tasa de mortalidad materna
TMN	tasa de mortalidad neonatal
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Fotos en la tapa (izquierda a derecha): Viviane Fortaillier, Viviane Fortaillier, ICM/Liba Taylor, Save the Children

EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO **2014**

HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD, UN DERECHO DE LA MUJER.

Prólogo ii

Resumen del contenido iii

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN 1

Sobre el informe ... 3

CAPÍTULO 2
EL ESTADO ACTUAL DE LAS PARTERAS 5

Evidencia del progreso ... 5
Disponibilidad ... 12
Accesibilidad ... 16
Aceptabilidad ... 22
Calidad ... 24
Resumen ... 31

CAPÍTULO 3
PARTERÍA 2030 33

Mirando hacia el 2030 ... 33
Impulsores de la salud, los sistemas de salud y la financiación de salud ... 34
Partería 2030: Un camino hacia la elaboración de políticas y la planificación ... 36
El camino hacia adelante ... 36
Desarrollo de los hallazgos de los países ... 42
Partería 2030: Inspiración de la acción mundial ... 45

CAPÍTULO 4
RESEÑAS DE PAÍSES 49

Cómo utilizar las reseñas de países del informe ... 50

El Estado de las Parteras en el Mundo: lista de países que respondieron 198

Referencias 201

Anexos 205

1 Glosario ... 205
2 Metodología General ... 208
3 Metodología de modelización de una cobertura eficaz de las intervenciones esenciales para los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal (SRMN) ... 209
4 Estimación de la necesidad de las mujeres y los recién nacidos de acceder a las 46 intervenciones esenciales ... 212
5 Reglas de decisión ... 216
6 Cartografía de distribuciones regionales de poblaciones, mujeres en edad reproductiva, embarazos y nacidos vivos ... 217
7 Tareas dentro del alcance de los profesionales de partería conforme a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones ... 218

RECUADROS

1 Introducción de educación en partería con ingreso directo y tres años de duración como reconocimiento de las parteras profesionales en Bangladesh ... 7
2 Evaluación del personal de partería desde la perspectiva de la cobertura eficaz ... 10
3 La geografía de la SSRMN: avances en los sistemas de información geográfica ... 17
4 Establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia: desde la designación hasta la disponibilidad ... 19
5 Alcanzar el 40% más pobre ... 20
6 Acciones a nivel país en Afganistán, Sierra Leona y Togo ... 21
7 Atención respetuosa en los servicios de maternidad ... 22
8 Garantía de aceptabilidad de los servicios mediante la rendición de cuentas ... 25
9 Impulsores y cambios en la salud ... 35
10 Proteger al público: un paradigma renovado ... 40
11 El impacto de la inversión sobre la planificación familiar ... 44
12 Parteras: una "opción óptima" de atención primaria ... 45

CUADROS

1 ACCIONES informadas por los países con respecto a las MEDIDAS ENÉRGICAS identificadas en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* ... 6
2 Razones por las cuales las mujeres no buscan atención o se sienten incómodas con respecto a recibir atención ... 23
3 Cómo responde el informe *Partería 2030* a los hallazgos principales de *El Estado de Salud en el Mundo 2014* ... 42
4 Iniciativas y objetivos mundiales en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil ... 48

GRÁFICOS

1 Indicadores principales de salud materna y neonatal y del personal sanitario en 73 de los 75 países de la "Cuenta atrás" (Countdown) ... 2
2 Embarazos en 73 países (1950-2099) ... 8
3 Número de visitas de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal necesarias, en cada región de la OMS (2012) ... 8
4 Personal de partería: Proyección de la necesidad de agentes equivalentes a tiempo completo para la prestación de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal ... 9
5 Personal de partería: Distribución en los 73 países, y en cada región de la OMS ... 11
6 Personal de partería: funciones y tareas ... 12
7 Personal de partería: número de empleados frente a equivalente a tiempo completo ... 13
8 Porcentaje de empleados que abandonan la fuerza en forma voluntaria cada año, por cuadro ... 14
9 Percepciones entre los países que respondieron la encuesta respecto del atractivo comparativo de una carrera como partera (73 países) ... 15
10 Sueldo inicial mensual promedio por cuadro de agente de salud (paridad de poder adquisitivo a $, 2012) ... 15
11 Número mínimo de partos que se realizarán bajo supervisión clínica ... 26
12 Reglamentación y otorgamiento de licencias de partería ... 28
13 Funciones y responsabilidad de los órganos de reglamentación ... 29
14 Funciones fundamentales de la AONU-básica: funciones reales y autorizadas de las parteras ... 29
15 Funciones de las asociaciones profesionales que admiten a las parteras ... 30
16 Personal de partería: desde la disponibilidad hasta la calidad ... 32
17 Proyección del cambio en la necesidad de visitas de SSRMN de la población entre 2012 y 2030, en cada región de la OMS ... 34
18 Prestaciones principales de atención primaria de partería y servicios de atención de nivel siguiente ... 37

Prólogo

Ya podemos celebrar el hecho de que las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil son las más bajas de la historia. Estamos preparados para continuar progresando gracias a la iniciativa *Todas las mujeres, todos los niños*, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como también para proseguir con los debates en curso referidos a un conjunto de objetivos mundiales de desarrollo sostenible que sucederán a los Objetivos de Desarrollo del Milenio después de la fecha de concreción objetivo de 2015.

El presente informe relaciona dos áreas específicas de atención que me preocupan mucho: en primer lugar, la salud materna y neonatal, y en segundo lugar, los principios y valores predominantes de la agenda para el desarrollo después de 2015, lo que aporta nueva evidencia para las personas responsables de la adopción de decisiones.

El personal de partería, dentro de un sistema de salud basado en el apoyo, puede ayudar a mujeres y niñas a prevenir los embarazos no deseados, proporcionar asistencia durante el embarazo y el parto, y salvar las vidas de muchos recién nacidos prematuros.

Con liderazgo y recursos, el mundo puede prevenir la mayoría de las muertes evitables, aunque trágicamente comunes, y contemplar el ciclo vicioso de la pobreza derivada de esto.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* documenta el creciente impulso generado desde el primer llamamiento a la acción en el informe de 2011. Cada año, una mayor cantidad de gobiernos, asociaciones profesionales y demás asociados actúan sobre la evidencia de que la partería puede acelerar radicalmente el progreso en materia de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y cobertura sanitaria universal.

Respaldo plenamente la visión de *Partería 2030* articulada en este informe. Esta visión está al alcance de todos los países, en todas las etapas de la transición económica y demográfica. Su implementación ayudará a los gobiernos a defender el derecho de la mujer al cuidado de su salud, a garantizar que las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a la atención necesaria, y a contribuir a nuestra ambición mundial compartida de poner fin a las muertes maternas y neonatales evitables.

Recomiendo este informe a todos aquellos interesados en unirse a las Naciones Unidas para trabajar en conjunto con miras a la visión de *Partería 2030* y a mejorar el futuro de la salud de mujeres y niños.

Ban Ki-moon
Secretario General de las Naciones Unidas

Resumen del contenido

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 (SoWMy 2014): Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer, se inspira en la iniciativa *Todas las mujeres, todos los niños* del Secretario General de las Naciones Unidas y en su llamamiento a la acción de septiembre de 2013 a hacer todo lo posible por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 y a trabajar para la elaboración y la adopción de una agenda para el desarrollo después de 2015 basada en el principio de la universalidad.

El objetivo principal del *Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, según lo acordado en el Segundo Simposio Mundial sobre Partería celebrado en Kuala Lumpur en mayo de 2013, es generar evidencia sobre el estado de las parteras en el mundo en 2014 que: respaldará el diálogo sobre políticas entre los gobiernos y sus colaboradores en el ámbito del desarrollo; acelerará el progreso con respecto a los ODM en materia de salud; identificará desarrollos en los tres años desde la fecha de publicación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*; e informará acerca de negociaciones y de la preparación de la agenda para el desarrollo después de 2015.

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 se centra en 73 de los 75 países de bajos ingresos y de ingresos medianos que se incluyen en los informes de la "Cuenta atrás para 2015 (Countdown to 2015)". Más del 92% de todas las muertes maternas y neonatales y mortinatos del mundo tienen lugar en estos 73 países. Sin embargo, sólo el 42% de los médicos, personal de partería y enfermería del mundo está disponible en estos países para las mujeres y los niños recién nacidos (en adelante, "recién nacidos").

La partería es un elemento clave de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) y se define en este informe como los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién nacidos: Entre estos servicios se incluyen la salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal. Esto permite el análisis de las diversas formas de prestación de servicios de partería por parte de una amplia gama de personal de salud y profesionales asociados.

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 ha sido coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, La Confederación Internacional de Matronas y la Organización Mundial de la Salud en nombre de los representantes del gobierno y otros agentes nacionales en cada uno de los 73 países y, además, en nombre de los 30 organismos de ayuda al desarrollo que han colaborado en este informe.

Se ha comprobado ampliamente que la inversión en personal de partería competente y motivado tiene un gran impacto en la salud materna y neonatal. *(Jhpiego/Kate Holt)*

Se ha logrado un progreso tangible en el desarrollo de la partería en muchos países desde el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*: 33 de los 73 países (el 45%) han informado sobre esfuerzos intensos por mejorar la retención del personal en zonas remotas; 20 países (el 28%) han comenzado a aumentar la contratación de parteras y su asignación a puestos de trabajo; 13 países (el 18%) han preparado planes para establecer entes reguladores; y 14 países (el 20%) cuentan con un nuevo código de práctica y/o marco normativo. Quizás sea uno de los avances más importantes el incremento en la calidad de la información sobre la fuerza de trabajo y la mejora de los mecanismos de rendición de cuentas. 52 países (71%) han informado de mejoras en estos dos puntos.

Las evidencias y el análisis presentados en *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* están organizados en cuatro áreas que determinan si un sistema de

No todos los países cuentan con un cuadro de profesionales dedicados centrados en ofrecer apoyo a mujeres y recién nacidos. *(Mamaye Sierra Leone)*

salud y su personal sanitario están proporcionando cobertura efectiva, es decir, si las mujeres obtienen la atención que desean y necesitan en lo referido a los servicios de SSRMN. Estas cuatro áreas son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Disponibilidad: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* proporciona nuevas estimaciones de los servicios esenciales de SSRMN requeridos por las mujeres y los recién nacidos. Esta necesidad de servicios, en cada país, puede expresarse en términos de la necesidad de personal de partería.

Las parteras, cuando cuentan con la educación y reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales, tienen las habilidades profesionales para satisfacer el 87% de esta necesidad de servicios. Sin embargo, las parteras sólo integran el 36% del personal de partería que los países han declarado: no todos los países tienen un cuadro de profesionales exclusivamente centrados en prestar apoyo a mujeres y recién nacidos. En cambio, existe diversidad en las tipologías, las funciones y la composición de los agente de salud que contribuyen a la prestación de servicios de partería, aunque muchos de ellos dedican menos del 100% de su tiempo a los servicios de SSRMN.

Las nuevas evidencias sobre la diversidad del personal presentadas en *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* permiten aportar información útil para las políticas y la planificación. En primer lugar, la disponibilidad del personal de partería y las funciones desempeñadas por el personal no pueden deducirse de las denominaciones de los puestos. En segundo lugar, el personal de partería equivalente a tiempo completo representa menos de dos tercios de todos los agentes de salud que dedican su tiempo a los servicios de SSRMN. Por lo tanto, cualquier análisis que compare o establezca una correlación entre el personal de partería y los rendimientos/resultados de SSRMN debería considerar la contratación de personal equivalente a tiempo completo como medida de la disponibilidad de fuerza de trabajo.

Las evidencias muestran que existen oportunidades de alinear puestos, funciones y responsabilidades; fortalecer las conexiones entre la educación y el empleo; mejorar la eficiencia; y evaluar y reducir los niveles elevados de movimiento de personal y la eliminación de puestos de trabajo. En especial, se requieren avances en la identidad, la condición y los salarios de las parteras, eliminando la discriminación por razón de género y abordando el déficit de atención política en los temas que afectan exclusivamente a las mujeres.

Accesibilidad: Aunque de los 73 países que participaron casi todos reconocen la importancia de la accesibilidad financiera y cuentan con una política que ofrece al menos algunos de los beneficios esenciales de la atención de SSRMN gratis en el punto de acceso, sólo 4 países ofrecen un "conjunto de prestaciones mínimas garantizadas" para SSRMN que incluye todas las intervenciones esenciales. Los déficits en las intervenciones esenciales incluyen los que reducen las cuatro causas principales de mortalidad materna: hemorragia grave; infecciones; hipertensión durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia); y aborto en condiciones de riesgo.

La falta de datos geográficos sobre establecimientos de salud y personal de partería impide la evaluación certera de si todas las mujeres tienen acceso a un agente de salud cuando lo necesitan. Para el incremento de la accesibilidad es necesario que todas las zonas urbanas y rurales sean atractivas para los agentes de salud, y asegurar la eliminación de todas las barreras contra la atención, incluyendo la falta de transporte, de medicamentos básicos y de agentes de salud.

Aceptabilidad: La mayoría de los países tienen políticas instauradas para prestar servicios de atención de SSRMN que contemplan las necesidades sociales y culturales. Sin embargo, los datos sobre las percepciones de las mujeres respecto de la atención de partería son escasos, y los países confirman la necesidad de un trabajo de investigación más sólido en el tema. Los colaboradores de los talleres de *El Estado de las*

Parteras en el Mundo 2014 indicaron que el problema de la aceptabilidad está estrechamente ligado a la discriminación y la condición de las mujeres en general como usuarias de servicios y agentes de salud.

La **calidad** de la atención y de los proveedores de salud puede incrementarse mediante el aumento de la calidad de la educación del personal de partería y el desarrollo de la reglamentación y de las funciones de las asociaciones profesionales. *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* indica que aunque los currículos de la mayoría de los países son adecuados y están actualizados, aún existen déficits generalizados en la infraestructura, los recursos y los sistemas educativos, en especial para los programas de ingreso directo a la partería.

Casi todos de los 73 países que participaron tienen una estructura normativa relativa a la partería, con normas establecidas de educación de partería (incluso en el sector privado). La calidad de la atención se fortalecerá aún más mediante los sistemas de

MENSAJES PRINCIPALES

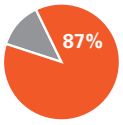
El informe muestra que:

1 Más del **92% DE LAS MUERTES MATERNAS Y NEONATALES Y LOS MORTINATOS DEL MUNDO** ocurren en los 73 países de la Cuenta atrás incluidos en este informe, que además cuentan con sólo un **42% DEL PERSONAL MÉDICO, DE PARTERÍA Y ENFERMERÍA**. En estos países, los déficits de personal con frecuencia son más graves en las zonas donde las tasas de mortalidad materna y neonatal son más altas.

2 **SÓLO 4 DE LOS 73 PAÍSES** cuentan con personal de partería capaz de satisfacer la necesidad universal de las 46 intervenciones esenciales en materia de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

3 Los países luchan por ampliar y prestar servicios de partería equitativos, pero los **DATOS INTEGRALES, DESGLOSADOS** para poder determinar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de partería **NO ESTÁN DISPONIBLES.**

4 La parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar el **87% DE LOS SERVICIOS ESENCIALES DE ATENCIÓN** requeridos por mujeres y recién nacidos.



5 A fin de que las parteras trabajen de manera eficaz, **LAS INSTALACIONES DEBEN ESTAR EQUIPADAS PARA OFRECER LOS SERVICIOS APROPIADOS**, incluidos los servicios de urgencia (sangre no contaminada, operaciones cesáreas, reanimación de recién nacidos).

6 La disponibilidad de datos precisos sobre el personal de partería permite a los países planificar con eficacia. Esto requiere **UN MÍNIMO DE 10 DATOS QUE TODOS LOS PAÍSES DEBEN RECOPILAR:** el número de empleados, el porcentaje de tiempo que estos dedican a SSRMN, sus funciones, su distribución por edades, su edad de jubilación, la duración de su educación, cuántos alumnos se matriculan por año, la tasa de abandono de la educación, el número de graduados por año y la tasa de abandono voluntario de la fuerza laboral.

7 La legislación, reglamentación y licencias de partería permiten a las parteras prestar la atención de alta calidad para la cual han sido formadas y así proteger la salud de la mujer. La atención de partería de alta calidad para mujeres y recién nacidos salva vidas y **CONTRIBUYE A FOMENTAR FAMILIAS SALUDABLES Y COMUNIDADES MÁS PRODUCTIVAS.**

8 Invertir en la partería es una opción óptima:

- Invertir en educar más parteras que sean después empleadas para prestar servicios en la comunidad podría generar una rentabilidad de **TAMAÑO 16 VECES MAYOR A LA INVERSIÓN REALIZADA,** en términos de vidas salvadas y ahorro en cesáreas evitadas, y es **UNA OPCIÓN ÓPTIMA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

- Invertir en parteras libera a los médicos, enfermeras y otros cuadros de salud para que se centren en otras necesidades de salud. Esto contribuye a alcanzar la cobertura universal, generando un círculo virtuoso al reducir infecciones y **ELIMINAR LAS MUERTES MATERNAS Y NEONATALES EVITABLES.**

otorgamiento de licencias/renovación de licencias que requieren que el personal de partería demuestre un desarrollo profesional continuo.

El objetivo principal de las asociaciones profesionales es fomentar un equipo de profesionales de salud dinámico, colaborador, adaptado y preparado para la práctica que responda a las necesidades de las mujeres y los niños. Aunque casi todos los países tienen por lo menos una asociación profesional para parteras, enfermeras parteras o parteras auxiliares, su impacto sobre la calidad podría incrementarse si se les permitiera contribuir a los debates sobre políticas y las decisiones clave que afectan a los servicios de partería.

Existen déficits significativos en la cobertura efectiva tanto en el plano de la disponibilidad como en el de la calidad. La reducción de estos déficits requiere la recopilación y el uso adecuado de datos sobre el personal y además liderazgo para priorizar la partería y proporcionar recursos para respaldar la planificación de servicios y personal. Los 10 datos mínimos necesarios para poder realizar un ejercicio de planificación de recursos humanos son: el número de empleados, el porcentaje de tiempo que estos dedican a SSRMN, sus funciones, su distribución por edades, su edad de jubilación, la duración de su educación, cuántos alumnos se matriculan por año, la tasa de abandono de la educación, el número de graduados por año y la tasa de abandono voluntario de la fuerza de trabajo.

Partería 2030: La atención de partería de calidad es esencial para alcanzar las prioridades nacionales y mundiales en salud y garantizar los derechos de la mujer y los recién nacidos. *Partería 2030*, iniciativa contenida en este informe, pretende aportar una visión acerca de cómo efectuar la planificación de recursos humanos en SSRMN. Partiendo de la premisa de que las mujeres embarazadas están bien de salud a menos que se presenten complicaciones, o signos de ellas, y que los servicios de partería brindan apoyo y atención preventiva con acceso a los servicios de urgencias cuando se requieren, *Partería 2030* promueve los modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras, que han demostrado generar mayores beneficios y ahorros que los modelos de atención medicalizados.

Partería 2030 se centra en el aumento de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y los proveedores de salud para lograr los tres componentes de la cobertura sanitaria universal (CSU): alcanzar a una mayor proporción de mujeres en edad reproductiva (aumento de la cobertura); ampliar el conjunto de servicios básicos y esenciales de salud (aumento de los servicios); y, a su vez, brindar protección contra las penurias económicas (aumento de la protección financiera). Para ello, es esencial un ámbito político que respalde la educación efectiva de partería, la reglamentación y el desarrollo de las asociaciones, y un ámbito práctico propicio que ofrezca acceso a consultas eficaces y remisión al siguiente nivel de servicios de SSRMN. Esto debe sustentarse en la gestión eficaz del personal, incluidos el desarrollo profesional y los planes de carrera.

La implementación de las recomendaciones de *Partería 2030* podría generar beneficios muy por encima de la inversión realizada. Una evaluación económica de la partería en Bangladesh que analizó la educación y el despliegue de 500 parteras basadas en la comunidad arrojó resultados positivos en términos de eficiencia y efectividad. La evaluación calculó un impacto beneficioso comparable con el de la inmunización infantil, con un rendimiento de 16 veces el tamaño de la inversión inicial y confirma que la partería es una "opción óptima" en atención primaria.

Los elementos esenciales para poner en práctica la visión de *Partería 2030* incluyen la voluntad política, el liderazgo efectivo y la presencia de "campeones" de partería que promocionarán esta agenda, apoyados por el impulso para desarrollar los servicios de SSRMN que existe actualmente en el ámbito regional e internacional.

Las parteras pueden ofrecer apoyo y atención centrada en la mujer que se extienda más allá del parto. *(World Vision/ Sopheak Kong)*

INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2013, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, presentó su informe anual sobre los progresos con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ante la Asamblea General de las Naciones Unidas [1]. Su informe, *Una vida digna para todos*, llama a todos los países y a la comunidad internacional en su totalidad a hacer todo lo posible para lograr los ODM para fines de 2015 y a trabajar para el desarrollo y la adopción de una agenda después de 2015 basada en los principios de la universalidad, sin olvidarse de nadie. Identifica una visión emergente que incluye el "acceso equitativo a los servicios de salud, incluidos la salud sexual y reproductiva y los derechos en materia de salud reproductiva" de cada mujer y cada niña, como parte del creciente impulso para lograr una "cobertura sanitaria universal, acceso y asequibilidad", por ejemplo, en resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud [2] y la Asamblea General de las Naciones Unidas [3].

El presente informe, *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 (SoWMy 2014)*, se inspira en el llamamiento a la acción mencionado anteriormente del Secretario General de las Naciones Unidas, así como también en su iniciativa *Todas las mujeres, todos los niño*s, lanzada en 2010 [4]. El objetivo principal del *Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, según lo acordado en el Segundo Simposio Mundial sobre Partería celebrado en Kuala Lumpur en mayo de 2013 [5], es proporcionar evidencias sobre el estado de las parteras en el mundo 2014 que:

- respaldará el diálogo político entre los gobiernos y sus colaboradores;
- acelerará el progreso con respecto a los ODM en materia de salud;
- identificará desarrollos en los tres años desde la publicación del *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* [6];
- informará acerca de negociaciones y la preparación de la agenda para el desarrollo después de 2015.

Los colaboradores presentes en el Segundo Simposio Mundial sobre Partería reafirmaron que los rendimientos de las inversiones en personal de partería competente, motivado y respaldado son muy altos, y se comprometieron a mejorar los servicios de partería en todas las regiones del mundo [5]. Específicamente, se comprometieron a "mejorar la recopilación de datos y la evidencia de la partería y a identificar medidas para contemplar las barreras específicas de contexto impuestas sobre los servicios de partería dentro de los países". Este informe responde a ese compromiso mediante la actualización del informe 2011, que ha demostrado ser una fuente valiosa de evidencia y una herramienta de promoción [7].

Los colaboradores presentes en el Segundo Simposio Mundial sobre Partería reafirmaron que los rendimientos de las inversiones en personal de partería competente, motivado y respaldado son muy altos, y se comprometieron a mejorar los servicios de partería en todas las regiones del mundo.

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 se centra en los 75 países de bajos ingresos y de ingresos medianos que se incluyen en la "Cuenta atrás para 2015" (Countdown to 2015) [8]. 73 países acordaron contribuir a la preparación del informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2014*; Guinea Ecuatorial y las Filipinas no pudieron contribuir debido a compromisos programados y de urgencia. El *Estado de las Parteras en el Mundo 2014* aporta datos detallados sobre el personal de partería y el ámbito propicio de cada país para informar esfuerzos

nacionales destinados a lograr una cobertura universal, sostenida y equitativa de las intervenciones esenciales [9] en salud sexual, reproductiva y neonatal (SSRMN) [10] que hayan demostrado salvar vidas de mujeres y niños.

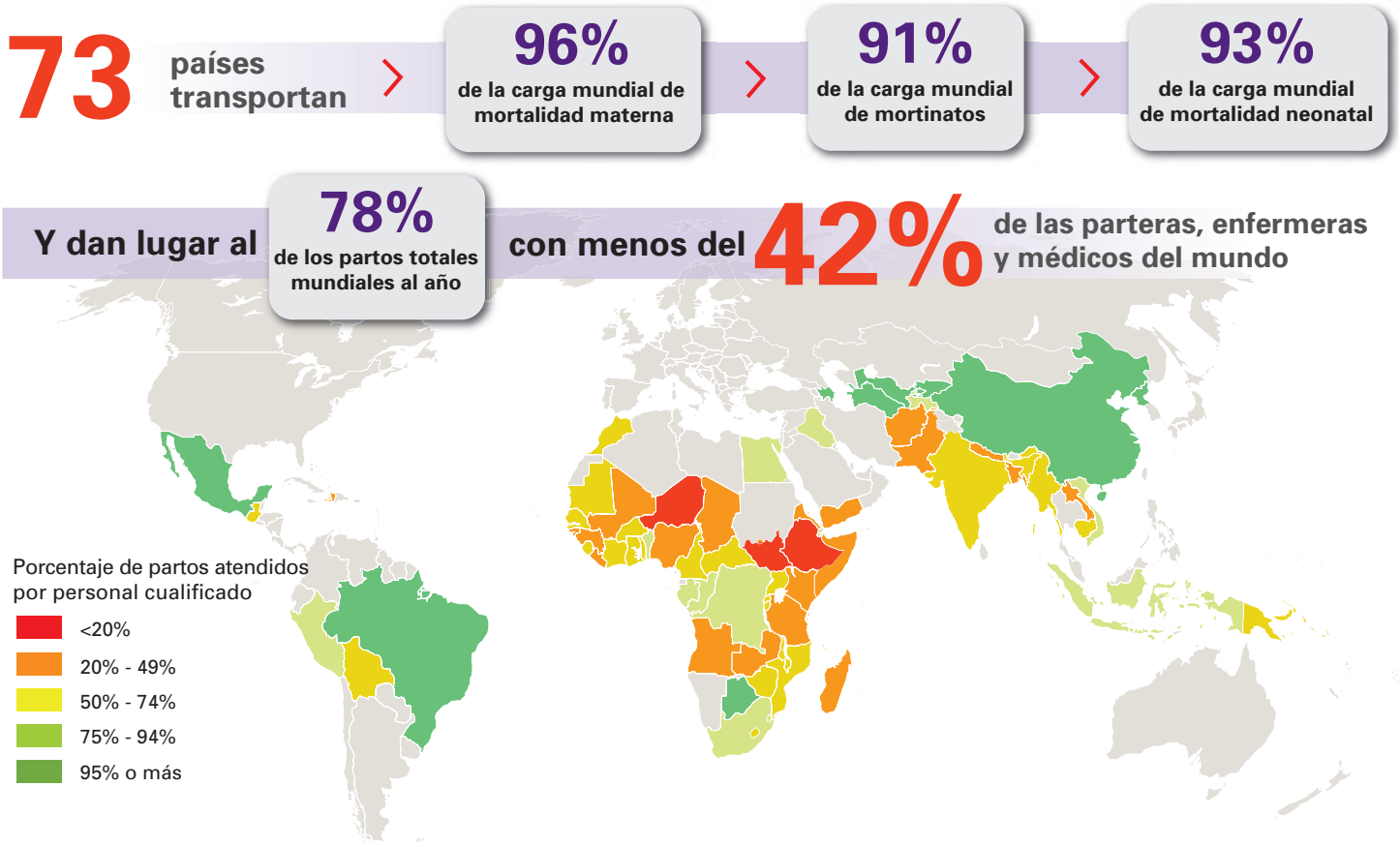
Las preparaciones incluyeron el cotejo de datos actualizados sobre personal de partería, educación de partería, reglamentación, asociaciones profesionales, políticas y marcos de planificación, y progresos desde 2011. En los casos viables, los países que participaron celebraron un taller sobre políticas que exploró barreras, desafíos y soluciones para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de partería, y, específicamente, del personal de partería. Por este motivo, la preparación de este informe ha sido un factor importante en muchos países del esfuerzo nacional para mejorar el acceso de mujeres y recién nacidos (en adelante, recién nacidos). El Gráfico 1 ilustra una selección de indicadores principales de los 73 países incluidos en el informe.

Tal como se muestra en el Gráfico 1, más del 92% de todas las muertes maternas y neonatales y mortinatos [11–13] tienen lugar dentro de estos 73 países. Allí habitan mujeres que dan a luz a 107 millones de bebés al año, lo que representó el 78% de los partos totales a nivel mundial en 2009. Sin embargo, el número de muertes en estos países equivale al 96% de la carga de mortalidad materna, al 91% de mortinatos y al 93% de mortalidad neonatal [11–15]. El Observatorio Mundial de la Salud indica que sólo el 42% del personal médico, de partería y enfermería del mundo está disponible en estos 73 países [16].

¿Qué es la partería? *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* contempla el estado no equitativo del mundo mostrado en el Gráfico 1 desde la perspectiva de la partería [17]. La definición de "partería" utilizada en este informe es: los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención a las mujeres y a los recién nacidos,

* La encuesta del *Estado de las Parteras en el Mundo* solicitó que los países presentaran datos sobre todos los cuadros de profesionales, profesionales asociados y demás cuadros que participan en la prestación de servicios de atención de salud materna y neonatal (que trabajen en el sector público o en el sector privado). Sin embargo, los datos deben considerarse como indicativos del personal que trabaja en el sector público.

GRÁFICO 1 **Indicadores principales de salud materna y neonatal y del personal sanitario en 73 de los 75 países de la "Cuenta atrás" (Countdown)**



incluyendo la atención de salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal. Esto comprende un conjunto completo de servicios de salud sexual y reproductiva, entre los que se incluyen la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la prevención del embarazo, el manejo de las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo y la posibilidad de un aborto sin complicaciones en casos donde el procedimiento no resulte ilegal. Esta definición es más amplia que, por ejemplo, la definición de Encabezados de Temas Médicos *(Medical Subject Headings)*, introducida en 1966, que simplifica la partería a "la práctica de asistir a las mujeres durante el parto" [18]. Este informe pone énfasis en que la partería implica mucho más que la atención de la mujer durante el parto: promueve la atención centrada en la mujer y el bienestar de la mujer en sentido más amplio [19–21] mediante un modelo de atención preventivo y de apoyo [22,23]. Cabe destacar que las expresiones "atención centrada en la mujer" y "el bienestar de las mujeres" incluyen, en los momentos adecuados, a la mujer y al recién nacido.

En general, el informe utiliza el término "partera" para referirse a las profesionales de salud formadas para asumir las funciones y responsabilidades de una partera, independientemente de su itinerario profesional de partería, ya sea de acceso directo o después de haberse capacitado en enfermería básica. Esto se ajusta a las normas y recomendaciones de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) [24-27] y la declaración de posición del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) [28]. Por ejemplo, *Las habilidades profesionales esenciales para la práctica de partería básica* de la ICM plantean los siguientes interrogantes: "¿Qué se supone que una partera debe saber?" y "¿Qué hace una partera?" y confirma que una partera adquiere sus conocimientos y habilidades mediante diversos planes de educación [26]. Cuando es necesario establecer una distinción a efectos del análisis y la explicación, por ejemplo, en el Capítulo 2 sobre el porcentaje de tiempo dedicado a la prestación de servicios de salud materna y neonatal o sobre planes de educación, el informe utiliza las denominaciones partera y enfermera partera.

El vocabulario de partería y su uso en las diferentes regiones del mundo y en diferentes idiomas no resulta sencillo. Por ejemplo, no todos los idiomas cuentan con una palabra que literalmente se traduzca como partera (es decir, "con mujer"). *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* no busca promover una definición sobre otra, ni tampoco limitar la forma en que los países, los idiomas, las asociaciones profesionales y/u otros definen o se refieren a los servicios de partería o al personal de partería. La prioridad es contribuir a las evidencias — mediante la utilización de términos que permitan establecer una comparación entre las regiones y los países — que permita informar nuevas acciones y diálogos políticos en respaldo de servicios de partería de calidad y los derechos de la mujer y los recién nacidos a obtener atención de salud de calidad.

Cada mujer y cada niña deben tener acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva. *(ICM/Liba Taylor)*

Sobre el informe

La Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) copresidieron el desarrollo y la publicación del informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, donde el UNFPA y la OMS llevaron adelante la coordinación en nombre de las agencias del consenso H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, el Banco Mundial y la OMS). Se convocó a catorce colaboradores a través de un Comité Directivo (ver los agradecimientos). ICS Integrare, colaborador del UNFPA en el ámbito de la implementación, administró la secretaría del Comité Directivo y lideró la recopilación de datos, investigación, redacción y producción del presente informe, con el apoyo de la Universidad de Southampton (Reino Unido), la Universidad de Tecnología de Sydney (Australia) y otros colaboradores (ver los agradecimientos).

Representantes del gobierno en cada uno de los 73 países colaboraron con las oficinas de país y los colaboradores en el ámbito del desarrollo del UNFPA/OMS en los países a completar un cuestionario disponible en inglés, francés y español con expertos y agentes nacionales. La recopilación de datos tuvo lugar entre octubre de 2013 y febrero de 2014. De los 73 países, 37 organizaron un taller, al que asistieron más de 500 personas que participaron en el diálogo político, incluido el personal de ministerios de salud y educación, asociaciones profesionales de salud, organismos reguladores y escuelas médicas, de partería y enfermería (ver página 198 para obtener una lista de todos los colaboradores). Las oficinas de país del UNFPA/OMS presentaron el cuestionario completo y los informes del taller en representación de los países ante la secretaría a través de una plataforma en línea.

La recopilación de datos y el informe se han hecho posibles gracias a los aportes de muchos individuos y organizaciones. Su disposición a convocar, recopilar, cotejar y analizar los datos demuestra el compromiso mundial con la partería. Sin embargo, el informe reconoce la existencia de limitaciones inherentes en un estudio realizado en múltiples países, incluida la ausencia de datos disponibles en muchos países. Esta ausencia es un hallazgo que les presenta a los colaboradores nacionales la oportunidad de tomar medidas inmediatas. En el Recuadro 6 del Capítulo 2 se incluyen ejemplos de incitación a la acción en Afganistán, Sierra Leone y Togo. Sin importar las limitaciones, el informe aporta nuevos datos y evidencia para informar políticas, planificación e implementación:

Las parteras pueden ofrecer apoyo y atención centrada en la mujer que se extienda más allá del parto. *(UNICEF/Shehzad Noorani)*

- El Capítulo 2 actualiza la evidencia y proporciona un análisis detallado de los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de partería en los 73 países;

- El Capítulo 3 explora las oportunidades y desafíos futuros que enfrenta la partería y propone una visión centrada en la gente, centrada en la mujer, que permita acelerar el progreso con respecto al acceso universal para 2030;

- El Capítulo 4 incluye “reseñas de países” de dos páginas cada una, de los 73 países.

Las reseñas de países son una combinación innovadora de datos y proyecciones basadas en las necesidades de 2012 para el período hasta 2030. Las proyecciones del personal de salud se describieron como “una necesidad de formulación de políticas” [29]. El propósito de las reseñas, que reflejan proyecciones basadas en necesidades previas respecto de los requisitos de personal para la prestación de servicios de prioridad [30–33], consiste en proporcionar información acerca de diálogos políticos y en los países con relación a las “medidas que deben tomarse en el futuro cercano” [24]. Todas las proyecciones basadas en necesidades responden a la calidad de los datos que las informan y un ejercicio de modelización mundial presenta limitaciones debido a los parámetros estándar basados en la evidencia [34]. En particular, las proyecciones se basan en la presunción racional de que los recursos humanos se asignan de manera eficiente. Esto podría no reflejar la realidad de los países. Por lo tanto, las reseñas deben utilizarse, no como folletos informativos, sino como herramienta para revisar y mejorar la calidad de los datos y las opciones de políticas en los países, lo que permite una mayor identificación y análisis de los datos desglosados para mejorar los ejercicios de determinación de costos y modelización basados en las necesidades.

Este informe (en formatos pdf, E-pub y Kindle) y la información adicional están disponibles en línea en www.sowmy.org. La información adicional incluye instrumentos de recopilación de datos y orientación proporcionada a los equipos de países, informes sobre talleres y documentos acreditativos de antecedentes. Un conjunto de herramientas de promoción y comunicaciones sobre cómo utilizar el informe proporcionar información sobre diálogo político a nivel nacional también está disponible (en inglés, francés y español).

EL ESTADO ACTUAL DE LAS PARTERAS

Evidencia del progreso

Este capítulo contiene una amplia evaluación del estado de las parteras en el mundo, e incluye una reseña detallada de los avances alcanzados desde el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. El capítulo se basa principalmente en las respuestas de 73 países a la encuesta del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*, y también en los registros de los debates de talleres nacionales. El análisis resultante ofrece una descripción detallada de cuáles son las necesidades de las mujeres y los recién nacidos en los 73 países, las características del personal que debería prestarles servicios y un desglose conciso acerca de lo que esas personas con necesidades tienen realmente a su disposición. Además se incluye una nueva evaluación acerca de déficits y desafíos de ampliar la cobertura efectiva de las 46 intervenciones esenciales en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) [1] (ver Anexo 4).

En los últimos tres años desde la publicación de *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* sucedieron muchas cosas. A pesar de que en muchos países no se alcanzará el ODM 5* para 2015 (19 países lo alcanzarán después de 2015 [2]), la disminución en la mortalidad materna es ahora una característica instaurada del desarrollo. Todos excepto 1 de los 73 países que completaron la encuesta del 2014 lograron evidentes progresos hacia la reducción de sus tasas de mortalidad materna, con un índice promedio anual de disminución del 3% desde 1990 [2]. Una razón que fundamenta este progreso es que muchos países de bajos ingresos han mejorado el acceso a los servicios de partería [3]. Con base en estos ejemplos de progreso, es un hecho ampliamente reconocido que se necesita hacer aún más para fortalecer la partería a fin de poder acercarse a (y con el tiempo alcanzar) las metas relativas a la supervivencia materna, no sólo las articuladas en el ODM 5, sino también aquellas que puedan establecerse más adelante (por ejemplo, las metas de *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* [4] y/o alcanzar el acceso universal a los derechos y salud sexual y reproductiva). Además, se reconoce que es clave reducir la mortalidad neonatal para alcanzar el ODM 4**; todos excepto 4 de los 73 países que participaron en *El Estado de las Parteras en el Mundo* han logrado progresos, con un índice promedio anual de reducción del 1,9% desde 1990 [5]. *Todos los Recién Nacidos 2014: Un plan de acción para poner fin a las muertes prevenibles* [6] es un mapa de ruta para el cambio. Proporciona orientación sobre las intervenciones que tienen el mayor impacto – con un retorno triple sobre la mortalidad materna, neonatal y los mortinatos [7,8]. El plan se ajusta a los principios de la cobertura sanitaria universal [9] y requiere personal de partería dedicado y cualificado para prestar servicios. Una característica fundamental y esencial de cobertura sanitaria universal (CSU) es la alta calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres, adolescentes, para embarazadas y sus hijos y, por lo tanto, implica el desarrollo de los servicios de partería, del personal de partería y de un ámbito propicio adecuado para tal propósito.

Medidas enérgicas desde 2011

Se lograron progresos tangibles relativos a mejorar la partería en muchos países desde la publicación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*, que indicó una serie de medidas enérgicas que deberían tomar los gobiernos, órganos de reglamentación, escuelas de partería y enfermería, asociaciones profesionales y agencias internacionales. El análisis de actualizaciones de los 73 países que participaron en este informe indica que se adoptaron y se continúan adoptando muchas de estas medidas (ver Cuadro 1).

* ODM 5A: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna; y ODM 5B: lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

** ODM 4A: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años.

CUADRO 1

ACCIONES informadas por los países con respecto a las MEDIDAS ENÉRGICAS identificadas en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*

MEDIDAS ENÉRGICAS RECOMENDADAS		MEDIDAS ADOPTADAS DESDE 2011
Por los gobiernos (incluyendo ministerios de salud y de finanza y otros departamentos y líderes gubernamentales	• Promover la partería como carrera y establecer condiciones de servicio apropiadas. • Incluir la partería y las parteras en los planes de salud reproductiva, materna y neonatal (SRMN), con cálculo de costos, y armonizar los recursos humanos para los planes de salud. • Asegurar que existan competencias, instrumentos y procedimientos para la gestión apropiada de los recursos humanos. • Efectuar inversiones en la recopilación activa de datos y el seguimiento del personal que practica la partería o atiende la salud materna y neonatal.	• Promoción de la partería en los niveles de educación superior para mejorar las perspectivas de la carrera, manifestado por 6 países (8%). • 18 países (25%) expresan un aumento en la producción de agentes de salud (incluyendo parteras) para reducir la escasez y/o déficit; 12 (16%) abrieron escuelas y programas de partería; 8 países (11%) informan nuevos programas, en su mayoría con ingreso directo. • 33 países (45%) manifiestan esfuerzos intensos por mejorar la retención del personal en áreas remotas, incluyendo la introducción de un sistema de bonos e incentivos. • 52 países (71%) informan que disponen de sistemas de datos e información. Entre las medidas relativas a la recopilación de datos se encuentran: el fomento de la calidad con apoyo externo técnico y financiero, la implementación de órganos de coordinación de información, las herramientas de revisión de datos, la asignación de especialistas de datos y establecimiento de centros de información. Además, 5 países (7%) informan que planean establecer sistemas de información o actualizar los sistemas existentes.
Por los órganos de reglamentación	• Establecer criterios de ingreso a la profesión. • Establecer estándares educacionales y competencias para la práctica. • Acreditar a escuelas y currículos educacionales en los sistemas de educación, tanto públicos como privados. • Otorgar y renovar licencias para el ejercicio profesional de las parteras. • Mantener códigos de ética y de conducta.	• 51 países (70%) informan que los órganos de reglamentación tienen la responsabilidad de establecer los estándares educacionales y 39 (53%) manifiestan que son responsables de la acreditación de las instituciones de educación. • Revisión de los códigos profesionales, implementación de una nueva ley y/o de mecanismos para la renovación de licencias fueron informadas por 14 países (19%).
Por las escuelas e instituciones de formación	• Revisar los currículos a fin de integrar las competencias esenciales establecidas por el gobierno y los órganos de reglamentación. • Aprovechar los estándares de la ICM y otros estándares educacionales para mejorar la calidad y la capacidad.	• 19 países (26%) informaron que se están desarrollando herramientas y directrices. La mayoría se relacionan con competencias, desarrollo o actualizaciones de currículos y revisión de códigos profesionales. • 8 países (11%) han hecho esfuerzos positivos para armonizar la educación con normas mundiales de la Confederación Internacional de Matronas (ICM).
Por las asociaciones profesionales	• Promover estándares para la formación en el servicio y actualización de los conocimientos. • Asegurar el respeto de los derechos de las pacientes en la prestación de los servicios. • Desarrollar la voz y las contribuciones del personal de partería en el ámbito político nacional.	• Los países que participaron de la encuesta informan que el 92% de las asociaciones se encuentran realizando un desarrollo profesional permanente. • El 88% de las asociaciones en los países encuestados manifiestan que orientan a sus miembros conforme a estándares de calidad para la atención SSRMN. • Los países encuestados manifiestan que el 77% de las asociaciones profesionales han aconsejado al gobierno sobre los planes de SSRMN nacionales más recientes y que el 53% han negociado con el gobierno en lo referido a temas de trabajo y sueldos.
Por las organizaciones internacionales, las alianzas mundiales, los organismos donantes y las entidades de la sociedad civil.	• Alentar los foros internacionales y facilitar los intercambios de conocimientos, prácticas recomendables e innovaciones. • Alentar el establecimiento de un programa mundial de investigación en partería (en correspondencia con los ODM y para más adelante) y apoyar la aplicación de dicho programa a nivel de país.	• El Segundo Simposio Mundial sobre Partería (mayo 2013) reunió a parteras, autoridades encargadas de formular políticas y representantes de ONG, donantes y sociedades civiles para debatir varios temas relacionados con el fortalecimiento de la partería, la presentación de resultados e innovaciones y la contemplación de las dificultades. • Publicación Especial sobre Partería de la revista *The Lancet* (junio 2014): su propósito es consolidar y mejorar el conocimiento disponible sobre partería para la adopción de decisiones basadas en pruebas objetivas a nivel de los países en apoyo de servicios eficaces de SSRMN. • El consenso H4+, que incluye al UNFPA y la OMS, ofrece apoyo técnico a regiones y países sobre evaluación de profesionales de la partería, calidad de la atención y política nacional. • Las organizaciones de la sociedad civil participan activamente en foros mundiales, regionales y nacionales.

Por ejemplo, 33 de los 73 países (45%) manifestaron se realizaron esfuerzos intensos por mejorar la retención del personal en áreas remotas desde 2011. Veinte países (28%) han comenzado a incrementar la contratación y asignación a puestos de trabajo de parteras, 13 países (18%) han hecho planes para establecer órganos de reglamentación o asociaciones y 14 (20%) tienen un nuevo código profesional y/o marcos normativos. Quizás el avance colectivo más impresionante desde 2011 es el desarrollo referido al personal, la recopilación de datos e información y la rendición de cuentas, según informaron 52 países (71%). Esto incluye el establecimiento de órganos de coordinación de información y centros de información y la asignación de especialistas de datos.

El Cuadro 1 complementa la evidencia de que el informe del 2011 ha contribuido a cambiar los testimonios sobre el papel de la partería [11], y hay ejemplos concretos (ver Recuadro 1) del apoyo político acompañado de desarrollo de políticas y de programas a nivel nacional en cooperación con gobiernos, asociaciones profesionales de la salud, instituciones educativas, órganos de reglamentación y colaboradores en el ámbito del desarrollo.

Un objetivo importante de este informe es actualizar los datos sobre partería de los 58 países que participaron en el informe del 2011, en parte porque permite hacer hincapié global en información y rendición de cuentas [12]. Sin embargo, el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* y este capítulo ofrecen más que un seguimiento de los progresos. Se han agregado 15 países que deberán alinearse con los países de la "Cuenta atrás" (Countdown) y, lo que es más importante aún, los datos proporcionados por todos los países participantes son más detallados que los del 2011, lo que nos permite avanzar en nuestro

RECUADRO 1

Introducción de educación en partería con ingreso directo y tres años de duración como reconocimiento de las parteras profesionales en Bangladesh

En 2010, el gobierno de Bangladesh fue noticia cuando la Primera Ministra Sheikh Hasina demostró su compromiso político con la partería dando a conocer la capacitación de 3.000 parteras. Fue una medida de cambio para Bangladesh que en los años 1980 había concentrado su atención en las parteras tradicionales y posteriormente promovió una amplia variedad de categorías de personal incluyendo asistentes en cuestiones de bienestar de la familia, enfermeras parteras y médicos. Actualmente, Bangladesh es el primer país en la región de Asia sudoriental en introducirse en un programa de educación con ingreso directo y tres años de duración, en reconocimiento del valor que tienen las parteras profesionales en cuanto a la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Bangladesh está en camino de lograr los ODM 4 y 5; pero aun cuando se han logrado adelantos, la Encuesta de Demografía y Salud de 2011 informa que la tasa de mortalidad materna aún se mantiene elevada en 194 por 100.000, la tasa de mortalidad neonatal es de 32 por 1.000 y sólo el 32% de las mujeres cuentan con la atención de personal de partería cualificado en el parto. Esto refleja un severo déficit de personal de partería cualificado y una concentración extrema de médicos en áreas urbanas.

En 2008, la Dirección de Servicios de Enfermería del gobierno y el Consejo de Enfermería de Bangladesh, con la asistencia técnica de la OMS, desarrollaron de manera conjunta el informe "Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería para contribuir a alcanzar los ODM 4 y 5". Este documento definió claramente dos itinerarios para la capacitación de parteras a través del Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia:

(i) Certificado de Partería: un programa avanzado de partería de seis meses para enfermeras parteras matriculadas existentes;

(ii) Diploma de Partería: un nuevo programa de partería con ingreso directo y tres años de duración.

La OMS le prestó al gobierno la asistencia técnica necesaria para desarrollar el currículo del programa básico posterior de seis meses de duración, así como también el nuevo currículo del diploma de tres años de duración y el UNFPA proporcionó asistencia técnica y financiera adicional. El UNFPA y la OMS respaldan a 20 centros de capacitación que otorgan el Certificado de Partería sobre la base de los Institutos de Enfermería y Centros Educativos existentes, y los 27 Institutos que ofrecen el programa con ingreso directo de tres años de duración son financiados por el Estado a través del Programa de Desarrollo del Sector de Salud, Población y Nutrición de múltiples donantes.

Aún persisten desafíos fundamentales. El déficit de de personal docente competente es muy marcado tanto en el sector público como en el privado. Se encuentra en curso el proceso de asignación de nuevos puestos de partería en el sector público, pero necesita aprobación para evitar que se les impida a las parteras diplomadas prestar sus servicios. Es fundamental la coordinación entre el sector público y el sector privado. Lo importante es que resta mucho por hacer para proporcionar el apoyo profesional, económico y sociocultural que garantizará que estas parteras egresadas puedan prestar la calidad de la atención que se comprometieron alcanzar. Bangladesh es un ejemplo de compromiso político en pro de la partería, apoyo conjunto de los organismos a los gobiernos e iniciativa pública-privada.

Fuente: UNFPA y OMS.

conocimiento del personal de partería y sus funciones y responsabilidades en lo referido a la prestación de servicios de SSRMN.

Lo que las mujeres y los recién nacidos necesitan

En los 73 países que se incluyeron en este informe, el número anual de embarazos se estabiliza razonablemente en alrededor de 166 millones por año [13,14]. Se espera que esta tendencia continúe por muchas décadas (ver Gráfico 2). No obstante, se ven tendencias demográficas sorprendentemente diferentes entre diferentes regiones del mundo. A partir de 1990, el número anual de embarazos aumentó un 50% en países africanos, por lo que el número de personal de partería en estos países necesita aumentar significativamente sólo para mantener los niveles actuales de cobertura de la población.

GRÁFICO 2 **Embarazos en 73 países (1950-2099)**

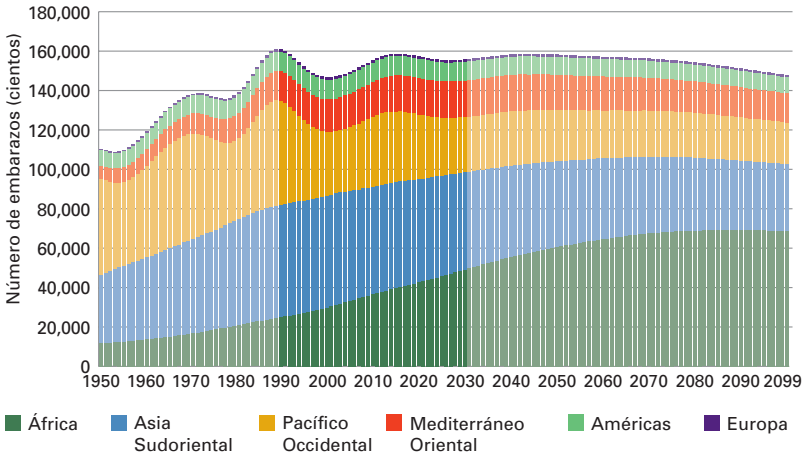
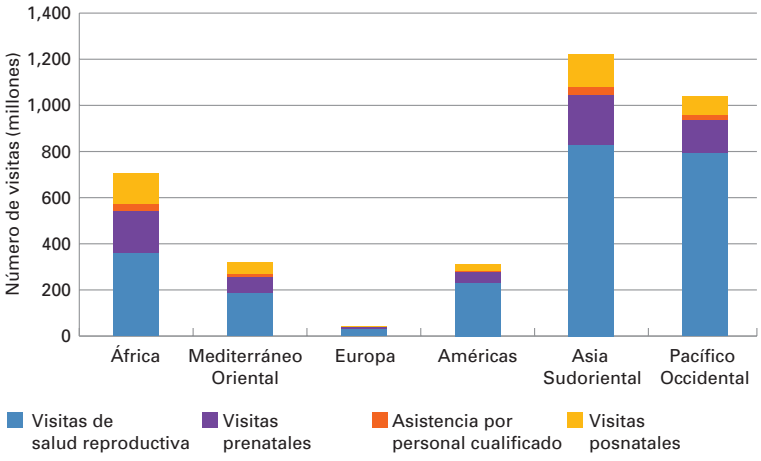


GRÁFICO 3 **Número de visitas de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal necesarias, en cada región de la OMS (2012)**



A fin de aumentar la cobertura de servicios y acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad, se necesita que la cantidad de personal crezca aún más rápido y se genere una nueva forma de pensar en la combinación de cualificaciones y desarrollo de la eficiencia. En cambio, los países de Asia están presenciando una reducción del número total de embarazos, que debería permitirles determinar cómo optimizar de la mejor manera la combinación de cualificaciones del personal y aumentar los servicios centrados en la mujer.

Las proyecciones y estimaciones de los lugares donde se producen los embarazos permiten hacer una evaluación más exacta de la atención de SSRMN que necesitan las mujeres y los recién nacidos, pero este proceso debe adaptarse a los contextos demográficos y epidemiológicos. Por ejemplo, el impacto del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual requerirá mayor asesoramiento, pruebas y tratamiento, lo que repercutirá en el número y en la combinación de cualificaciones de las parteras. En el Gráfico 3 se muestra una estimación de los servicios de partería que las mujeres y los recién nacidos necesitan en los 73 países, con base en la cobertura recomendada [1] para: planificación familiar, atención prenatal (al menos 4 visitas), partos atendidos por personal cualificado y atención posnatal (al menos 4 visitas).

A partir del número de visitas, un cálculo adicional estima la necesidad total del conjunto de 46 intervenciones esenciales de SSRMN y lo multiplica por el tiempo requerido para proporcionar esas intervenciones, según las estimaciones de *One Health* [15] y expertos. Esto permite que la necesidad de intervenciones se traduzca en necesidad de personal de partería. Las mujeres y los recién nacidos necesitan una mediana de 19,3 agentes de salud capacitados para prestar servicios de SSRMN por 10.000 mujeres en edad reproductiva. Las parteras, cuando están capacitadas y reglamentadas conforme a las normas internacionales, por ejemplo de la ICM y la OMS [16-20], tienen las competencias necesarias para prestar el 87% de la necesidad estimada en los 73 países.

Debido a los distintos perfiles epidemiológicos y demográficos, existe una importante diversidad entre países y regiones en cuanto a la escala y distribución de las necesidades por mujeres en edad reproductiva o por embarazo. La diversidad entre las regiones se muestra en el Gráfico 4 tanto para a)

servicios de salud sexual y reproductiva como b) servicios de salud maternal y neonatal.

Hacia el acceso universal

Dentro de las metas de los ODM se incluyen el acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva y las reducciones en la mortalidad materna e infantil. En este informe se explora en qué medida el personal de partería de un país está preparado para facilitar el acceso universal a las 46 intervenciones esenciales en SSRMN, haciendo referencia al concepto de cobertura eficaz (ver Recuadro 2). La cobertura eficaz se define como la proporción de la población que necesita una intervención, recibe la intervención y se beneficia de la misma [21,22]. Puede medirse por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y del personal que presta esos servicios. El Capítulo 2 utiliza estos cuatro factores para examinar la posibilidad del personal de partería de ofrecer acceso universal.

¿Qué es el personal de partería?

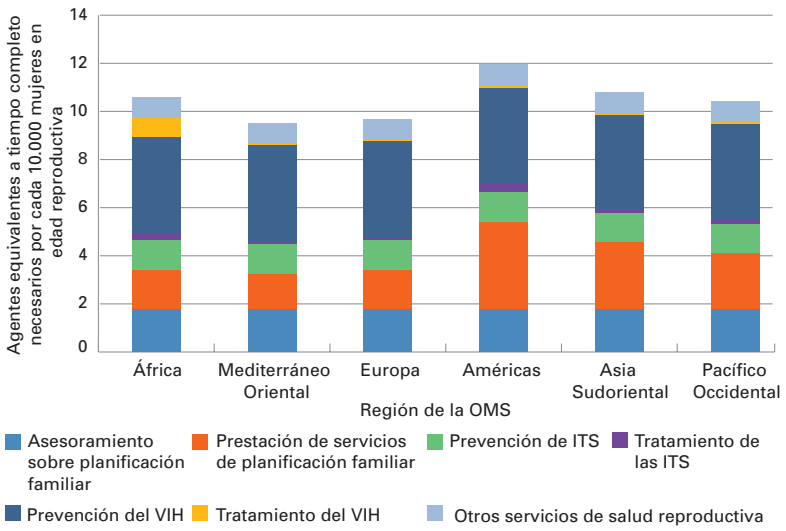
Los países que participaron colaboraron con información muy detallada sobre los agentes de la salud involucrados con el personal de partería. Dentro de esta información se incluyen nuevos datos sobre categorías de personal, el porcentaje de tiempo [33] de trabajo disponible dedicado a los servicios de SSRMN, funciones y responsabilidades oficiales y duración de la formación académica. Los datos demuestran que hay una gran variación entre los países con relación a los cuadros por país con nombres similares. Por lo tanto, los enfoques simples como la clasificación del personal cualificado para la atención del parto de acuerdo con el cuadro de personal pueden resultar ineficaces.

Los 381 cuadros diferentes especificados por países se agruparon en ocho categorías generales: parteras, enfermeras parteras, enfermeras, auxiliares (parteras y enfermeras), clínicos asociados, médicos generalistas y obstetras/ginecólogos. Estas categorías se forman pura y exclusivamente utilizando el nombre del cuadro de cada país, y no son declaraciones sobre el reconocimiento profesional, función ni itinerarios educacionales de los cuadros. El resto de este capítulo se centra en el análisis de las ocho categorías generales, no en los nombres específicos proporcionados por los países.

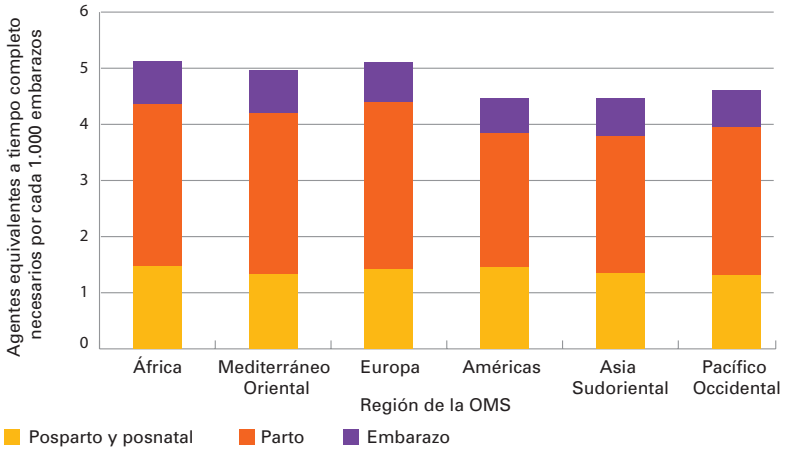
Los países también informaron acerca de cuadros no profesionales: 47 países (64%) informaron la disponibilidad de agentes de salud comunitarios (ASC) y 20

GRÁFICO 4 **Personal de partería: Proyección de la necesidad de agentes equivalentes a tiempo completo para la prestación de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal**

Salud sexual y reproductiva



Salud materna y neonatal



(27%) informaron la disponibilidad de parteras tradicionales. Se sabe que el rol de los agentes de salud comunitarios en la prestación de las intervenciones esenciales de SSRMN a nivel de la comunidad, en especial en las etapas previas al embarazo y después del parto/posnatal, mejoran la cobertura y que son una estrategia viable como parte de una red integrada de prestación de servicios de salud [34]. En 58 países (79%), las parteras supervisan el trabajo de los agentes de salud comunitarios y parteras tradicionales con respecto a la SSRMN, lo que sugiere vínculos entre establecimientos de salud y la comunidad, con oportunidad de promover la continuación de la atención y de mejorar la demanda y la utilización de los servicios. Sin embargo, no se puede hacer en este informe un análisis comparado de países

debido a la falta de datos, sumada a las inconsistencias en tipología, duración de capacitación, funciones y proporciones de tiempo de trabajo disponible dedicado a los servicios de SSRMN, aunque sería un aporte valioso para la investigación futura de sistemas y políticas de salud.

El Gráfico 5 muestra la distribución del personal de partería en los 73 países y en cada región de la OMS, por categoría de agente de la salud (excluyendo los cuadros comunitarios). Este gráfico subraya el concepto fundamental de que el porcentaje de tiempo dedicado por cada cuadro a los servicios de SSRMN

RECUADRO 2

Evaluación del personal de partería desde la perspectiva de la cobertura eficaz

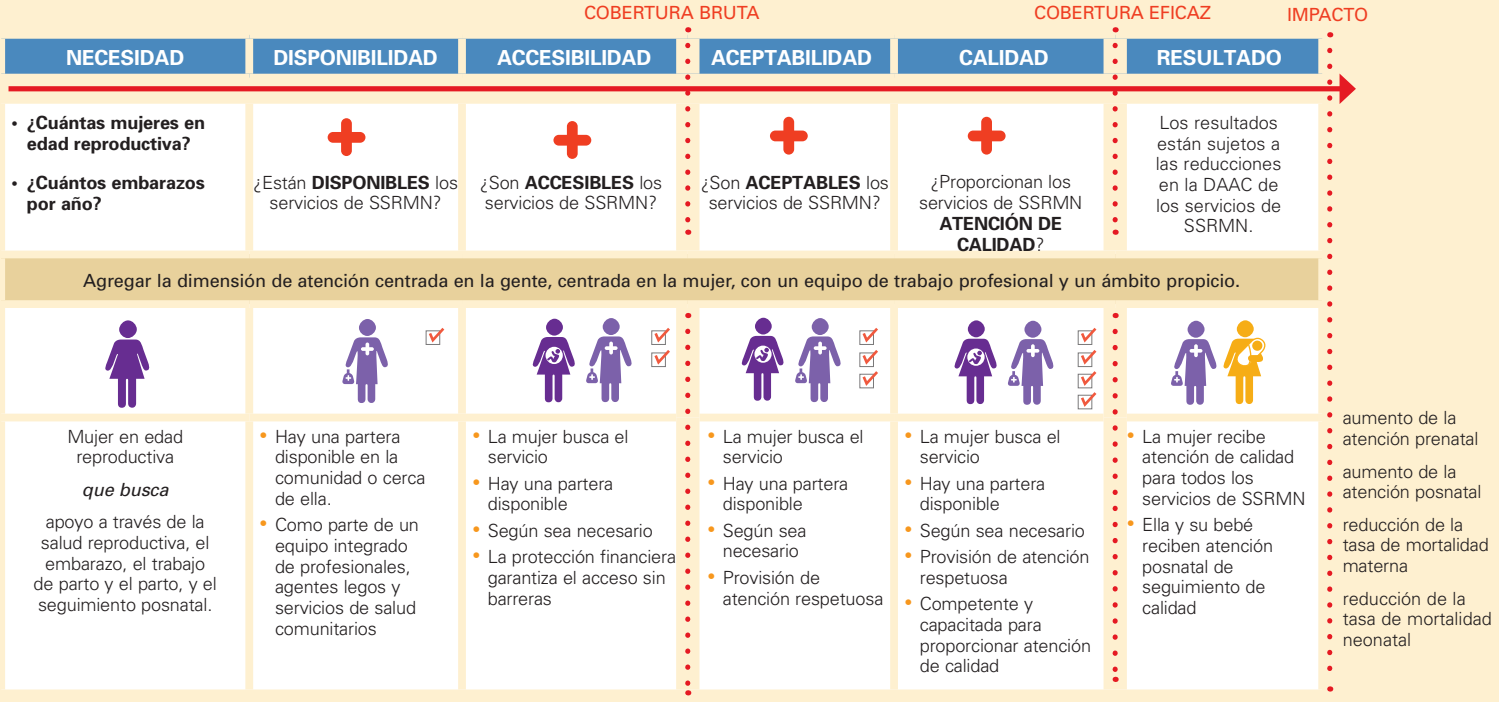
El concepto de "cobertura eficaz" fue desarrollado por la OMS en la década de los setenta para explorar la prestación de servicios de salud. En 1978, T. Tanahashi publicó un marco conceptual en el *Boletín de la OMS* [23], que registró la lógica sencilla de cómo los factores de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y efectividad del contacto entre el proveedor de servicios y el usuario (es decir, calidad) influyen en si la población obtiene o no servicios de salud que cumplan con sus necesidades. Tanahashi sostiene que se podría aplicar la simplicidad de la lógica para considerar la cobertura eficaz de todos los servicios de salud o servicios particulares y componentes de la prestación de servicios: por ejemplo, servicios de SSRMN y personal de partería.

El Comentario General Nro. 14 [24] sobre el derecho a la salud, publicado en el año 2000, reflejó las áreas de Tanahashi de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, con la calidad como la cuarta área. El Artículo 12 establece que "El derecho a la salud en todas sus formas y a todos sus niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones imperantes en un determinado Estado Parte"; luego enumera cada uno de los niveles de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y las obligaciones de todos los Estados. En consecuencia, el uso de los niveles de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad es muy valioso para explorar la cobertura eficaz y refuerza, además, el derecho a la salud.

El uso del marco de Tanahashi para explorar los recursos humanos para la salud y el nivel de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los agentes de la salud, que son la esencia de la prestación de servicios, está permitiendo nuevas percepciones de políticas en los países [25–28]. Se lograron percepciones similares cuando se analizaron los servicios de SSRMN [22,29,30] y el personal de partería [31]. De esta manera, se han ido creando nuevas oportunidades para revisar barreras, desafíos y oportunidades en la prestación de cobertura eficaz que complementan áreas similares para medir la calidad de la atención en los sistemas de salud [32].

El gráfico que se incluye a continuación ilustra la necesidad de centrarse en medir si las mujeres obtienen servicios de salud en relación con la necesidad y cómo el nivel de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de partería influye sobre ello. Esta lógica es la base del análisis de los capítulos 2 y 3.

Cobertura eficaz según se aplica a servicios de SSRMN y al personal de partería



Fuente: Jim Campbell, ICS Integrare. Adaptado de Campbell y otros, 2013 (25) Colston, 2011 (22).

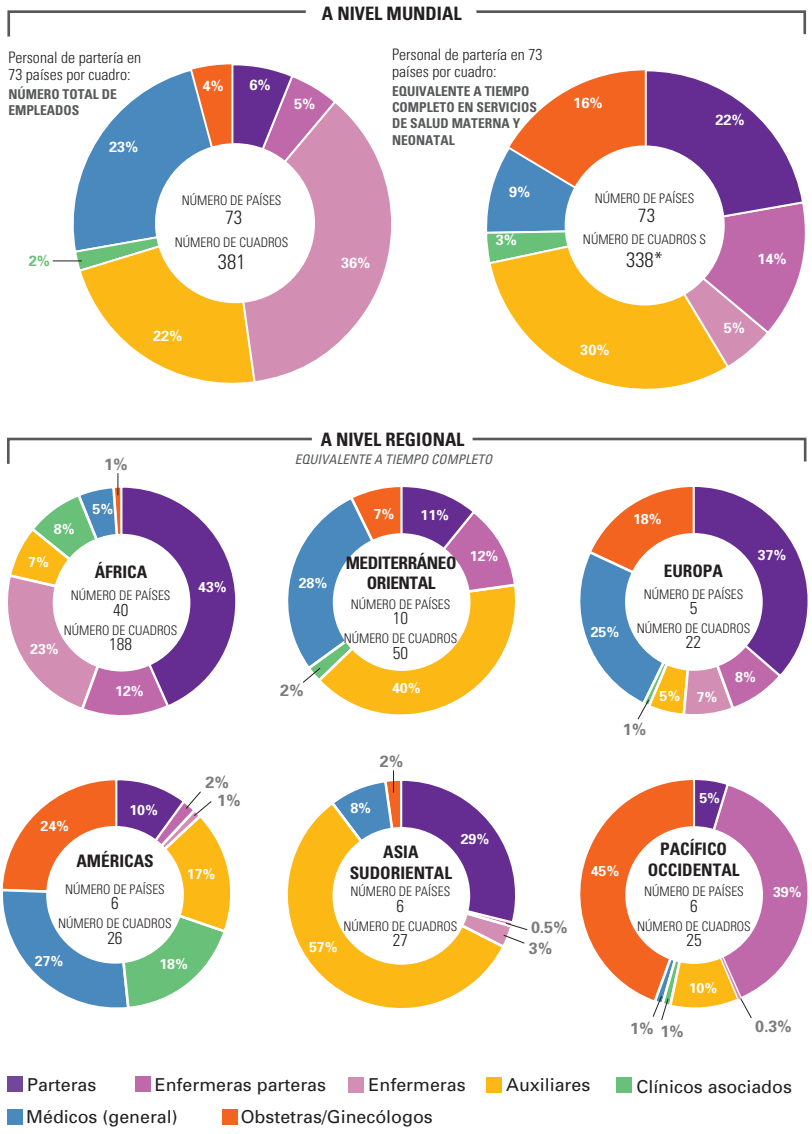
debería tenerse en cuenta al momento de determinar los diferentes cuadros que prestan diferentes servicios de partería. Los médicos y enfermeros generalistas constituyen una gran proporción de personal de partería en lo que concierne a número de empleados, pero su contribución como equivalentes a tiempo completo es mucho menor al multiplicarse por el porcentaje de tiempo dedicado a SSRMN.

El Gráfico 5 también muestra la composición radicalmente diferente del personal de partería en diferentes regiones de la OMS, aunque debería tenerse en cuenta el pequeño número de países en algunos grupos regionales, como la influencia de China y la India en la Región del Pacífico Occidental y la Región del Sudeste de Asia, respectivamente. Por ejemplo, parece haber más parteras en la Región del África, en la Región Europea y en la Región del Pacifico Occidental de Asia que en las otras tres regiones.

Existe una diversidad notable entre los cuadros de los países dentro de las categorías generales, en particular respecto del porcentaje de tiempo dedicado al componente de salud materna y neonatal de los servicios de SSRMN, funciones y responsabilidades y duración de capacitación. La mayoría de los cuadros de los países en las categorías para parteras, enfermeras parteras, auxiliares y obstetras/ginecólogos dedicaron el 100% de su tiempo a la salud materna y neonatal. No obstante, en ninguna categoría general los cuadros de los países dedicaban el 100% del tiempo a la salud materna y neonatal, ni siquiera los especialistas. Existe un rango mucho más amplio entre los generalistas que operan dentro del personal de partería, según lo informado: enfermeras y médicos generalistas dedican entre un 5% y un 100% de su tiempo a la salud materna y neonatal, las enfermeras un promedio del 50% y los médicos generalistas un promedio del 39% de su tiempo. Esto está relacionado con el rango de responsabilidades asumidas por ellos, por ejemplo, en la prevención, manejo y tratamiento de trastornos y enfermedades.

Otra diferencia radica en la medida en la que cada cuadro de país es responsable de realizar tareas dentro del alcance de la práctica de la partería. El análisis de las tareas en el Gráfico 6 se ajusta a las directrices de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) expresadas en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)

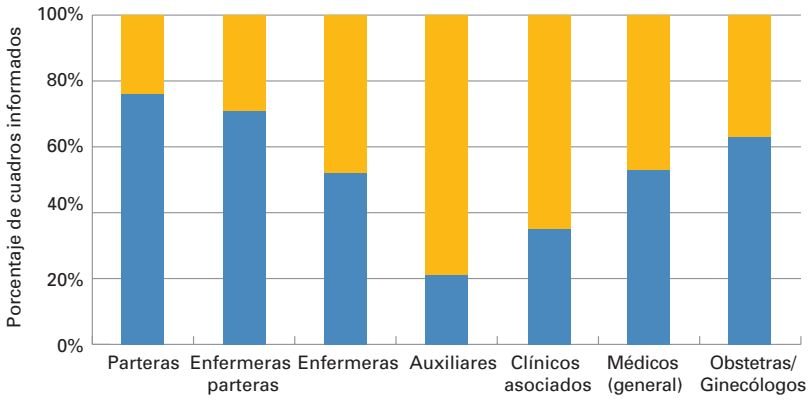
GRÁFICO 5 **Personal de partería: Distribución en los 73 países, y en cada región de la OMS**



* Las cifras del equivalente a tiempo completo no incluyen el 11% de los cuadros de países para los cuales no se informó el porcentaje de tiempo dedicado a servicios de SMN.

[35] (ver Anexo 5) relativas a las tareas que se encuadran dentro de los alcances de los profesionales de la partería. Esta situación pone de manifiesto que los nombres de los cuadros no son siempre un buen indicador de la manera en la que se han asignado las funciones y responsabilidades para los servicios de partería en el personal de cada país. A pesar de que hay ciertos patrones, puesto que probablemente sean las parteras y enfermeras parteras las que realicen el alcance total de la práctica de la partería en lugar de las

GRÁFICO 6 **Personal de partería: funciones y tareas**



La descripción del puesto incluye todas las tareas de partería conforme a las directrices de la CIUO 2008

La descripción del puesto no incluye todas las tareas de partería conforme a las directrices de la CIUO 2008

MENSAJES PRINCIPALES

Evidencia del progreso

- Los países y colaboradores han comenzado a adoptar medidas enérgicas para mejorar la partería desde la publicación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011.*
- Se ha reducido la mortalidad materna y neonatal a nivel global pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar cobertura universal; se necesita hacer aún mucho más.
- La proyección de los cambios en el número de embarazos por año proporciona nuevas perspectivas para informar la composición, combinación de cualificaciones, despliegue y eficiencia del personal de partería en todas las regiones.
- La necesidad de las mujeres de acceder a las 46 intervenciones esenciales de SSRMN puede medirse: en 2012, se estima como 3,8 mil millones de visitas de planificación familiar, atención prenatal y posnatal y 106 millones de partos.
- Las parteras, cuando cuentan con la debida formación y reglamentación conforme a normas internacionales, tienen las capacidades profesionales para proporcionar el 87% de la necesidad estimada en los 72 países.
- La necesidad de las mujeres de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva también puede requerir fuertes vínculos con los proveedores de servicios basados en la comunidad, con la supervisión de las parteras y demás profesionales de salud.
- Los países deberían considerar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de partería para ofrecer servicios de SSRMN de calidad.
- Hay una diversidad notable en las tipologías de los agentes de salud que contribuyen a la prestación de servicios de SSRMN, incluyendo diferencias significativas entre el uso nacional de los nombres de los cuadros y las normas internacionales de funciones, educación y reglamentación. Por lo tanto, los nombres de los cuadros de los países no constituyen una base sólida para la comparación mundial y entre los países del personal de partería o agrupación como personal capacitado para asistir en el parto.

auxiliares, existen también muchas excepciones. Esto genera dudas acerca de si la CIUO, que se usa para hacer comparaciones internacionales, se basa en mayor medida en los títulos e itinerario educacional de los países que en las funciones, responsabilidades y tareas oficiales dentro de un país.

Además, hay una gran diversidad entre las categorías generales en lo que concierne a la duración de la educación y al itinerario educacional. Los tipos de profesionales de los países dentro de la categoría general de partería, y para los que se informó la duración total de formación médica, se capacitaron de 1 año a 5 años; al menos la mitad se capacitó por 3 o más años. Las enfermeras parteras se capacitaron de 2 a 6 años, donde al menos la mitad que se capacitó durante 4 años o más. Para los cuadros que únicamente informaron educación posterior al egreso de escuelas de enfermería o de posgrado, la duración de la formación estuvo en el rango de 1 a 2 años, donde al menos la mitad que se capacitó durante 1,5 años o más, mientras que la duración de la formación de enfermeras parteras estuvo en el rango de de 1 a 3 años, donde al menos la mitad se capacitó durante 2 años o más.

La duración de la formación tiene relevancia en las narraciones internacionales sobre normas educativas para parteras y enfermeras parteras, ya que la duración está vinculada con la calidad y con la profundización de los estudios que se ofrecen a los estudiantes, pero los datos confirman que existen diferencias importantes entre el uso nacional de nombres de los cuadros y los estándares mundiales sobre educación en partería [16] y reglamentación [18] y, por lo tanto, quién tiene derecho a utilizar el término "partera".

Disponibilidad

La primera dimensión de la cobertura eficaz es la disponibilidad, y se aplica tanto a los servicios de partería como al personal de partería (ver Glosario, Anexo 1). Esta sección se centra en la disponibilidad del personal de partería.

La disponibilidad depende principalmente del número de empleados involucrados con el personal de partería. Los 73 países que participaron en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* informaron que 7.377.083 agentes de salud dedicaron una cierta parte de su tiempo de trabajo disponible para prestar servicios de SSRMN. Sin embargo, la simple correlación del número de empleados

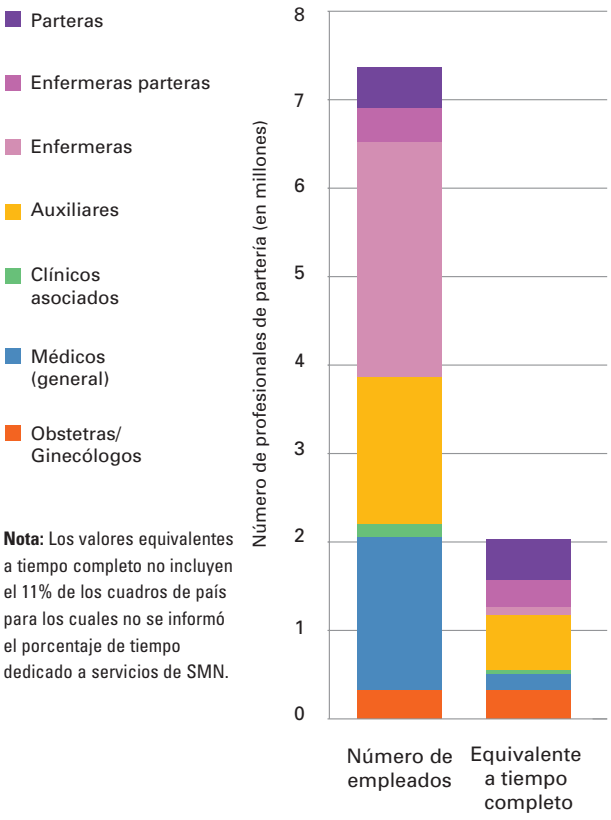
informado de los cuadros elegidos con resultados en cuanto a la salud (por ejemplo, el número de parteras, enfermeras y médicos con el número de mortinatos o mortalidad materna y neonatal) no es suficiente. El Gráfico 7 muestra la diferencia entre la evaluación del personal de partería en lo que concierne al número de empleados frente a la disponibilidad equivalente a tiempo completo. Entre los cuadros de países para los que esta información estaba disponible, el personal equivalente a tiempo completo representa menos de las dos terceras partes de todo el personal que dedica al menos una parte de su tiempo a SSRMN.

¿Es "suficiente" este nivel de disponibilidad? Si nuestro objetivo es ofrecer acceso universal a servicios de partería, se podrá responder esta pregunta únicamente con relación a las necesidades que cada país tenga de acceder a servicios de partería. Tal como se discutió anteriormente, la diversidad de la necesidad, impulsada por una multiplicidad de factores demográficos y epidemiológicos, no es abordable desde ningún punto de referencia mundial. Se realizó para cada país un análisis basado en las necesidades de la disponibilidad actual y futura del personal de partería y los resultados se muestran en las reseñas de países en el Capítulo 4. La confiabilidad de este enfoque depende de 10 datos que deben recopilar los países: el número de empleados, el porcentaje de tiempo que estos dedican a SSRMN, sus funciones, su distribución por edades, su edad de jubilación, la duración de su educación, cuántos alumnos se matriculan por año, la tasa de abandono de la educación, el número de graduados por año y la tasa de abandono voluntario de la fuerza [36].

Mejorar la disponibilidad depende de que se logre una mejor comprensión y gestión de los nuevos ingresos al personal y de agentes de salud existentes que abandonan la fuerza. La gestión de nuevos ingresos al personal debe implicar un mejor manejo de las cohortes de estudiantes, ya que esto determina de forma directa la disponibilidad futura del personal. En general, los datos de matriculación, graduación y deserción estudiantil de los países no se proporcionan o son inconsistentes, lo que indica una aparente falta de relación entre la gestión de los recursos humanos para la salud y la planificación educativa de recursos humanos para la salud. La gestión activa de las cohortes educativas incluye garantizar que el número de establecimientos de formación disponibles, tanto en el sector privado como en el público, sean suficiente y de la más alta calidad para cumplir con las necesidades futuras, teniendo en cuenta la selección de estudiantes y la tasa de abandono de la educación.

La gestión de la educación médica y de partería también significa garantizar que una cantidad suficiente de estudiantes se gradúen de colegios secundarios con nociones elementales de cálculo aritmético, niveles apropiados de alfabetización y ciencias que sean adecuadas para inscribirse en programas de educación en partería o medicina. Esto se consideró un desafío en el 78% de los programas de educación en partería (49 de 63). Por lo tanto, los graduados de escuelas secundarias deben sentirse motivados para inscribirse en programas de educación en partería. La falta de información o preconceptos negativos acerca de las carreras en partería se informaron en 9 de 21 países africanos que celebraron talleres sobre políticas, lo que indicó la necesidad de promoción y mejor calidad de información. Una vez matriculados, los estudiantes requieren apoyo práctico, sociocultural y financiero para permanecer en sus programas educativos. Los informes de los talleres sugirieron que mejorar la calidad de la educación y establecer un entorno

GRÁFICO 7 **Personal de partería: número de empleados frente a equivalente a tiempo completo**



Nota: Los valores equivalentes a tiempo completo no incluyen el 11% de los cuadros de país para los cuales no se informó el porcentaje de tiempo dedicado a servicios de SMN.

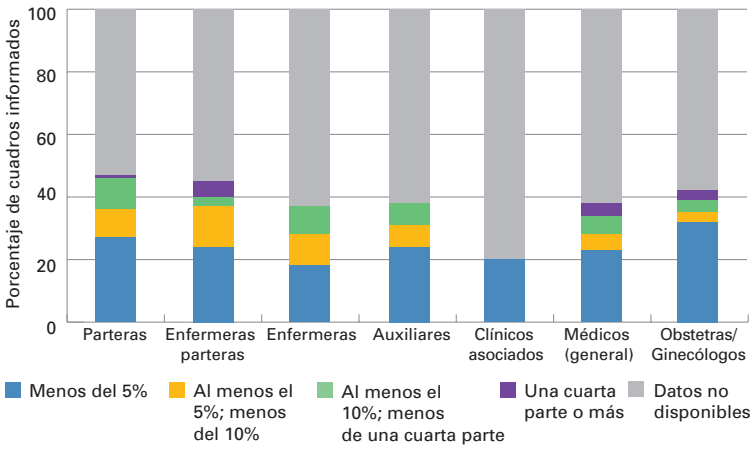
de respaldo que incluya tanto apoyo financiero como sensibilidad de género, podrían contribuir en gran medida a la reducción de la tasa de abandono de la educación.

El traspaso de programas de educación al personal también se debe manejar de una mejor manera. La formación de agentes de salud para los que no hay puestos de trabajo o cuyos puestos se encuentran muy demorados implica un uso ineficaz de los recursos. Los datos del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* muestran que en más de la mitad de los países algunos graduados tardan más de un año en unirse a la fuerza (excepto en el caso de obstetras/ginecólogos) y a esa altura es probable que sus aptitudes clínicas se hayan deteriorado debido a la falta de práctica. De los informes de los talleres se desprende una gama de soluciones a este problema, entre las que se encuentran: contratar profesionales antes de que se gradúen; descentralizar la responsabilidad de contratación asignándosela a autoridades subnacionales; y realizar una mejor financiación y control de las políticas de contratación.

Gestionar la separación del servicio del personal exige una mejor comprensión del número de empleados que deciden abandonar la fuerza cada año (ver Gráfico 8). En más de la mitad de esos casos, no se registraron datos sobre abandono voluntario del personal, creando una barrera importante que impide comprender la disponibilidad del personal. En muchos otros casos, es probable que la información sobre el abandono del personal haya estado incompleta [37]. En los talleres se discutieron soluciones al problema del abandono del personal que se centraron principalmente en la mejora de los sueldos e incentivos, gestión y supervisión e itinerarios de desarrollo de carreras incluso a través de capacitación adicional.

Los egresos también están muy influenciados por la distribución por edades del personal actual. Aunque el envejecimiento del personal es muy común entre los obstetras/ginecólogos, otros cuadros de países como las parteras en Ghana y aides de santé en Guinea sufren del mismo problema y experimentarán grandes pérdidas en los próximos 10 años debido a la jubilación. Lamentablemente, esta información no está disponible para el 56% de todos los cuadros informados de países.

GRÁFICO 8 **Porcentaje de empleados que abandonan la fuerza en forma voluntaria cada año, por cuadro**



Exploración de la disponibilidad de las parteras

Las parteras conforman el 36% del personal de partería en los 73 países; a pesar de ser una proporción considerable, no son el único tipo de agente de salud que se necesita para prestar servicios de SSRMN. Sin embargo, su contribución específica al proceso fisiológico del parto "normal" y su alto grado de concentración en la transición de atención de SSRMN las hace esenciales. Esto significa que las autoridades encargadas de formular políticas deberían prestar especial atención a estos cuadros dentro de la planificación general del personal. Actualmente, los datos muestran que se puede obtener un mayor avance para alentar a los estudiantes a que elijan y continúen dentro de la profesión.

En la mayoría de las respuestas de los países (58%), una carrera como partera se percibe como algo más atractivo que otras profesiones abiertas al público con un nivel similar de formación (Gráfico 9), pero casi una cuarta parte de los países (23%) percibe la partería como algo menos atractivo. Esto indica que los gobiernos, asociaciones profesionales y otros interesados deben hacer más para promocionar la profesión, una recomendación sobre una "medida enérgica" en *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. Algunos países ya han adoptado esta medida:

- En Camboya, se reconoció oficialmente que las parteras son fundamentales para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, recibieron un mayor aumento de sueldo que otros profesionales de la salud con formación profesional similar,

se las incentiva económicamente para atender partos en establecimientos de salud pública y se les da prioridad cuando el gobierno contrata funcionarios públicos para el Ministerio de Salud.

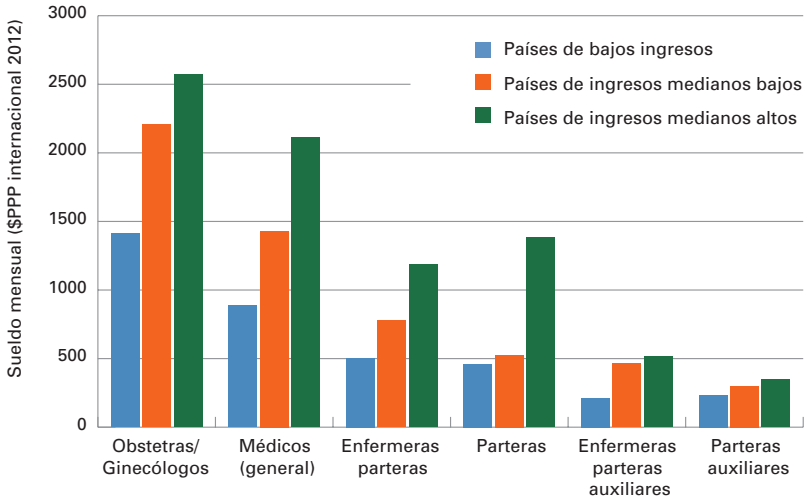
- En Tanzania, la Alianza White Ribbon para la Maternidad sin Riesgos se ha dirigido a estudiantes de la escuela secundaria, sus padres, políticos y la comunidad a través de su campaña "Aumentando el Acceso de la Mujer a los Servicios de Salud mediante la Promoción de la Partería como Carrera en Tanzania" [38]. Los objetivos incluyeron el desarrollo de la percepción pública de las parteras y el fomento de la partería como una carrera atractiva entre los estudiantes de la escuela secundaria. Los resultados fueron prometedores dado que el 89,4% de los estudiantes de una región afirmaron que recomendarían la partería como carrera.

En otros casos, se han logrado avances a través de los medios de comunicación y promoción, por ejemplo, a través de la creación de premios en reconocimiento al trabajo de las parteras y otros agentes de salud, como el premio Mama Afrika de la Unión Africana [39].

Se sabe que la posición social y la identidad influyen sobre la atracción a una profesión; y se refleja en parte en los niveles correlativos de sueldos en cada país. Los países ofrecieron información detallada sobre los sueldos iniciales del personal de salud, que fueron validados utilizando las bases de datos del Banco Mundial sobre sueldos de recursos humanos para la salud.* Los sueldos de las parteras se encuentran entre los más bajos en los países de bajos ingresos y los países de ingresos medianos bajos. Se pueden comparar con los sueldos de las enfermeras parteras auxiliares, aunque varían considerablemente de un país a otro. En promedio, se les paga a las parteras más de 2,5 más en los países de ingresos medianos altos que en los países de ingresos bajos (ver Gráfico 10); y en países en donde hay un sistema de licencias, las parteras perciben un mejor sueldo. Otros factores asociados con los sueldos altos para parteras encontramos una asociación activa en temas de negociación de empleos y sueldos con el gobierno.

GRÁFICO 9 **Percepciones entre los países que respondieron la encuesta respecto del atractivo comparativo de una carrera como partera (73 países)**

GRÁFICO 10 **Sueldo inicial mensual promedio por cuadro de agente de salud (paridad de poder adquisitivo a $, 2012)**



* Correspondencia con Juliette Puret y Christophe Lemière, Banco Mundial.

Disponibilidad

- La disponibilidad del personal de partería solo puede medirse con referencia al *equivalente a tiempo completo y no al número de empleados.*
- La correlación entre el *número de empleados* informado del personal de partería y los resultados en materia de salud producirá hallazgos que no contemplarán la disponibilidad real, dado que el personal de partería equivalente a tiempo completo representa menos de las dos terceras partes de todos los agentes de salud que dedican al menos una parte de su tiempo a los servicios de SSRMN.
- Los 10 datos que todos los países deben recopilar sobre el personal de partería incluyen: el número de empleados, el porcentaje de tiempo que estos dedican a SSRMN, sus funciones, su distribución por edades, su edad de jubilación, la duración de su educación, cuántos alumnos se matriculan por año, la tasa de abandono de la educación, el número de graduados por año y la tasa de abandono voluntario de la fuerza.
- La educación en partería debe gestionarse activamente para garantizar que el personal futuro cumpla con las necesidades de las poblaciones futuras.
- Una carrera como partera es percibida como más atractiva que otras profesiones abiertas al público con un nivel similar de formación, pero no en todos los países.
- Los sueldos de las parteras se encuentran entre los más bajos para profesionales sanit

Accesibilidad

La segunda dimensión es la accesibilidad (ver Glosario, Anexo 1) de los servicios sanitarios y, en particular, del personal de partería. A pesar de que haya una cantidad suficiente de agentes de salud, remunerados adecuadamente y con las capacidades profesionales para ofrecer la continuidad de atención que las mujeres y los recién nacidos necesitan, en muchos países sigue siendo un problema acceder a la atención que las parteras ofrecen. Las mujeres y los recién nacidos necesitan tener la posibilidad de decidir cuándo acceder a la atención prestada por el personal de partería (con frecuencia denegada por discriminación por razón de género), algunas veces de manera inmediata en casos de urgencia.

Desarrollo del acceso geográfico

El primer aspecto de la accesibilidad es el alcance físico. Un sistema de atención accesible se basa en una extensión geográfica adecuada de establecimientos y agentes de salud, respaldados por un buen transporte, información y redes de comunicación. Lograr una distribución equitativa del personal depende como mínimo de buena información y buena planificación.

En cuanto a la información, sólo 15 de los 73 países encuestados proporcionaron una lista adecuada, actualizada de establecimientos de salud, de los que sólo 6 incluían establecimientos del sector privado. Sólo 4 países informaron que tienen acceso a códigos geoespaciales para establecimientos de salud. La falta de esta información reduce las posibilidades de realizar un análisis detallado de las limitaciones en cuanto a oferta para abordar las necesidades de la población.

En lo que concierne a la planificación, en 53 de los 73 países el gobierno decide cómo asignar el personal de partería según el nivel poblacional y los tipos de establecimientos que existen en ese país. Otros 13 países basan sus decisiones únicamente en los tipos de establecimientos que existen y 2 exclusivamente en el nivel poblacional; 4 utilizan otros métodos y 1 no respondió. No obstante, incluso cuando se siguió uno de estos enfoques de planificación, a los países les resultó difícil citar las normas exactas que estaban utilizando. De los 66 países que informaron que la planificación de personal de partería se basa en los tipos de establecimientos que tienen en existencia, 41 (62%) pudieron ofrecer al menos alguna información acerca de los números de agentes de salud asignados en cada establecimiento de salud. De los 55 países que informaron que la planificación del personal también tiene en cuenta a la población y a áreas de captación poblacional, 39 (71%) presentaron al menos alguna información acerca del número de personal sanitario asignado a ciertos tamaños de poblaciones (por ejemplo, el número de médicos por cada 100.000 habitantes).

Dada la gran diversidad en algunos países con respecto a la distribución geográfica de la necesidad, podría resultar fructífero explorar las posibilidades de normas flexibles de planificación a nivel regional, para ofrecer mejores posibilidades de combinación de disponibilidad, accesibilidad geográfica, aceptabilidad y calidad en cada área. Esto factores se podrían informar utilizando un conjunto emergente de métodos de sistemas de información geográfica (SIG) (ver Recuadro 3).

La orientación mundial sobre accesibilidad establecida en 1997 [46] recomienda un mínimo de cinco establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia (AONU) en pleno funcionamiento por cada 500.000 habitantes. A pesar de que es un punto de referencia establecido, el desarrollo de la

RECUADRO 3

La geografía de la SSRMN: avances en los sistemas de información geográfica

La ubicación geográfica es muchas veces un factor determinante clave de si una mujer y el recién nacido sobrevivirán o se desarrollarán. La información geográfica se ha utilizado para explorar resultados en materia de salud por cientos de años. Quizás el ejemplo más conocido sea el estudio epidemiológico de John Snow sobre el brote de cólera en Londres en 1854, quien cartografió en un plano la mortalidad junto con las causas de la enfermedad. Este fue uno de los ejemplos más tempranos de "visualización de datos sobre salud": la conversión de conjuntos de datos sobre salud en gráficos para aclarar los descubrimientos a investigadores y autoridades encargadas de formular políticas. Los avances en la tecnología digital, diseño y programas de gestión de datos permiten una aceleración veloz de la visualización. El uso de las técnicas de Sistema de Posicionamiento Global (GPS) para registrar ubicaciones y los Sistemas de Información Geográfica (SIG) para analizar y presentar datos se están incrementando. Estas herramientas facilitan las medidas de "integración" de la igualdad en servicios de salud [40], promoviendo la "distribución equitativa" de servicios y adjudicando "prioridad a los que se encuentran en peores condiciones" [41] es decir, a mujeres y niños con mayor necesidad.

Implementación de niveles de información geográfica para planificación estratégica

NIVEL

1

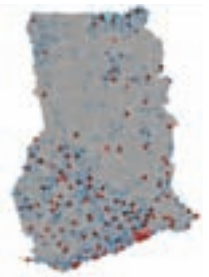
Necesidad de servicios de partería

Los avances recientes en cartografía del Sistema de Información Geográfica han permitido la producción de conjuntos de datos de alta resolución que representan estimaciones demográficas, incluyendo nacidos vivos y embarazos, en muchos países del mundo. Estos mapas, basados en datos de cartografía satelital, censo y encuestas y que se muestran en cada uno de las 73 reseñas de este informe, pueden ofrecer una base para la planificación estratégica e inteligencia estratégicas [42] y proporcionar denominadores para indicadores regionales para realizar un seguimiento de los progresos.

2

Disponibilidad de servicios y recursos humanos

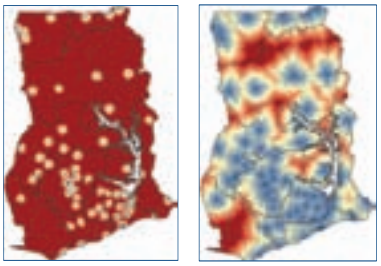
Cuando existen datos exhaustivos sobre establecimientos de salud, se pueden usar para investigar la oferta de servicios. Un control y planificación descentralizados y delegados específicos para cada necesidad local se hace posible gracias a datos sobre distritos o áreas de captación de establecimientos. Se puede calcular que los requerimientos de dotación de personal flexibles adaptados al contexto son pertinentes a las necesidades de la población y específicos para los territorios locales y características geográficas. Por lo tanto, todos los países deberían buscar preparar y llevar listas exactas de todos los establecimientos y agentes de salud con coordenadas de GPS.



3

Accesibilidad física de los servicios

Si se utilizan planos de establecimientos junto con conjuntos de bases de datos en embarazos cartografiados, es posible estimar números de embarazos dentro de distancias definidas por el usuario o tiempos de viaje de cualquier tipo de establecimiento. Muchos estudios han medido, trazado y modelado tiempos de viaje hacia el establecimiento de salud utilizando diversos enfoques diferentes [43–45].



4

Calidad de servicios y recursos humanos según lo medido con base en productos y resultados

Los indicadores de mortalidad materna y neonatal revelan las grandes disparidades que existen entre los países; lo mismo ocurre dentro de los países, aunque es más difícil recabar datos. Sin embargo, se pueden extraer resultados adversos en cuanto a la salud (es decir, mortalidad materna, perinatal y neonatal) de los datos ubicados a través de GPS en censos poblacionales, encuestas y autopsias verbales para elaborar mapas de resultados e informar enfoques de equidad selectivos referidos a las necesidades de salud y el personal sanitario a nivel regional.

Fuente: Andy Tatem, Jim Campbell y Zoë Matthews. ICS Integrare y Universidad de Southampton.

información sobre partos y embarazos condujo a la actual discusión sobre la revisión de estos estándares de accesibilidad [47]. Las conclusiones del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* muestran que muchos países aspiran alcanzar los niveles básicos de referencia de preparación para AONU y designan una alta proporción de sus establecimientos como potencialmente capaces para funcionar como AONU (ver Recuadro 4).

Estas conclusiones subrayan la necesidad de alentar discusiones a nivel nacional y mundial sobre cómo mejorar políticas, planificación, accesibilidad y control de atención con el fin de salvar vidas. Puede ser útil utilizar lineamientos más orientados o utilizar geografías de salud básicas como distritos y puntos de referencia designados según país que se relacionen con el volumen anual de embarazos o partos normales o complejos. También se deben considerar las repercusiones de los servicios de 24 horas que requieren turnos y rotación del personal de partería para mantener la preparación de los AONU.

En los 37 países donde se celebró un taller sobre políticas, se identificó un conjunto de desafíos principales de accesibilidad geográfica que no se limitan a la información y la planificación, entre los que se incluyen: agentes de salud que prefieren no trabajar en áreas rurales; redes de transporte insuficientes/costosas a áreas remotas; insuficiente espacio clínico para mujeres con trabajo de parto prematuro e insuficientes redes de derivación de pacientes. Las soluciones sugeridas incluyeron: incentivos económicos y no económicos para los agentes de salud que trabajen en áreas remotas/desatendidas; períodos obligatorios de servicio rural; mejoras en la infraestructura de establecimientos rurales para que los puestos de trabajo en zonas rurales sean más atractivos; abordar la distribución geográfica desigual de las instituciones de capacitación y la provisión de hogares de maternidad en áreas de difícil acceso. Muchas de estas sugerencias se ajustan a la evidencia que se incluyen en las directrices y recomendaciones de la OMS [49,50].

Mejora del acceso económico

Las barreras que existen al acceder a la atención no se limitan a la ubicación geográfica del servicio. Naturalmente, se sabe que los obstáculos económicos a la atención tienen efectos negativos en el acceso [51-53].

Un hallazgo muy positivo de la encuesta 2014 es que 70 de los 73 países que participaron tienen un "conjunto de prestaciones mínimas garantizadas" a nivel nacional para SSRMN, definido como "un conjunto de servicios de salud que el gobierno se ha comprometido a brindarle a toda la comunidad, en forma gratuita en el punto de acceso". En estos países el conjunto incluye una lista de intervenciones o servicios recomendados como mínimo; se pueden agregar otros servicios como parte del conjunto, pero se garantiza la lista mínima.

La existencia de un conjunto de prestaciones mínimas no implica que todas las mujeres y los recién nacidos tengan accesibilidad económica a todos los elementos esenciales de la atención de SSRMN. Sólo dos países (China y Perú) tienen un conjunto que incluye el total de las 46 intervenciones esenciales de SSRMN. No obstante, otros 10 países incluyen todas salvo una o dos de las intervenciones (Brasil, Comoras, Gabón, Guinea, Lesoto, México, Senegal, Sudáfrica, Viet Nam y Zimbabue) y 45 países (62%) ofrecen al menos 40 de las 46 intervenciones.

Contemplar algunos de los déficits más comunes en los conjuntos de prestaciones de los países podría salvar vidas. Se identificaron como causas principales de mortalidad maternas en países en vías de desarrollo a los trastornos de hipertensión, parto obstruido y aborto en condiciones de riesgo [54]. Sin embargo, únicamente en menos de la mitad de los países se incluyen suplementos de calcio y dosis bajas de aspirina para prevenir la preeclampsia, intervenciones para dejar el cigarrillo, reducción de mala presentación fetal a término con versión cefálica externa y aborto sin complicaciones. De manera similar, mientras que los partos prematuros pueden resultar en la muerte del recién nacido [55], un cuarto de los países no incluye intervenciones para prevenir partos prematuros y para proteger a recién nacidos prematuros dentro de sus conjuntos de prestaciones mínimas. En particular, se podría introducir más ampliamente el uso de corticosteroides para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros, presión positiva continua de la vía aérea para tratar a los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria y apoyo social durante el trabajo de parto.

Otros problemas de accesibilidad económica son: falta de conciencia pública del derecho a acceder a servicios que sean gratuitos en el punto de acceso; la falta de empoderamiento de las mujeres en cuanto

RECUADRO 4

Establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia: desde la designación hasta la disponibilidad

La mayoría de las mujeres embarazadas y sanas viven un proceso fisiológico normal y dan a luz bebés sanos y vivos. Sin embargo, cuando ese proceso no cumple un curso normal, el acceso a tiempo a un establecimiento de atención obstétrica y neonatal de urgencia de calidad puede convertirse en un asunto de vida o muerte. Los establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia cubren un conjunto de procedimientos para salvar vidas y de medicamentos para tratar complicaciones del embarazo y el parto.

Los resultados del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* indican que casi la mitad (44%) de los países que participaron informaron que todos los establecimientos que ofrecen servicios para partos en su país se designaron, desde una perspectiva política y de planificación, como de atención integral (atención obstétrica y neonatal de urgencia integral, (AONU-integral)) o atención básica (atención obstétrica y neonatal de urgencia básica, (AONU-básica)). No obstante, la denominación de establecimiento de atención obstétrica y neonatal, lo que significa que el establecimiento *podría potencialmente* ofrecer intervenciones urgentes para salvar vidas si tuviera los recursos necesarios de personal, equipamiento, medicamentos y suministros, es por lo general totalmente diferente a la realidad de si un establecimiento se encuentra preparado y en "pleno funcionamiento".

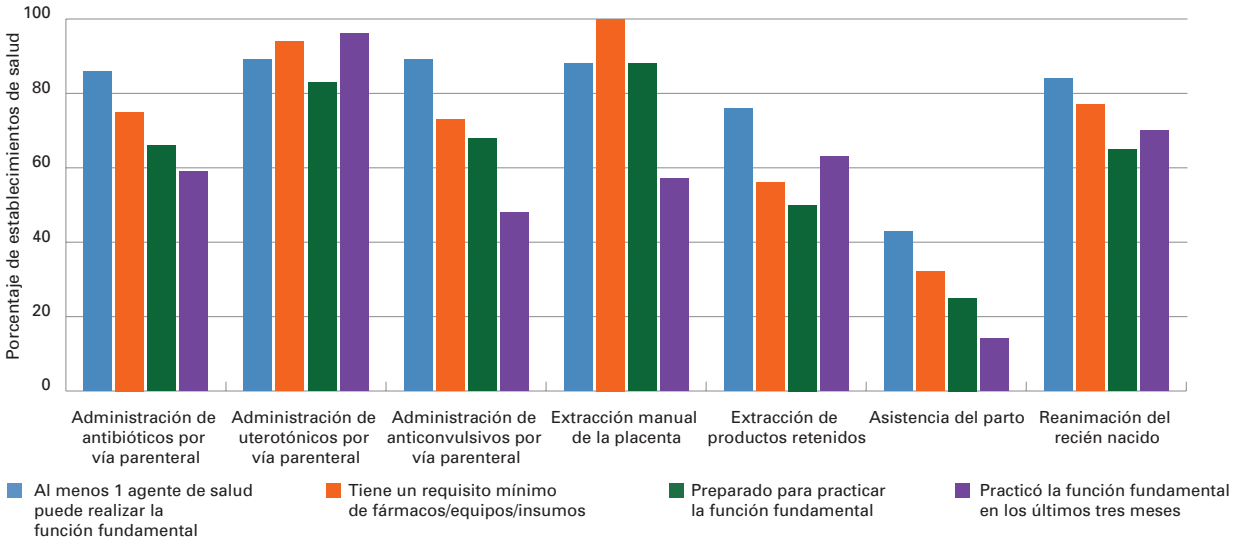
Para propósitos de control, los AONU se definen según el desempeño de funciones principales. Para que un AONU se considere en "pleno funcionamiento", se requieren dos aspectos principales:

1) tiene que haber realizado las 7 funciones principales básicas o las 9 funciones principales integrales de los AONU, y
2) las funciones principales se deben haber realizado dentro de los últimos 3 meses.

El gráfico que se incluye a continuación utiliza datos de evaluación de necesidades en 11 países* para mostrar la disparidad que hay entre la preparación y la real prestación de las funciones principales básicas y qué funciones básicas son las que se realizan más ampliamente. Se muestra que la asistencia al parto vaginal es la función que menos se realiza. Sólo un 43% de los establecimientos de salud informaron que disponen de un agente de la salud capacitado para realizar asistencia al parto vaginal mediante extractor al vacío o con fórceps, incluso menos (32%) tenían el equipamiento requerido mínimo y sólo el 14% de los establecimientos de salud había realizado ese procedimiento en los últimos 3 meses.

Se alienta a los países que buscan aumentar el volumen y calidad de establecimientos con atención obstétrica y neonatal a que armonicen políticas y planificación con los lineamientos mundiales sobre cobertura en AONU [48]. La designación se puede usar como herramienta política para priorizar la asignación de recursos y el desarrollo de servicios que concuerden con las necesidades de cobertura. La preparación debe ser gestionada activamente, garantizando continuamente que los agentes de salud, equipamiento, medicamentos y suministros estén siempre disponibles. El control de si el establecimiento sí rinde y está en pleno funcionamiento entonces se puede utilizar como una herramienta para el desarrollo de la calidad a fin de garantizar que todas las mujeres y los recién nacidos tengan acceso oportuno si lo requieren.

Porcentaje de establecimientos en 11 países preparados para practicar y que practicaron cada función fundamental



* Datos obtenidos de las Evaluaciones de Necesidades de la AONU de Prevención de la Discapacidad y la Mortalidad Materna proporcionados por Patricia Bailey.

Fuente: Patricia Bailey, *Averting Maternal Death and Disability.*

a decisiones sobre el presupuesto del hogar; costo de los servicios/elementos que no cubre el conjunto de prestaciones mínimas del país (por ejemplo, transporte, medicamentos) y establecimientos que no cuentan con el equipamiento ni los suministros necesarios para satisfacer la demanda. Las soluciones sugeridas a estas barreras económicas incluyen: planes de prepago y redes de seguridad/protección social; incluyendo costos de transporte dentro del conjunto de prestaciones mínimas; agentes de salud apoyen a las comunidades en la organización de grupos comunitarios cooperativos que faciliten el transporte y compartan costos; y mejorar la gobernabilidad, garantizando responsabilidad y otorgar voz a los clientes, y abordar la corrupción/delincuencia organizada, por ejemplo, mejor supervisión y control.

Igualdad de acceso

Además de accesibilidad física y económica, algunas mujeres enfrentan otras barreras más al acceder a los servicios de partería y al personal de partería que se relacionan con su posición socioeconómica o grupo cultural. Actualmente, las deficiencias en el acceso a la atención entre rico/pobre y urbano/rural se encuentran bien documentadas y en muchos contextos estas deficiencias se están acrecentando [56,57]. Ciertas regiones dentro de un país o grupos marginales particulares como adolescentes, inmigrantes o comunidades tribales también pueden ser efectivamente excluidas de la atención. Hay un fuerte compromiso para hacer de la equidad una parte fundamental de la agenda para el desarrollo después de 2015. Una propuesta para medir el progreso de un país hacia una Cobertura Sanitaria Universal es registrar el 40% más pobre del acceso de la población a los servicios de salud esenciales (ver Recuadro 5) que incluye la serie de intervenciones de atención de SSRMN.

Es evidente que se podría utilizar información estratégica para planificar enfoques centrados en la equidad. Sin embargo, no todos los gobiernos tienen las mismas prioridades políticas sobre la distribución del personal que guarde proporción con la distribución y la necesidad de la población; la mayoría de los países informan que usan planificación basada en

RECUADRO 5

Alcanzar el 40% más pobre

El Banco Mundial y la OMS están preparando un marco de medición para hacer un seguimiento del progreso de los países hacia una Cobertura Sanitaria Universal (CSU) [58,59], "evaluando la cobertura global y equitativa de servicios de salud y la protección contra riesgos económicos". Como parte del marco propuesto se sugiere que:

> *Todas las medidas deberán ser desglosadas por estratos socioeconómicos para evaluar el grado en el que la cobertura de servicio y protección económica son distribuidas equitativamente.*

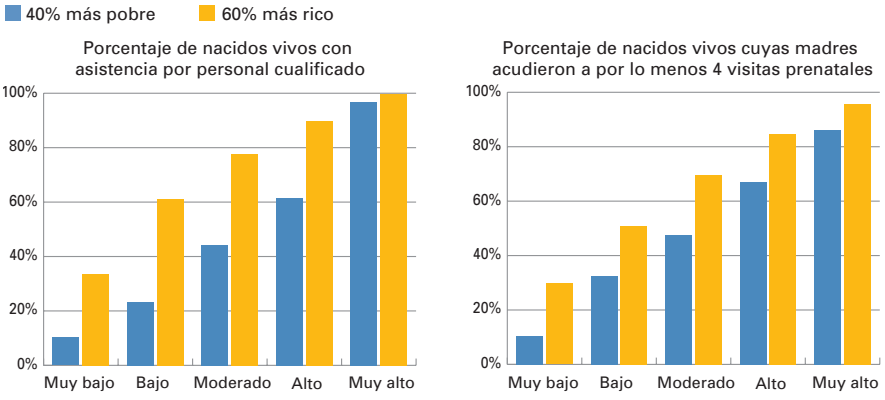
El desglose permitiría que se mida el progreso a nivel poblacional (el objetivo agregado) y entre el 40% de la población más pobre (el objetivo de la equidad). Esto concuerda con la medición de equidad en los informes de la "Cuenta atrás para 2015".

Un objetivo de equidad para los servicios de SSRMN creará dificultadas importantes a muchos países. En el gráfico siguiente se muestra el nivel de cobertura para partos que son atendidos por personal capacitado y cuatro o más visitas de atención prenatal para el 40% más pobre y para el resto de la población en 34 países, agrupando los países según sus niveles de cobertura.

Cobertura de SSRMN para el 40% más pobre, agrupada por tasa de cobertura general para 34 países

Únicamente cuatro países están alcanzando la meta de equidad para

Cobertura de SSRMN para el 40% más pobre, agrupada por tasa de cobertura general para 34 países



Nota: Los 34 países se categorizaron en 5 grupos en función del nivel general de asistencia cualificada en el parto /por lo menos 4 visitas prenatales a nivel nacional: muy bajo (<31%), bajo (31%-50%), moderado (51%-70%), alto (71%-85%) y muy alto (>85%).

MENSAJES PRINCIPALES

Accesibilidad

- La mayoría de los países despliegan su personal de partería haciendo uso de planificación basada en establecimientos o personal para tasas poblacionales; esto puede no concordar con las necesidades y acceso a la atención.
- Los sistemas de información de recursos humanos conectados con códigos de sistemas de información geográfica (SIG) de establecimientos podría permitir nuevas perspectivas sobre la capacidad de las personas de acceder a la atención de un proveedor de salud competente.
- La prestación de servicios de AONU podría beneficiarse de nuevos enfoques para designar, preparar y controlar esos establecimientos que pueden prestar servicios con el fin de salvar vidas.
- Se exhorta a los países a preparar un "conjunto de prestaciones mínimas garantizadas" a nivel nacional para SSRMN, definido como "conjunto de servicios de salud que el gobierno se ha comprometido a brindarle a toda la comunidad, en forma gratuita en el punto de acceso".
- 70 de los 73 países que respondieron tienen un "conjunto de prestaciones mínimas garantizadas", pero hay falencias en las intervenciones esenciales.
- La mayoría de los países experimentarán grandes desafíos para garantizar la cobertura universal, especialmente para el 40% más pobre.
- Si se quiere alcanzar en el futuro las metas globales y de equidad para la cobertura de SSRMN, se requerirán enfoques centrados en la equidad dirigidos a los más pobres.
- Los países pueden adoptar medidas inmediatas para mejorar su información estrategia en relación con la accesibilidad al personal de partería.

ambos indicadores (Armenia, Colombia, República Dominicana y Jordania): estos países han logrado cobertura general de al menos el 90% y tienen muy poca inequidad entre el 40% más pobre y el resto de la población.

Una característica importante de una meta de equidad es que es un objetivo absoluto y no relativo: los países con las coberturas más bajas deberán hacer un mayor avance. El análisis en los países con cobertura baja demuestra que la reciente tasa de progreso hacia una mayor cobertura es muy baja [60]. Estos son países donde la infraestructura es más débil, y donde los intentos para aumentar la cobertura de intervenciones principales de SSRMN requerirán inversiones continuas en el sistema de salud y el personal de salud. Además, a medida que se vayan reduciendo las inequidades en la cobertura, es importante que se realicen mayores esfuerzos para reducir las inequidades en la calidad [61,62].

Se requerirán enfoques centrados en la equidad [63-66] dirigidos a los más pobres [41,67] si se pretenden alcanzar en el futuro las metas agregadas y de equidad para la cobertura de SSRMN.

Fuente: Sarah Neal, Amos Channon y Zoë Matthews. Universidad de Southampton.

RECUADRO 6

Acciones a nivel país en Afganistán, Sierra Leona y Togo

La Asociación de Parteras de Afganistán capitalizó la oportunidad presentada por la encuesta del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* para organizar dos talleres de colaboradores para la recopilación de datos, la validación y el debate político. Ya se han implementado planes para la publicación y divulgación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, incluyendo debates políticos de mesa redonda y cobertura de los medios de comunicación [68].

En Sierra Leona, los países que participaron en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* identificaron como algunos de los problemas que enfrenta el personal de partería a las malas condiciones de trabajo, mecanismos de despliegue ineficientes, falta de motivación y oportunidades insuficientes para el desarrollo profesional permanente. El gobierno ha encomendado un nuevo ejercicio cartográfico, en colaboración con el UNFPA, que cotejará datos biológicos sobre todas las parteras que ejercen su profesión y la ubicación geográfica del establecimiento en el que trabajan.

Togo es otro ejemplo de cómo el proceso del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* ha fortalecido el diálogo nacional. La Asociación de Parteras de Togo coordinó talleres nacionales [69]. Las reuniones y debates arrojaron resultados en forma de datos, y contribuyeron a fortalecer las relaciones entre la Asociación de Parteras, el Ministerio de Salud, el UNFPA y la OMS.

Fuente: UNFPA e ICM.

establecimientos de salud (número de agentes de salud por tipo de establecimiento) o personal para tasas poblacionales, que no concuerdan con la tarea de satisfacer necesidades y de abordar áreas con necesidades especiales o privaciones. Un ejemplo en Sierra Leona (Recuadro 6), que se generó por la discusión en los talleres sobre políticas del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, destaca cómo los países pueden tomar medidas inmediatas para mejorar los datos disponibles sobre establecimientos de salud y sobre dónde está ejerciendo realmente su profesión el personal de partería.

Aceptabilidad

La tercera dimensión es la aceptabilidad (ver Glosario, Anexo 1). A pesar de que la atención se encuentre disponible y sea accesible, la cobertura eficaz se reducirá si la atención prestada o el personal de partería no son aceptables para las mujeres, sus familiares y la comunidad. A pesar de las crecientes proporciones de mujeres que dan a luz en establecimientos y con agentes de la salud profesionales, hay evidencia objetiva que demuestra que, en algunas instancias, la falta de atención respetuosa sigue sin infundir confianza al acceso (ver Recuadro 7). La atención aceptable requiere que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud respeten los principios de la ética médica y sean culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas de todas las edades, incluyendo adolescentes, minorías, personas y comunidades [70]. Debe tener en cuenta requisitos de género y del ciclo biológico, y estar diseñada para respetar la confidencialidad y para mejorar los estados de salud de las personas involucradas. Mejorar la aceptabilidad implica escuchar las voces de las mujeres y sus comunidades y traducir sus preferencias en políticas e iniciativas de capacitación y ciclos de comunicación de resultados. Este aspecto de desarrollo del servicio ha estado ausente históricamente en muchos

RECUADRO 7

Atención respetuosa en los servicios de maternidad

Carta para la Atención de Maternidad Respetuosa de la Alianza White Ribbon
Todas las mujeres necesitan y merecen tener atención respetuosa antes, durante y después del embarazo y el parto. Lamentablemente, esto no es lo que reciben las mujeres en muchos países. La Carta para la Atención de Maternidad Respetuosa [72] fue redactada 2011, por un grupo de diversos colaboradores en el ámbito del desarrollo. La Carta fue en respuesta a un informe de panorama publicado por Bowser y Hill, *Exploring evidence for disrespect and abuse* [73], que describía siete categorías de falta de respeto y abuso de los que pueden ser víctimas las mujeres y los recién nacidos. Estos acontecen a lo largo de una secuencia que va desde la falta de respeto sutil y la humillación hasta el abandono, la negación de servicios de cuidado y la detención en centros de salud.

Muchos países enfrentan este problema. Algunos de ellos están adoptando medidas positivas para reunir nuevas evidencias y aclarar esta barrera generalizada contra la atención:

- En un estudio reciente que se realizó en **Kenia** por el proyecto Heshima (heshima significa digno en suajili) se llegó a la conclusión de que el 20% de las mujeres expresaron sentirse humilladas o que se les faltó el respeto durante la atención en el parto. Se encontró que existen correlaciones entre la situación económica de las mujeres y las distintas categorías de falta de respeto y abuso; hay más probabilidades de que se detenga y se pida sobornos a las mujeres más ricas, que las mujeres más jóvenes experimenten atención no confidencial, y que las mujeres más pobres sufran más abandono [74].
- En una evaluación de calidad de la atención en embarazos y partos en **Kanakapura Taluk, India** [75] se mostró que la falta de respeto de los agentes de salud era un gran desincentivo a dar a luz en un establecimiento de salud y que el sentirse incómodas por preguntas, que se les niegue el derecho a tener un acompañante durante el parto y la falta de apoyo de los proveedores de salud son factores decisivos que disuaden a las mujeres de no buscar atención en el futuro. Una de cuatro mujeres manifestó que la persona que le prestó atención médica reveló información personal que ellas no querían que otros supieran. Estas constataciones son las mismas en hospitales públicos, privados y de derivación de pacientes [76].
- Según un Experimento de Elección Discreta, en **Tanzania**, uno de los factores más importantes que las mujeres identificaron que influenciaba su decisión de si dar o no a luz en un establecimiento de atención era la actitud del proveedor de atención de salud. Los autores estiman que mejorar las características de estos establecimientos resultaría en un aumento del 43-88% de partos en establecimientos de atención de salud [77].
- En **Sudáfrica** las mujeres expresaron que no buscaban atención prenatal porque las parteras eran muy groseras; únicamente acudían a la atención al momento del trabajo de parto [78].
- En **Perú** muchas mujeres se resistían a usar establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia (AONU) debido a que sentían que las personas que trabajan allí no le prestaban la atención suficiente a sus necesidades y que mostraban poca sensibilidad a culturas locales [79].

Fuente: Zoë Matthews, Universidad de Southampton y Petra ten Hoope-Bender, ICS Integrare.

países [71], pero ahora están surgiendo estrategias para contemplar esta problemática.

Es difícil incrementar la aceptabilidad sin comprender las actitudes públicas actuales hacia el personal de partería y el ejercicio de su profesión. Sólo 18 de los 73 países que participaron tienen conocimiento de estudios sobre este tema en sus países. Entre ellos encontramos a Sudáfrica, que manifestó *"falta de información o recibir gritos en vez de información clara... tener que retirarse del establecimiento y dar a luz en la puerta o camino a casa... descuido y abandono durante el trabajo de parto o el parto".* Es necesario llevar a cabo una investigación más exhaustiva revisada por pares sobre este tema importante. La encuesta del informe de *El Estado de las Parteras en el Mundo* indagó sobre los motivos por los cuáles las mujeres o adolescentes podrían sentirse incapaces o incómodas de acudir en busca de atención de una partera; el Cuadro 2 muestra algunas respuestas a modo de ejemplo.

En las respuestas a la encuesta del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*, la mayoría de los países (79%) manifestaron que se están adoptando políticas para contemplar específicamente cómo se proveerá atención de SSRMN para tener en cuenta necesidades sociales y culturales, por ejemplo en lo referido a la edad, origen étnico, religión e idioma. Entre estas políticas encontramos: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Malawi), la Inclusión Estratégica para la Igualdad de Género en el Sector de la Salud (Mozambique) y el Plan Quinquenal para la Salud Reproductiva (Myanmar). La política de Afganistán subraya el apoyo a los problemas de igualdad de género y a la salud y derechos reproductivos, y también a fortalecer la adopción de decisiones de las mujeres con relación a las prácti-

Mediante la provisión de atención humana, informada y sensible desde el punto de vista cultural, las parteras pueden alentar a las mujeres a acceder a los servicios de SSRMN. *(Jhpiego/Kate Holt)*

CUADRO 2

Razones por las cuales las mujeres no buscan atención o se sienten incómodas con respecto a recibir atención

RAZÓN	CITA/EXPLICACIÓN ILUSTRATIVA
En las instituciones no se satisfacen necesidades ni creencias sociales, culturales ni religiosas	Percepción de que las parteras que trabajan en establecimientos de salud pueden ser desagradables o irrespetuosas de la cultura o creencias religiosas de la mujer.
Las madres reconocen que las parteras están sobrecargadas (inclusive con tareas que no están relacionadas con la partería)	"Hay un gran déficit de parteras y las pocas que hay están sobrecargadas de tareas".
Los incentivos del sistema de salud pueden alentar la atención médica	Nuevos mecanismos de financiación que favorezcan las intervenciones médicas pueden alentar a las mujeres a utilizar servicios médicos de nivel superior con preferencia a la atención de partería.
La falta de información sobre la función profesional de la partera	"El público general no conoce los niveles de competencia que tienen las parteras".
En los casos en los que las mujeres conocen y prefieren atención proporcionada por parteras cualificadas, todavía se les presentan barreras geográficas y económicas.	"Las mujeres preferirán recibir atención de parteras si pueden hacerlos o si pueden tomar la decisión. Algunas mujeres viven en lugares remotos, áreas de difícil acceso y únicamente tienen acceso a parteras tradicionales".
La partería está subestimada desde el punto de vista social	En algunos países, pagar por un médico se ve como un signo de mayor estatus social de la familia que si se recibe atención de una partera.

cas de solicitud de atención de salud. Las guías de orientación de China han aumentado las inversiones en regiones rurales y remotas y generado un gran compromiso respecto de la provisión universal de subsidios para todas aquellas mujeres que den a luz en hospitales. En Liberia, el gobierno considera a la salud como un derecho humano básico y se propone garantizar que cada liberiano tenga acceso a los servicios, sin importar su situación económica, origen, religión, género ni ubicación geográfica.

Durante los talleres nacionales se estableció un fuerte vínculo entre el problema de aceptabilidad y (1) el rol de las mujeres en la sociedad (falta de empoderamiento entre las mujeres y discriminación contra las mujeres como usuarias del servicios y como proveedoras de servicios) y (2) las actitudes de los proveedores de atención de la salud hacia las usuarias del servicio (atención que se brinda sin tener en cuenta los factores de género y cultura; falta de atención humanitaria, centrada en la mujer). Entre las soluciones sugeridas se encuentran: el empoderamiento de las mujeres a través de una educación de mejor calidad; mejor tutoría/supervisión de clínicos realizada por órganos de reglamentación, asociaciones profesionales y empleadores y la inclusión de atención respetuosa y sensible desde el punto de vista sociocultural, como parte de la formación anterior y posterior a la entrada en el servicio. Esto sugiere la necesidad de hacer un análisis adicional del rol de las parteras respecto de cuestiones de género, sobre la base de las investigaciones existentes [80].

También se puede abordar la aceptabilidad de la atención reforzando la voz comunitaria, promoviendo la interacción entre el usuario y el proveedor y garantizando la responsabilidad de los servicios. Comprender el déficit en la provisión de atención, y movilizar tanto a ciudadanos como a proveedores para exigir mayor responsabilidad por parte de los servicios locales y los gobiernos para que cumplan con sus compromisos de SSRMN, puede marcar una diferencia al garantizar que se den las condiciones para ofrecer una atención de calidad. Diversas iniciativas nuevas promovieron mecanismos de rendición de cuentas a nivel local y nacional (ver Recuadro 8).

Las parteras pueden empoderar a las mujeres mediante la educación y la provisión de información de salud. *(Jhpiego/Kate Holt)*

MENSAJES PRINCIPALES

Aceptabilidad

- Se necesita investigación más sólida sobre las percepciones y las actitudes que las mujeres tienen respecto del personal de partería.
- Solo 18 países tienen conocimiento de actitudes públicas documentadas hacia el personal de partería y el ejercicio de su profesión, lo que limita la comprensión sobre la aceptabilidad.
- El problema de la aceptación se encuentra estrechamente ligado a la discriminación contra mujeres, como usuarias del servicio y como prestadoras del servicio.
- Los países se encuentran elaborando políticas para promover una atención que sea sensible desde el punto de vista sociocultural y que respete las necesidades tradicionales; estas políticas necesitan ser implementadas y controladas.
- Movilizar a los ciudadanos y a los proveedores para abogar por la rendición de cuentas por parte de los servicios y gobiernos para que cumplan con sus compromisos de SSRMN, puede ayudar a garantizar las condiciones para la prestación de atención de calidad.

RECUADRO 8

Garantía de aceptabilidad de los servicios mediante la rendición de cuentas

Activistas y otros interesados buscan cada vez más estimular la rendición de cuentas en la prestación y control de servicios de SSRMN exigiendo entornos legales, políticos, reglamentarios, gubernamentales y económicos más sólidos. La prestación de servicios de SSRMN mejora cuando las comunidades, clientes, proveedores y administradores de servicios de salud trabajan en equipo para revisar los ejemplos de deficiencias y para tomar cartas en el asunto.

Estudiantes que participan en temas de SSRMN en Ghana mediante la campaña MamaYe. *(MamaYe Ghana)*

El sistema de Vigilancia y Respuesta de Mortalidad Materna, las tarjetas de cumplimiento de objetivos de establecimientos y la colaboración entre clientes y proveedores pueden generar una oportunidad de cambio

- En **Etiopía** los registros de mortalidad materna se consideran un elemento principal del ciclo de rendición de cuentas y respuesta; forman parte de un nuevo sistema de control y respuesta de mortalidad materna para el país.
- En **Sierra Leona** se están mejorando los sistemas de registro de defunciones con el apoyo de la Primera Dama de Sierra Leona y una Red de Supervivencia Materna está llevando a cabo una promoción de alto nivel para tratar recomendaciones que surgen de datos de revisión de mortalidad materna a nivel nacional.
- En **Sierra Leona** y **Ghana**, los administradores de sistemas de salud están utilizando evaluaciones de establecimientos y registros mientras que los colaboradores de la sociedad civil establecen puntos básicos de referencia para la atención de calidad que se presta en los establecimientos de salud materna locales. Tanto los clientes como los proveedores usan tarjetas de cumplimiento de objetivos para solicitar cambios sistemáticos en la prestación de servicios de SSRMN.
- En **Malawi,** las atribuciones de la defensoría del pueblo a nivel de distrito se ampliaron para incluir el poder de denunciar una inacción en los establecimientos y en los distintos distritos directamente ante el Ministerio de Salud. Muchas veces las defensorías del pueblo de los distritos no tienen independencia de los establecimientos de salud, a pesar de que existen mecanismos fuertes y eficaces de rendición de cuentas a nivel nacional.

El seguimiento de los compromisos gubernamentales puede aumentar la rendición de cuentas

- En **Nigeria**, se estableció el grupo Rendición de Cuentas en materia de Salud Maternal y Neonatal para hacer un seguimiento de los progresos, transparencia en los establecimientos con relación a problemas de SSRMN y para promover medidas sobre prioridades y compromisos. Como primer paso en países africanos, se implementaron nuevos Mecanismos Nacionales Independientes de Rendición de Cuentas para hacer un seguimiento del avance de la implementación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y del Niño y un plan de campaña nacional.
- Los colaboradores en **Tanzania** han implementado un Estudio de Casos de Países de la "Cuenta atrás" (grupo de la "Cuenta atrás para 2015") que incluye actividades locales que ofrecen evidencias del progreso (o déficits de progreso) en la atención de SSRMN que se cargará directamente en la revisión de mitad de período de las políticas nacionales implementadas para lograr el ODM 4 y el ODM 5, así como también el Plan Único y el III Plan Estratégico para el Sector de la Salud.

Un gobierno que ofrece su apoyo y un ámbito económico propicio son esenciales para la rendición de cuentas

- El seguimiento de los recursos domésticos que se dedican a los servicios de SSRMN muchas veces implica una ardua tarea: puede ser complicado obtener informes y los flujos de la financiación de SSRMN pueden no estar desglosados.
- Los países de la Unión Africana se comprometieron, a través de la Declaración de Abuja 2001, a asignar un 15% del total del presupuesto nacional al sector de la salud, pero muy pocos países cumplieron con la promesa. Ahora se han puesto en marcha campañas de promoción y grupos de acción comunitaria para que los compromisos relacionados con la SSRMN sean de conocimiento público para que los encargados de adoptar decisiones y los que tienen funciones en el poder se responsabilicen.

La sociedad civil puede hacer un llamamiento a la rendición de cuentas social

Cinco países africanos han lanzado y desarrollado una campaña de SSRMN llamada MamaYe, con el objeto de reunir a todos los que participan en la SSRMN, desde el nivel local al nacional, para incrementar y mantener la visibilidad de los problemas de SSRMN. Las campañas de promoción y los sitios Web nacionales son plataformas desde donde se pueden relacionar iniciativas de evidencia, promoción y rendición de cuentas y compartir masivamente con una innumerable cantidad de colaboradores en cada país. Estas medidas permiten que haya una mayor publicidad y diálogo en entornos tanto formales como informales, para llamar la atención y promover medidas relacionadas con la SSRMN.

Fuente: Adriane Martin Hilber y Louise Hulton, *Evidence for Action.*

Calidad

La cuarta dimensión es la calidad (ver Glosario, Anexo 1). Incluso si la población considera que la atención y el personal de partería están disponibles, son accesibles y aceptables, la atención de baja calidad puede limitar en forma considerable su eficacia. Las pruebas objetivas de ámbitos que prestaron servicios de partos atendidos en un 100% en establecimientos de salud demuestran que las tasas de mortalidad materna pueden seguir siendo altas a menos que se aborde el problema de la calidad [81]. La calidad de la atención tiene muchos aspectos [82] incluyendo nivel de contratación de personal, los recursos y el entorno laboral y hay muchas razones que explican las variaciones en la calidad. Las competencias del personal son sólo un componente de esta problemática. Sin embargo, el personal de partería es un punto de partida valioso para considerar la calidad de la atención, en particular la educación, competencias, combinación de cualificaciones y las prácticas colaborativas.

La educación en partería: sigue descuidada

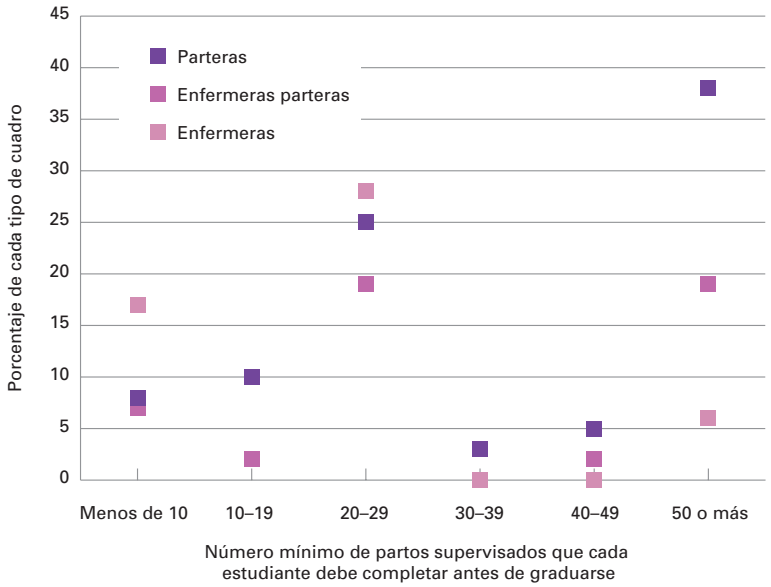
Los datos del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* ofrecen evidencia objetiva contundente sobre deficiencias persistentes en la infraestructura, los recursos y los sistemas que afectan a la educación en partería. La encuesta *del informe* El Estado de las Parteras en el Mundo recabó una importante cantidad de datos utilizada por el Instrumento de Evaluación Rápida de Partería* para evaluar la calidad de la educación en partería. El instrumento tiene seis secciones: infraestructura; docentes, tutores y preceptores; estudiantes (que se discutió en la sección de Disponibilidad precedente); capacitación clínica; currículo; y factores influyentes (tema que se trató en la sección Reglamentación y Política a continuación).

La infraestructura inadecuada representa un problema clave para la educación en partería. El equipamiento insuficiente o de baja calidad en las instituciones de educación es un problema para el 80% de los cuadros de parteras, el 69% de los cuadros de enfermeras parteras y el 44% de los cuadros de enfermeras. La falta de espacios para aulas se percibe como un desafío para la educación del 53% de los cuadros de parteras, el 43% de los cuadros de enfermeras parteras y el 17% de los cuadros de enfermeras.

Las preocupaciones relacionadas con el personal docente también fueron comunes. Se informaron las dificultades que se experimentan al momento de contratar una cantidad suficiente de personal docente con relación al 82% de los cuadros de parteras, el 62% de los cuadros de enfermeras parteras y el 39% de los cuadros de enfermeras. De manera similar, se informó la dificultad para contratar personal docente cualificado con relación al 77% de los cuadros de parteras, el 62% de los cuadros de enfermeras parteras y el 39% de los cuadros de enfermeras. La retención de los docentes también es problemática. No hay suficiente inversión en muchos países en materia de educación del personal docente y los docentes no pueden actualizar sus conocimientos teóricos y/o aptitudes de práctica clínica. Esta problemática tiene fuertes repercusiones en la habilidad para educar y capacitar parteras que sean competentes para ofrecer la gama completa de los servicios que se necesitan. La mayor dificultad al contratar docentes y obtener una competencia estable en los programas de formación con ingreso directo puede deberse a que en algunos países se estableció la educación con ingreso directo para una partera en forma muy reciente y aún se encuentran luchando para contratar personal de entre la escasa cantidad disponible de docentes cualificados con conocimientos especializados en partería.

En lo que concierne a los requisitos de práctica clínica en los programas educativos, el número de partos que debe atender una partera bajo supervisión antes de

GRÁFICO 11 **Número mínimo de partos que se realizarán bajo supervisión clínica**



* Esta herramienta está siendo desarrollada por la ICM y Jhpiego para uso específico en países de bajos ingresos y de ingresos medianos.

graduarse varía de un país a otro (ver Gráfico 11). El número promedio informado de partos supervisados requerido para parteras es de 34, para enfermeras parteras de 30, y para enfermeras de 20. Todas estas medianas son menores a los números concretos analizados en las directrices asociadas de los estándares de educación de la ICM [16], que fomenta el desarrollo de la planificación para asegurar que se tenga en cuenta la cantidad suficiente de experiencia práctica de partería en los itinerarios educativos y establece una mediana de 50 partos supervisados (aunque algunos estudiantes requerirán una mayor cantidad y otros una menor cantidad para demostrar sus capacidades profesionales). Se informó la dificultad para ofrecer suficiente experiencia clínica a estudiantes con relación al 80% de los cuadros de parteras, al 62% de los cuadros de enfermeras parteras y al 61% de los cuadros de enfermeras. En consecuencia, en muchos ámbitos las parteras pueden finalizar sus programas de estudios sin recibir la experiencia práctica suficiente para atender partos.

La mayoría de los cuadros de partería y enfermería tienen un currículo nacional que las instituciones siguen (85% de los cuadros de parteras, 66% de los cuadros de enfermeras parteras y 78% de los cuadros de enfermeras). La ICM recomienda que se revisen los currículos cada cinco años [16] pero esto sólo ocurrió en el 78% de los cuadros de parteras, el 48% de los cuadros de enfermeras parteras y el 28% de los cuadros de enfermeras). Esto puede reflejar el creciente número de programas de partería con ingreso directo que se fueron estableciendo en los últimos años. Por lo general, los contenidos de este currículo no se consideran como un problema en la enseñanza de partería de calidad, pero sí para una minoría significativa de cuadros. Entre los países donde no hay un currículo estándar, existen normas nacionales para evaluar la calidad de la educación para solo el 33% de los cuadros de parteras y el 38% de los cuadros de enfermeras parteras.

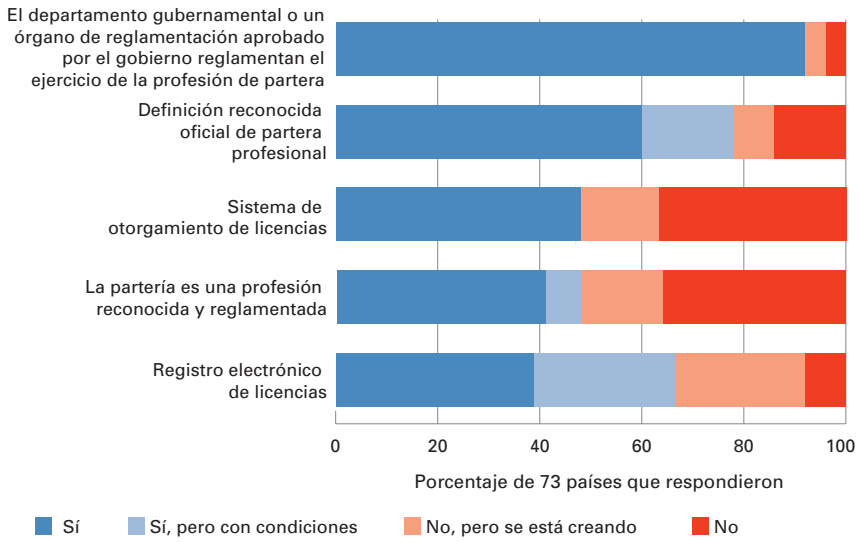
Entre las maneras que sugirieron los participantes de los talleres del informe El Estado de las Parteras en el Mundo para mejorar la calidad de la educación en partería se incluyen la implementación y revisión regular de los estándares mínimos para los currículos (que se ajusten a los estándares mundiales de la ICM) y la introducción de planes de desarrollo de personal docente, incluyendo capacitación de actualización regular y cualificaciones formales para docentes/tutores/supervisores. Entre otras sugerencias se incluyen: mejor acceso a la capacitación y equipos de estimulación; reglamentación/acreditación de escuelas privadas de partería (a pesar de que son muchas las instituciones públicas que tampoco están reglamentadas o acreditadas); más capacitación práctica en establecimientos de salud y desarrollo del control y evaluación de las instituciones educativas y de capacitación. Una mayor formación en el empleo y desarrollo profesional continuo se ven como buenas maneras para mejorar la calidad, junto con la supervisión de apoyo por parte de docentes/tutores. Estas inversiones permitirían el desarrollo de diversas cuestiones, entre las que se incluyen: productividad, competencia y calidad de la atención; rendición de cuentas por parte de proveedores de servicios a los usuarios del servicio; moral del personal; desarrollo profesional permanente; reglamentación eficaz y colaboración entre diferentes asociaciones profesionales. La participación del personal de partería en las revisiones de mortalidad materna y perinatal, ayudará a identificar las áreas que necesitan mejoras y a superar problemas sistemáticos.

Las parteras, cuando están debidamente capacitadas y reglamentadas conforme a las normas internacionales, son capaces de prestar servicios de atención de calidad y de tener un impacto positivo sobre los resultados de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. *(Jhpiego/Ali Khurshid)*

Desarrollo de los mecanismos de reglamentación, licencias y legislación

El apoyo y la protección jurídica de las parteras (ofrecer un derecho legal al ejercicio de la profesión) constituyen un importante reconocimiento de su valor. Sólo 35 de los 73 países que participaron en la encuesta (48%) cuentan con legislación que reconoce a la partería como una profesión reglamentada y en cinco de estos países la legislación no se aplica. Entre

GRÁFICO 12 **Reglamentación y otorgamiento de licencias de partería**



los 54 países que participaron de los informes de *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011 y 2014*, la proporción de países que cuenta con esa legislación creció sólo levemente (del 35% al 37%). Sin embargo se están logrando avances: 12 países informaron que están elaborando leyes. Sin embargo, esto deja afuera a 26 países que no tienen esa legislación y que tampoco están elaborando ninguna ley.

En casi todos los países que respondieron hay al menos una organización con responsabilidad para la reglamentación de la práctica de la partería (ver Gráfico 12). La mitad (51%) expresó que la partería la reglamenta el Ministerio de Salud o algún otro departamento gubernamental, y una proporción similar (47%) mencionó un órgano de reglamentación aprobado por el gobierno como una Junta o Consejo. Algunos países tienen más de un órgano de reglamentación. Sólo 6 de los 73 países informaron que no tenían absolutamente ningún órgano de reglamentación, de los cuales 3 (República Democrática del Congo, Guatemala y Sudán del Sur) expresaron que se está por establecer uno. La existencia de un órgano de reglamentación es necesaria, pero no suficiente, para garantizar una reglamentación eficaz. Se les pidió a los países que respondieron la encuesta que consignaran cuáles son las responsabilidades de su(s) organización(es) de reglamentación (para facilitar la comparación con las normas mundiales de la ICM [18]). El Gráfico 13 muestra que las responsabilidades principales de las organizaciones de reglamentación son: establecer estándares en materia de práctica de la partería; realizar la matriculación; aplicar de sanciones en casos de mala conducta y formular de estándares éticos. Relativamente pocos países mencionaron la acreditación de educadores o la protección del puesto de "partera".

A pesar de que la mayoría de los países manifiestan que un órgano de reglamentación es responsable de la funciones enumeradas en el Gráfico 13, la información de los talleres de los 37 países indica que en algunos países los órganos de reglamentación no cumplen con estas funciones de manera eficaz, debido a problemas como: ausencia de una descripción clara de las competencias de la partería; ausencia de estándares acordados a nivel nacional para la formación en partería (en especial en el sector privado) y ausencia de procesos de reglamentación eficaces, por ejemplo debido a la inestabilidad política o a la escasez de recursos. Los sistemas de reglamentación con recursos adecuados son una prioridad principal para mejorar la calidad. Los participantes de los talleres consideraron maneras para resolver estos problemas y entre las sugerencias se incluyó que se debe garantizar que la reglamentación de la partería sea independiente de la reglamentación de otros profesionales de la salud, pero con una coordinación adecuada.

Se debería delimitar el alcance del ejercicio de la profesión de los diferentes cuadros en el personal de partería mediante mecanismos de reglamentación, pero en muchos casos son ineficaces. Por ejemplo, hay países donde las parteras realizan algunas o todas las 7 funciones principales básicas sin autorización para hacerlo, muchas veces porque son las únicas proveedoras de atención de la salud presentes cuando surge la necesidad. Los datos del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* permiten hacer una comparación de las actividades autorizadas y actuales que cumple la partería con las siete funciones principales de los establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia básica como se muestra en el Gráfico 14. La asistencia al parto vaginal es una de las funciones con la mayor discrepancia entre autorización y provisión; 19 países manifiestan que las parteras realizan esta tarea a pesar de que no tienen autorización para hacerlo.

Las parteras también tienen autorización para ofrecer al menos un tipo de los productos de planificación familiar en 71 de 73 países, con excepción de China e Irak. En 57 países las parteras están autorizadas a ofrecer los cuatro tipos de productos enumerados en el cuestionario: inyecciones anticonceptivas, píldoras anticonceptivas, dispositivo intrauterino y

anticonceptivo de emergencia (AE), comúnmente conocido como "la píldora del día después". Obviamente, la autorización no garantiza disponibilidad ni calidad; hay muy poca correlación a nivel país entre necesidad insatisfecha de anticonceptivos y el número de productos de planificación familiar que las parteras están autorizadas a suministrar. De los cuatro tipos de anticonceptivos enumerados en el cuestionario, el AE es el menos probable que sea proporcionado por las parteras, a pesar de que 61 de los 73 países expresaron que sí lo era.

Ni las mujeres ni las parteras están protegidas ni respaldadas sin la debida reglamentación, matriculación y licencia. En el caso de las licencias, existen sistemas de otorgamiento de licencias para parteras en 34 de los 73 países (47%) y se están desarrollando en 11 países más (15%). En todos los países menos uno de los 34 que cuentan con sistemas de otorgamiento de licencias, es obligatorio otorgar una licencia antes de que las parteras puedan trabajar. Una vez más, un sistema es una primera medida fundamental, pero no garantiza la reglamentación eficaz. Esto puede ser ilustrado por la encuesta, que concluyó que sólo 26 de los 73 países cuentan con un sistema regular de renovación de licencias (por lo general anuales o cada cinco años) y sólo 17 exigen el desarrollo profesional permanente como condición para la renovación de licencias.

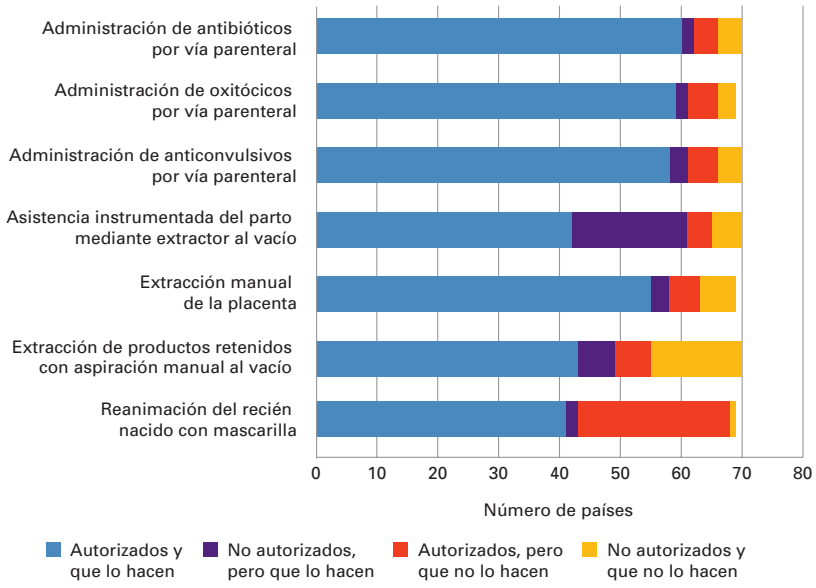
Existe un registro de parteras con licencia en 48 de los países que respondieron, de los cuales 28 cuentan con un registro electrónico. Entre los 54 países que participaron en ambos informes de *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011 y 2014* hubo un aumento del 40% en aquellos que tienen un registro electrónico. Se prevé que este progreso pueda continuar: 18 países más informaron que están planificando crear un registro. Los sistemas de registro en papel se actualizan con menor frecuencia que los registros electrónicos (10% de los países con registros en papel y el 43% con un registro electrónico dijeron que los registros se actualizan al menos una vez al mes).

Desarrollo de asociaciones profesionales

Todos los 73 países, a excepción de Turkmenistán, informaron la existencia de al menos una asociación profesional, colegio o sindicato abierto a parteras, enfermeras parteras o auxiliares de partería. 48 de los 73 países se encuentran representados dentro de la ICM y 45 de la ICN. Los 73 países nombraron un total de 119 asociaciones profesionales; 71 (60%) se crearon en o después de 1990; casi todas son

GRÁFICO 13 **Funciones y responsabilidad de los órganos de reglamentación**

GRÁFICO 14 **Funciones fundamentales de la AONU-básica: funciones reales y autorizadas de las parteras**

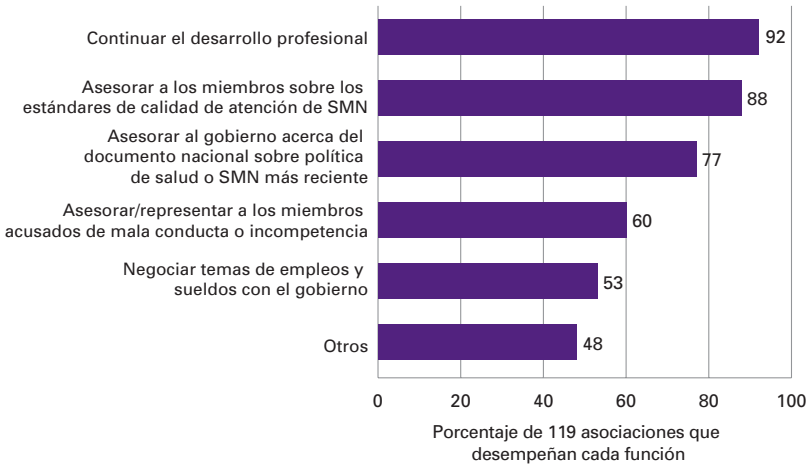


Un ámbito eficaz y normativo fortalece el papel de las parteras y contribuye a mejorar la calidad de atención.
(Jhpiego/Kate Holt)

específicamente para enfermeras y/o parteras. En algunos países no se mencionó ninguna asociación de enfermería o partería, pero en cambio se informó, por ejemplo, la existencia de una asociación para obstetras a la que pueden acceder las parteras y enfermeras parteras.

A pesar de que casi todos los países nombraron asociaciones, solo 60 pudieron ofrecer datos sobre la cantidad de miembros de cada asociación. En estos 60 países se informaron casi 670.000 miembros (no todos son parteras/enfermeras parteras debido a que algunas asociaciones también admiten otro tipos de profesionales de salud). En los 50 países que ofrecieron datos acerca de la cantidad de miembros que se encuentran actualmente en actividad, el 86% del total de miembros practica la profesión en el país, lo que sugiere que, en estos 50 países, las listas de membresía se mantienen razonablemente actualizadas.

GRÁFICO 15 **Funciones de las asociaciones profesionales que admiten a las parteras**



Entre las "medidas enérgicas" recomendadas por el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* para las asociaciones profesionales se encuentra la contribución con la esfera política y el fomento de mejores condiciones de trabajo. El Gráfico 15 muestra que de 119 asociaciones, casi todas cumplen una función en el desarrollo profesional permanente y un número similar aconseja a sus miembros sobre estándares de calidad para atención de SSRMN. Es interesante observar que el 53% manifiesta que se encuentra negociando problemas de trabajo o sueldo con el gobierno, una función que por lo general le concierne a los sindicatos.

Los participantes de los 37 talleres nacionales hicieron varias sugerencias sobre cómo fortalecer las asociaciones profesionales. Se sugirió la creación de asociaciones específicas para parteras, al igual que: alentar a todas las parteras para que se matriculen; garantizar que las asociaciones profesionales contribuyan al debate político y a las decisiones clave en materia de servicios de SSRMN a nivel nacional y regional; abogar para incrementar la visibilidad de la profesión y mejorar los derechos del personal de partería, por ejemplo, fomentando el bienestar del personal, la atención a cuestiones de seguridad y perspectivas de carrera; mejorar la colaboración y cooperación entre asociaciones profesionales de atención de la salud y otros interesados de la SSRMN como ONG; y fortalecer la capacidad administrativa y de promoción de las asociaciones profesionales.

Política y planificación

La coordinación y cohesión de los instrumentos de políticas y planificación, junto con los datos de información estratégica, son elementales para ofrecer una cobertura eficaz de la atención de partería de calidad

En los 73 países, los países que respondieron enumeraron 276 políticas, planes y leyes vigentes para la organización, prestación y control de los servicios de SSRMN (casi 4 en promedio por país) y todos los países informaron que tienen al menos una política/plan/ley vigente. 68 países tienen un plan de salud nacional (a pesar de que no todos utilizan este nombre), 66 tienen un plan/estrategia/campaña nacional de SSRMN y 52 países tienen planes nacionales vigentes similares de recursos humanos para la salud (RHS). De los 52 países que tiene un plan nacional de recursos humanos para la salud, 39

(75%) manifestaron que las metas de personal de SMN en el plan se basan en las metas de cobertura de servicios de SSRMN dentro de los planes de salud/SSRMN nacionales o se relacionan con ellos.

25 de los 73 países presentaron documentos sobre políticas para respaldar sus respuestas. Estos documentos se catalogaron con relación al Compendio de políticas multisectorial de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH)/Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014 [51], del cual surge que la mayoría de estos 25 países tienen bases políticas que abarcan los dominios de la SSRMN y los RHS.

De los 47 países que mencionaron cuadros no profesionales, 12 entregaron documentos sobre políticas, pero sólo 4 presentaron políticas que mencionaban o incluían de manera específica a los agentes de salud comunitarios. Las políticas de RHS parecen no incluir a los agentes de salud comunitarios y sus funciones dentro de la estructura del sistema de salud. Sin embargo, más recientemente, algunos países desarrollaron o están comenzando a desarrollar políticas específicamente dirigidas a servicios comunitarios y las funciones de los agentes de salud comunitarios.

Los países con planes nacionales de salud, de SSRMN y/o RHS tendieron a informar que estos planes son recientes (72% de los planes se dieron a conocer en 2009 o después de ese año). La mayoría siguen vigentes, cubriendo un período que se extiende hasta 2014 o incluso después de ese año. Los planes nacionales de SSRMN suelen ser menos recientes que los planes nacionales de salud y los planes nacionales de RHS. El 42%, el 12% y el 19% respectivamente se dieron a conocer antes de 2009.

Los planes valorizados son importantes para poder priorizar áreas de servicios en el país. De los 276 documentos sobre políticas informados, 170 (62%) contienen planes completamente valorizados. Los planes nacionales de salud y los planes nacionales de SSRMN suelen ser los que están completamente valorizados (71% y 70% respectivamente, comparado con el 60% de los planes nacionales de RHS). De los 73 países que respondieron, 54 (74%) manifestó que sus documentos sobre políticas existentes contemplan específicamente cómo el país va a mejorar los cuatro elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la existencia de un documento sobre política no garantiza su implementación eficaz.

MENSAJES PRINCIPALES

Calidad

- Las deficiencias generalizadas en la infraestructura, los recursos y los sistemas afectan de manera adversa a la educación en partería.
- Los desafíos clave para la educación en partería incluyen: la deficiencia de la educación secundaria, el déficit de personal docente, la baja calidad de los equipos, la falta de oportunidades para la formación práctica y la falta de espacio áulico.
- El número de partos que una partera debe atender bajo supervisión antes de finalizar su formación varía de un país a otros, y pueden ser insuficientes para cumplir con los requisitos de competencia.
- Casi todos los países que respondieron tienen al menos un órgano de reglamentación, pero muchos carecen de legislación que reconozca a la partería como profesión reglamentada, describa las competencias y estándares educativos de la partería y procesos de reglamentación eficaces.
- Casi todos los países informaron que cuentan con al menos una asociación profesional que abierta a las parteras, el 80% presentó datos sobre el número de parteras registradas como miembro y el 75% sabía quién se encontraba realmente ejerciendo la partería en el país.
- Entre los 54 países que participaron en ambos informes *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011 y 2014* hubo un aumento del 40% de parteras con licencia en aquellos que cuentan con registro electrónico.
- La coordinación y cohesión de los instrumentos de políticas y planificación en SSRMN y RHS, son esenciales para ofrecer una cobertura eficaz de servicios de partería: 75% de los países manifestaron que las metas de personal de SSRMN en sus planes de RHS estaban ligados a los planes nacionales de SSRMN o a los planes nacionales de salud.
- De los 276 documentos sobre políticas informados, el 62% incluyen planes valorizados, entre los cuales, los planes de SSRMN tienen mayores probabilidades de estar completamente valorizados que los recursos humanos para los planes de salud.

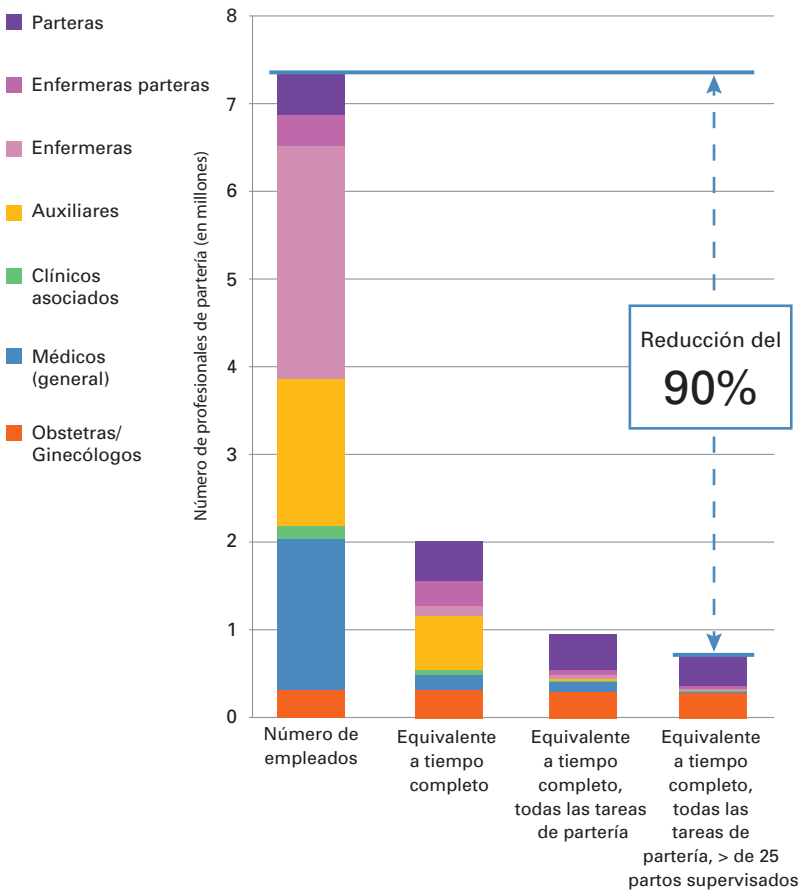
Resumen

Si nuestro objetivo es ofrecer una cobertura universal y eficaz de servicios de partería para todas las mujeres y los recién nacidos, sin importar su situación económica, lugar de residencia ni edad, debemos contemplar en conjunto las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya carencia impide el desarrollo de los países y excluye a ciertos sectores de la población.

Muchos países han tomado medidas para que el personal necesario esté disponible, pero se necesita hacer aún más para cubrir las insuficiencias o déficits en el número y composición del personal de partería para garantizar así el adelanto hacia

la cobertura universal. Es llamativa la diversidad que existe entre los países en términos de tipologías y composición de los agentes de salud que contribuyen a los servicios de SSRMN, pero si se usa la información proporcionada por la encuesta de *El Estado de las Parteras en el Mundo* es posible evaluar las funciones, competencias, educación y contribución de cada uno de los cuadros. Debido a que muchos de estos agentes de salud no dedican el 100% de su tiempo a tareas de SSRMN, es importante calcular cuál es el personal equivalente a tiempo completo en cada país para poder comparar la disponibilidad con la necesidad de servicios. Es evidente que esta información, junto con los datos mínimos de personal de SSRMN, se requiere para ofrecer información estratégica que informe procesos políticos y de planificación. Los países pueden hacer uso de esta información para gestionar activamente la cohorte educativa, remunerar de manera adecuada al personal y para promocionar la carrera de partería. Esto garantizará que el personal futuro pueda satisfacer las necesidades de poblaciones futuras.

GRÁFICO 16 **Personal de partería: desde la disponibilidad hasta la calidad**



Los países también deberían además continuar con los planes para mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención. Se puede tratar el tema de la accesibilidad utilizando SIG (sistemas de información geográfica) y herramientas adecuadas basadas en la equidad, así como también garantizando que sus "conjuntos de prestaciones mínimas garantizadas" a nivel nacional para servicios de SSRMN incluyan todas las intervenciones necesarias. Debería reconocerse la aceptabilidad como un elemento importante en la atención: se deberían tomar medidas para reducir la atención irrespetuosa y en cambio promover una atención con sensibilidad social, cultural y que tenga en cuenta las necesidades tradicionales, acompañada por una investigación profunda acerca de las percepciones y las actitudes que las mujeres tienen del personal de partería. Por último, la mortalidad materna y neonatal se mantendrá elevada a menos que se contemple el problema de la calidad de la atención. Los países deberían mejorar la calidad de la educación, reglamentación y asociaciones de partería, y tratar los déficits generalizados para avanzar hacia una cobertura eficaz.

El Gráfico 16 muestra los déficits de cobertura eficaz desde el punto de vista de la disponibilidad y la calidad: la disponibilidad de todos los agentes de salud que integran el personal de partería de los 73 países que participaron en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*, y de aquellos que tienen tiempo dedicados, funciones autorizadas, capacitación práctica y capacidades profesionales para prestar servicios de calidad. Las limitaciones a la cobertura dentro de estas dos dimensiones son sustanciales (sin considerar los problemas de aceptabilidad y accesibilidad).

La reducción del déficit requiere la recopilación y el mejor uso de los datos: la proporción del personal de partería disponible equivalente a tiempo completo respecto de los servicios de SSRMN, el número de estudiantes que probablemente se unirán a la fuerza en el futuro, el lugar donde se ubican los agentes de salud, la forma en que las mujeres y sus comunidades se sienten respecto de los servicios a los que pueden acceder, y la forma en que los planes de RHS aceleran las estrategias de SSRMN.

Para alcanzar este objetivo, se necesita un fuerte liderazgo para priorizar la partería y proveer los recursos para sustentar este nuevo enfoque orientado al personal y a la planificación de servicios.

PARTERÍA 2030

El Capítulo 2 describió el estado de las parteras en el mundo mediante un análisis de los datos obtenidos de encuestas, talleres e información secundaria de 73 de los 75 países de la "Cuenta atrás" (*Countdown*). Presentó avances desde 2011 y consolidó la evidencia para fomentar un diálogo más intenso sobre políticas en los países acerca de los límites, los desafíos y las posibles respuestas en materia de políticas. La evidencia ha demostrado las similitudes y diferencias que existen entre los países y ha captado las medidas enérgicas que muchos de ellos están tomando para fortalecer el personal de partería y los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN).

Este capítulo se basa en la evidencia de la situación actual de los países y se proyecta hacia su posible situación en el 2030. Ofrece sugerencias basadas en la evidencia a las personas responsables de adoptar decisiones, profesionales sanitarios, interesados directos, asociados y colaboradores para el fortalecimiento de la partería, el desarrollo de los servicios de SSRMN y la aceleración del progreso de los ODM y la cobertura sanitaria universal (CSU). Se centra en la forma en que los gobiernos y sus colaboradores pueden trabajar en forma conjunta para cumplir con las obligaciones internacionales y satisfacer el derecho de la mujer a acceder a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Finalmente, presenta el informe *Partería 2030*, que describe lo que pueden lograr los servicios de partería implementados en su totalidad y que incluye 10 metas y la elaboración de políticas y la planificación necesaria para su implementación.

Mirando hacia el 2030

Según lo detallado en el Capítulo 2, las proyecciones sobre el número mundial de embarazos por año en el período 2014 a 2030 indican que se mantendrá en 166 millones, pero las regiones, países y sus comunidades urbanas/rurales se enfrentarán a necesidades muy diferentes, y cada uno requiere una respuesta política personalizada para desarrollar soluciones en materia de personal sanitario y servicios específicos en cuanto al contexto. El Gráfico 17 destaca el cambio proyectado en la necesidad de la población respecto de los contactos de atención de salud de servicios principales de SSRMN, entre los que se incluyen las visitas de planificación familiar, cuatro visitas prenatales, asistencia del parto por personal cualificado y cuatro visitas posnatales.

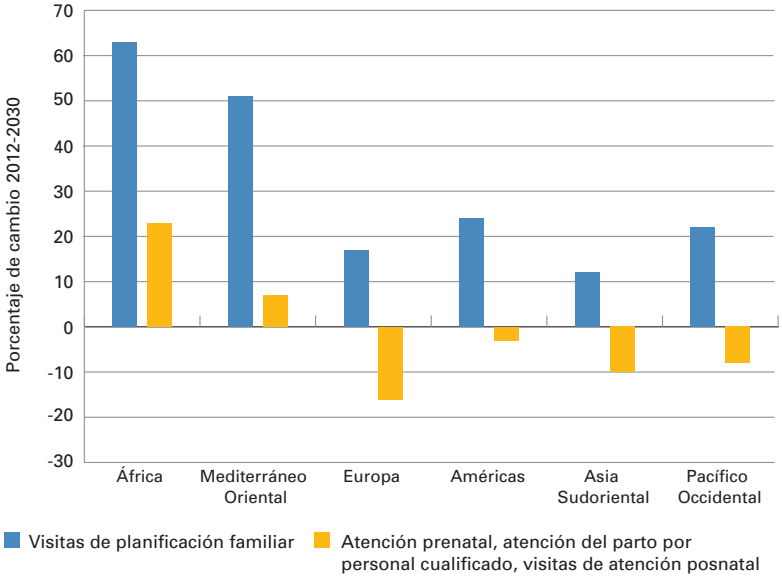
El Capítulo 2 también demostró la importancia de comprender si los profesionales de salud están disponibles, si son accesibles, aceptables y capaces de proporcionar atención de calidad a fin de que los países puedan garantizar que las mujeres y los recién nacidos recibirán la atención necesaria. Es alentador observar que las proyecciones de

Los nuevos modelos de prácticas basados en la proximidad de la atención para mujeres y comunidades permiten el acceso a los servicios de salud. *(Jhpiego/Kate Holt)*

16 (22%) países indican que contarán con personal de partería que, según la disponibilidad y la combinación de cualificaciones del personal sanitario, será potencialmente capaz de administrarles a todas las mujeres y recién nacidos por lo menos las 46 intervenciones esenciales [1]. Por el contrario, las proyecciones de 57 (78%) países arrojaron déficits (según el personal equivalente a tiempo completo y/o la combinación de cualificaciones) en el personal de partería.

En los países donde la "necesidad satisfecha" proyectada (la disponibilidad del personal en comparación con la necesidad de servicios de SSRMN) es menor que la universal, deben desarrollarse formas de garantizarle a la mujer su derecho a acceder a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. En los 16 países donde la proyección de necesidad satisfecha es mayor que el 90%, aún deben tener lugar debates políticos. Por ejemplo, un país puede tener una necesidad satisfecha equivalente al 100%, pero puede haber desequilibrios en la combinación de cualificaciones requerida para el pleno funcionamiento de equipos de SSRMN eficientes en cuanto a los recursos (por ejemplo, demasiados médicos y no suficientes parteras). Las proyecciones superiores al 90% ofrecen la oportunidad de hacer un análisis: la validez de los datos proporcionados; la equidad de cobertura; la eficiencia productiva del personal (proporcionar una mayor atención con la misma cantidad de recursos); la alineación entre la educación y el empleo; y la posibilidad de mirar más allá de los números, la calidad del personal y los servicios. Es importante, además, analizar si la necesidad satisfecha agregada encubre disparidades económicas, geográficas o sociales dentro el país (por ejemplo, si el personal se ubica principalmente en ciudades principales, la distribución no será equitativa y los grupos de las zonas rurales tendrán un menor acceso a los servicios).

GRÁFICO 17 **Proyección del cambio en la necesidad de visitas de SSRMN de la población entre 2012 y 2030, en cada región de la OMS**



Las 46 intervenciones esenciales permiten salvar vidas [1]. Sin embargo, las mujeres y los recién nacidos tienen derecho a recibir una cobertura universal [2] que trasciende la provisión de intervenciones y requiere nuevos enfoques destinados a permitir que las mujeres tengan embarazos y partos sin complicaciones con apoyo y atención respetuosa y preventiva. La siguiente sección sienta las bases para que los formuladores de políticas y colaboradores en todos los países consideren en qué instancia de este acceso universal a la salud se encuentran, y qué progresos deben alcanzar. El desarrollo es factible para todas las comunidades en todos los países.

Impulsores de la salud, los sistemas de salud y la financiación de salud

Salud mundial 2035: un mundo convergiendo en una generación, el informe de la Comisión *The Lancet* sobre inversión en salud publicado en diciembre de 2013, destaca el hecho de que las capacidades técnicas y financieras actualmente se encuentran disponibles para reducir las infecciones, la mortalidad infantil y materna y las enfermedades no transmisibles (ENT) a bajos niveles [3]. La combinación del crecimiento económico en muchos países de bajos ingresos y de ingresos medios y el aumento de la disponibilidad de tecnologías de salud permite alcanzar una "gran convergencia" en materia de salud dentro de aproximadamente dos décadas [3]. La inversión en los servicios de salud podría evitar alrededor de 10 millones de muertes para 2035 [3]; en particular, la inversión en servicios de salud femenina e infantil asegurarán beneficios económicos, sociales y sanitarios [4]. Para obtener un rendimiento de la inversión, los países deberán responder a los cambios en la salud, el sistema de salud, los impulsores financieros y el panorama político mundial (ver Recuadro 9).

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (la Estrategia Mundial) [22], respaldada por la campaña *Todas las mujeres, todos los niños* [23], se

centra en contemplar inequidades y posiblemente sea un impulsor clave de la SSRMN a través del 2030. Las herramientas principales se desarrollaron de la siguiente manera. En 2011, la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño de la Estrategia Mundial [24] destacó la necesidad de una mejor rendición de cuentas y recopilación de datos de todos los colaboradores involucrados en la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), que condujo a la creación del Grupo de Expertos Independientes de Evaluación en materia de Salud de la Mujer y el Niño [25,26]. La Comisión sobre Productos Básicos de Supervivencia en 2012 [27] identificó los productos básicos esenciales de supervivencia para SRMNI y las estrategias de administración. Finalmente, el Marco Mundial de Inversiones para la Salud de la Mujer y el Niño 2013 [4] aportó una perspectiva financiera, que detalló los beneficios económicos, sociales y de salud (de hasta nueve veces) que pueden generarse.

Los cambios en el mercado de salud afectarán la financiación de los sistemas de salud y la capacidad de los países de satisfacer las necesidades de sus poblaciones, en especial de los más pobres y necesitados [12]. Hacia 2030, se generarán innovaciones tecnológicas continuas, el aumento de los ingresos, el desarrollo de la demanda y la educación del consumidor, el incremento en la disponibilidad de información, la urbanización y el aumento de los desastres naturales relacionados con los cambios climáticos [12,28]. Las interacciones (entre consumidores, agentes de salud y proveedores) entre los sectores de salud pública y el sector de salud privada y el aumento del crecimiento económico también tendrán un impacto sobre el acceso a los sistemas de salud y la CSU [29].

Junto con estos cambios, los impulsores e iniciativas están creando una oportunidad única para que los países evolucionen con rapidez hacia la

RECUADRO 9

Impulsores y cambios en la salud

Los impulsores y cambios principales incluyen los siguientes:

- Modificaciones significativas en los datos demográficos de la población y la carga de la enfermedad, que incluyen: aumento de la movilidad, urbanización [5] y envejecimiento [5,6]. El crecimiento de la población afectará la capacidad de muchos sistemas de salud de proporcionar cantidades y cobertura adecuadas de agentes de salud.
- La evolución hacia la CSU tendrá lugar a medida que los recursos estén mejor distribuidos para prestar servicios de salud de calidad, contemplar inequidades y eliminar límites financieros al acceso a la atención, contribuyendo, a su vez, a los objetivos y necesidades de la población [7,9].
- Las enfermedades no transmisibles (ENT) [10], entre las que se incluyen la diabetes, el cáncer, las cardiopatías y la depresión, se están volviendo más prevalentes, y el VIH y algunas otras enfermedades infecciosas se están volviendo crónicas, a medida que aumenta el acceso a los tratamientos eficaces.
- Los problemas de salud mental, las adicciones y la violencia por razón de género [6] aumentan.
- El desarrollo de la demanda y la educación del consumidor requerirá compromisos respecto del fortalecimiento de la rendición de cuentas, enfoques basados en los derechos, la equidad y la autonomía, y para asegurar una participación significativa de los individuos y la sociedad civil en los procesos de formulación de políticas [11].
- Los cambios en el ámbito del mercado de salud incluyen innovaciones tecnológicas, el aumento de los ingresos, el incremento de la disponibilidad de información [12] y la emersión del sector de salud privada.
- Los compromisos en muchos países [13] respecto de los derechos y la salud sexual y reproductiva [14], la igualdad entre los géneros [15] y la salud de los adolescentes [16] permitirán que las mujeres participen plenamente en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y reducir significativamente la discriminación contra las mujeres y niñas [13,14].
- Los servicios de salud utilizarán cada vez más las tecnologías de cibersalud y salud móvil [17].
- La importancia de la calidad de atención aumentará, al igual que el valor asignado a ella por los consumidores [3].
- Las variaciones del atractivo de las carreras y los ámbitos de trabajo de salud podrían tener un impacto sobre la estabilidad a largo y mediano plazo del personal sanitario [18,19].
- Los cambios en la Ayuda Pública al Desarrollo (APD) traerán aparejados nuevos donantes, incluidos los países que no integran el Comité de Asistencia para el Desarrollo (DAC), filántropos y fuentes de financiación para combatir el cambio climático [20], que utilizarán cada vez más vehículos eficaces, efectivos y confiables para el desembolso de inversiones, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria [21].

Fuente: Caroline Homer, Universidad de Tecnología, Sydney

Partería 2030 contribuye a ayudar a las mujeres y los niños a mantenerse sanos mediante el incremento de la calidad y la cobertura de servicios de salud. *(Guifty Banka)*

concreción del derecho universal de acceso a servicios de SSRMN de alta calidad, con la partería como uno de sus componentes principales.

Partería 2030: Un camino hacia la elaboración de políticas y la planificación

La mayoría de las mujeres y los niños son saludables y necesitan el sistema de salud y los proveedores de servicios de salud para seguir siéndolo. *Partería 2030* parte de la premisa de que las mujeres embarazadas son saludables a menos que se presenten complicaciones, o signos de ellas, y que los servicios de partería prestan apoyo y atención preventiva con acceso a los servicios de urgencias cuando se requieren. *Partería 2030* presenta un camino coherente hacia la elaboración de políticas y la planificación para guiar la prestación de servicios de salud a mujeres y recién nacidos a través de las dos etapas de desarrollo de SRMN: desde antes del embarazo hasta la atención posnatal, y desde las comunidades hasta los hospitales de derivación. *Partería 2030* se centra en el aumento de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y los proveedores de servicios de salud, llegando a una mayor proporción de la población (aumento de la cobertura) y ampliando el conjunto de servicios básicos y esenciales de salud (aumento de los servicios), proporcionando, a su vez, protección contra las condiciones de vida difíciles desde el punto de vista económico (aumento de la protección financiera). *Partería 2030* tiene las siguientes 10 metas:

1. Todas las mujeres en edad reproductiva, incluidas las adolescentes, tienen acceso universal a la atención de partería cuando lo requieran.

2. Los gobiernos proporcionan apoyo y un marco político y son responsables de ello.

3. Los gobiernos y los sistemas de salud proporcionan un marco con todos los recursos necesarios y son responsables de ello.

4. La recopilación y el análisis de datos están totalmente incorporados a la prestación y al desarrollo de servicios.

5. Se da prioridad a la atención de partería en los presupuestos nacionales de salud; todas las mujeres reciben protección financiera universal (el tercer componente de la CSU).

6. La atención de partería se ofrece en colaboración con profesionales de salud, colaboradores y personal lego de salud.

7. La atención primaria de partería está cerca de la mujer y su familia con servicios de derivación sin interrupciones al nivel siguiente de servicios (ver Gráfico 18).

8. El personal de partería, en las comunidades, establecimientos y hospitales, está sustentado por educación de calidad, reglamentación y gestión efectiva de recursos humanos y demás recursos.

9. Todos los profesionales de salud proporcionan atención respetuosa y de calidad y son responsables de ello.

10. Las asociaciones profesionales proporcionan liderazgo a sus miembros para facilitar la atención de calidad mediante la promoción, la participación política y la colaboración.

El camino hacia adelante

Se requieren cambios transformadores dentro de los países para lograr un progreso respecto de la realidad que se describe en el Capítulo 2 con miras a alcanzar las metas de *Partería 2030*. Se requieren medidas colaboradoras para:

- rediseñar modelos de prácticas para que las mujeres y los recién nacidos continúen ocupando un lugar central en la atención;

- garantizar un ámbito profesional propicio, que incluya educación de alta calidad, reglamentación y asociación profesional;

- garantizar un ámbito práctico propicio mediante una red eficaz de derivación y un sistema de gestión de recursos humanos que incluya apoyo de supervisión, educación constante y un lugar de trabajo seguro;

- fomentar el trabajo en equipo y la colaboración intradisciplinaria e interdisciplinaria en todos los niveles, desde la comunidad hasta el nivel terciario.

Rediseño de los modelos de prácticas

Partería 2030 promueve los modelos de prácticas que posicionen a las mujeres y a los recién nacidos en un lugar de prioridad en la atención. El Capítulo 2 identificó deficiencias en las etapas de desarrollo de la atención en muchos países, en especial una falta de atención durante el embarazo, después del parto y respecto del acceso a la planificación familiar. *Partería 2030* incorpora todas las etapas de desarrollo de la atención desde antes del embarazo, durante el embarazo, el parto, el período posnatal y los primeros meses de vida del recién nacido [30]. Permite satisfacer las necesidades de las niñas adolescentes [16] e incluye el acceso a servicios adecuados y comprensivos desde el punto de vista cultural de planificación familiar y aborto sin riesgos (de conformidad con las normas de derechos humanos [31] y cuando no sea ilícito, respectivamente) para todas las mujeres.

Los modelos de prácticas deben promover la provisión de atención primaria de la manera más cercana posible a las comunidades y los hogares de las mujeres, asegurando, a su vez, el acceso a consultas y derivación a servicios de nivel más alto. A fin de alcanzar la cobertura mínima recomendada, puede ser más eficaz modernizar establecimientos específicos (por ejemplo, instalaciones con buen funcionamiento y personal suficiente) o promover los establecimientos que puedan lograr una distribución geográfica equitativa de los servicios, en lugar de ofrecer servicios de maternidad en todos los establecimientos. El uso eficiente de los agentes de salud y la colaboración con voluntarios y profesionales legos a nivel comunitario facilitarán el acceso a la atención económica, en especial para las mujeres y familias que viven en zonas geográficamente remotas o urbanas de bajos recursos sin medios de transporte. Pueden establecerse unidades bajo la conducción de parteras de atención primaria [33] al alcance de las comunidades, con el respaldo de agentes de salud comunitarios (ASC) y parteras tradicionales que asisten a las mujeres para acceder al sistema de salud y facilitan la atención respetuosa y comprensiva desde el punto de vista cultural [34].

Los modelos de prácticas deben hacer uso del personal sanitario de manera eficaz. *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* demuestra que muchos cuadros dentro del personal de partería dedican grandes cantidades de su tiempo a realizar otras tareas, lo que tiene como resultado la falta de dedicación a los servicios de SSRMN. Respecto de la

GRÁFICO 18 **Prestaciones principales de atención primaria de partería y servicios**

	Atención primaria de partería	Servicios de atención de nivel siguiente*
Prestación determinante	Cerca a la mujer y su familia, desmedicalizada pero profesional.	Servicio de segundo y tercer nivel con traslado sin interrupciones, colaboración interdisciplinaria y respeto profesional.
¿Para quién?	Para todas las mujeres y los recién nacidos.	Para todas las mujeres y los recién nacidos con problemas o factores de riesgo que no puedan resolverse mediante la atención primaria de partería.
¿A cargo de quién?	En el mejor de los casos a cargo de parteras; en forma alternativa, a cargo de médicos y asociados si cuentan con la capacitación y reglamentación adecuadas.	En el mejor de los casos a cargo de un equipo de colaboración que incluye parteras, obstetras y ginecólogos, pediatras y demás especialistas según se requiera; en forma alternativa, a cargo de médicos y asociados debidamente capacitados (incluso de nivel avanzado).
¿Dónde?	Preferentemente en unidades dirigidas por parteras; también en hospitales con unidades de maternidad.	En todos los hospitales.

Fuente: Adaptado del Estado de Salud en el Mundo 2005 [43] y Optimización de SMN de la OMS [68].

*Los servicios de atención de nivel siguiente incluyen consultas apropiadas, trabajo en equipo y derivación y readmisión a servicios de atención secundaria o terciaria cuando se requiera o solicite.

atención prestada a las mujeres y los recién nacidos mayormente saludables cuyo riesgo se considera normal, es probable que una partera cualificada (independientemente del itinerario educacional), reglamentada y con el debido apoyo para proporcionar atención dentro de un ámbito práctico propicio, seguro y colaborador sea la mejor opción desde el punto de vista económico. Es probable que un personal de SSRMN concentrado y competente, con una menor cantidad de cuadros, sea más eficaz desde el punto de vista económico respecto de la provisión de educación constante, reglamentación y supervisión.

Los agentes de salud comunitarios y las parteras tradicionales continuarán formando parte de los modelos de prestación de servicios en los próximos años, incluso en los países donde existen déficits graves en la cantidad de agentes de salud profesionales. En las comunidades donde ocupan una posición reconocida, pueden desempeñar un papel significativo al influir sobre el uso que hacen las mujeres de la atención de partería [35,36] y proporcionar información básica sobre salud, en especial, sobre embarazo saludable, opciones seguras de parto, cuidado del recién nacido, nutrición, apoyo a la lactancia, planificación familiar y prevención del VIH. Las relaciones formales e informales entre los servicios tradicionales de maternidad en una comunidad y los servicios profesionales de salud pueden facilitar el uso eficaz de los recursos disponibles y el acceso a una atención respetuosa y de calidad [36-38]. Dichas relaciones pueden abrir, además, puertas profesionales para los agentes de salud comunitarios que les permitan ingresar al cuadro de partería profesional a través de programas educativos adecuados.

Los propósitos de *Partería 2030* pueden lograrse mediante modelos de prácticas dirigidos por parteras. Hay pruebas contundentes de países de ingresos medianos altos e ingresos altos de que los modelos dirigidos por parteras, en especial lo que proporcionan continuidad de atención y proveedores, generan beneficios significativos y ahorros sin efectos adversos identificados [33,39-42]. La atención dirigida por parteras incluye: continuidad de atención y proveedores; monitoreo del bienestar físico, psicológico y social de la mujer y su familia; provisión de educación personalizada, asesoramiento y atención prenatal; asistencia continua durante el trabajo de parto, el parto y el período posnatal inmediato; minimización de las intervenciones tecnológicas; e identificación y derivación de los pacientes que requieren atención obstétrica o de algún otro especialista [43]. La atención dirigida por parteras puede prestarse a la comunidad si existe acceso al transporte para la derivación y traslado de pacientes a fin de reducir las demoras innecesarias [43].

Un ámbito profesional propicio

Las metas propuestas por *Partería 2030* requieren un ámbito profesional propicio para respaldar la educación, reglamentación y asociación profesional eficaces [44], lo que con frecuencia se identificó como una carencia en las respuestas a la encuesta de los 73 países que participaron en el informe.

Muchas parteras en el mundo trabajan en ámbitos complicados, inseguros, remotos y con falta de equipamiento, y se ven expuestas a la violencia por razón de género, sueldos bajos, condiciones inadecuadas de trabajo y la falta de acceso al desarrollo profesional continuo; todos estos factores dificultan la atención de alta calidad [45]. Las condiciones inadecuadas de trabajo socavan su capacidad o disposición para continuar el ejercicio de su profesión: muchas parteras optan por alejarse del personal debido a la frustración que sienten frente a su cargo y función [46] o como resultado de haber alcanzado una edad arbitraria de retiro. Un ámbito profesional propicio implica que las parteras puedan desarrollar relaciones significativas con las mujeres, con flexibilidad y autonomía ocupacional, para poder controlar, organizar y priorizar su propio trabajo, tener acceso a apoyo de supervisión, reflejarse en la práctica con pares y colegas, compartir ideas e información y optimizar la prestación de servicios [45,47].

Un compromiso con la educación, la reglamentación y la asociación

La implementación de un ámbito profesional propicio conlleva lo siguiente:

1. Educación de alta calidad, desarrollo profesional continuo e itinerarios profesionales, que incluyen: hacer atractiva la carrera en partería; proporcionar itinerarios de educación con suficientes oportunidades de adquirir experiencia clínica; contar con personal docente altamente preparado y programas con recursos suficientes; desarrollar o aplicar sistemas de acreditación con criterios y estándares mensurables; proporcionar un ámbito educativo seguro y conducente; y facilitar la participación comunitaria para garantizar

que la educación que reciben las parteras cumpla con las necesidades de la comunidad e incorpore la atención respetuosa y la sensibilidad sociocultural. La educación inicial y constante de calidad debe asegurar que las parteras sean competentes para ejercer su profesión de manera eficaz, puedan adquirir capacidades clínicas avanzadas de SSRMN si así lo desean y seguir una capacitación en liderazgo y gestión para convertirse en líderes de SSRMN. Los programas de desarrollo profesional continuo se ofrecerán en forma creciente mediante tecnología de la información y las comunicaciones, utilizando una formación combinada que incluye tiempo presencial y aprendizaje electrónico, potencialmente en centros educativos, locales o regionales.

Las asociaciones profesionales motivadas y comprometidas pueden influir sobre los procesos de toma de decisiones, y así contribuir al fortalecimiento de la profesión. *(Jhpiego/Kate Holt)*

2. Un sistema reglamentario sólido y funcional con matriculación y licencia, incorporación de códigos y estándares uniformes a nivel internacional, satisfaciendo, a su vez, las necesidades específicas de cada país, la acreditación de programas educacionales y continuando con los marcos de desarrollo profesional a fin de permitir el control de la renovación periódica de licencias y las pruebas de competencia continuas. La reglamentación eficaz incluye, además, la autorización del personal para asumir tareas específicas en función del contexto y las necesidades, por ejemplo, autoridad normativa y la provisión de mayores servicios de VIH [48,49].

3. Asociaciones profesionales activas y comprometidas que puedan proporcionar: un punto de liderazgo y promoción, abocando por mejores condiciones de trabajo (entre las que se incluyen horario flexible, remuneración adecuada, licencias, alojamiento, transporte y seguridad); oportunidades de desarrollo de las perspectivas de carrera, promoción e incentivos de retención; y acceso a información y pruebas para mejorar la práctica mediante educación e investigación continuas. El apoyo efectivo puede incluir modelos de "hermanamiento" entre individuos o asociaciones [50,51]. Se requieren desarrollo, capacitación y apoyo para asegurar la sustentabilidad de las asociaciones y para permitirles a los miembros trabajar en ámbitos políticos y gubernamentales y ejercer la promoción tanto para mujeres en general como para parteras.

La educación de calidad, la reglamentación y las asociaciones deben recibir apoyo para garantizar la sustentabilidad de los servicios de partería y para construir y sostener las etapas de desarrollo de los servicios de atención materna y neonatal de calidad. Los datos obtenidos de los talleres de los países en *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* destacaron la necesidad de la formación de capacidades en educación, reglamentación y asociación para permitirles desarrollarse, crecer y desempeñar un papel fundamental en el respaldo y el apoyo de las metas de *Partería 2030*. En el Recuadro 10 se resumen los desarrollos normativos necesarios para proteger al público de una mejor manera.

Un ámbito práctico propicio

Un ámbito práctico propicio incluye el acceso a consultas y redes de derivación eficaces y confiables [52] así como también el fomento de la capacidad, la gestión y el desarrollo de recursos humanos.

Acceso a redes de derivación y consultas eficaces

Los servicios de atención primaria de partería deben ser claros respecto de la capacidad de consulta y derivación de mujeres y/o recién nacidos a servicios de atención secundaria o terciaria de ser necesario, y respecto de los procesos de derivación y traslado. Esto requiere:

- participación comunitaria para lograr la comprensión y el apoyo respecto del traslado;
- indicaciones, lineamientos y políticas basadas en la evidencia a efectos de consultas y derivación;
- acceso a sistemas funcionales de telecomunicaciones (incluso cibersalud y salud móvil) entre los

niveles de servicios de salud y entre los profesionales de salud;

- utilización eficaz de ASC o agentes cualificados tradicionales de atención del parto para asegurar la derivación y traslado oportunos desde el nivel comunitario;

- educación y reglamentación para permitir la prestación de servicios específicos de atención primaria (por ejemplo, autoridad normativa y detección y tratamiento de VIH);

- acceso a instalaciones seguras y adecuadas para el trabajo de parto y el parto si el lugar más adecuado está lejos del hogar;

- transporte para mujeres y recién nacidos para acceder a servicios de nivel más alto, y regreso al hogar cuando se haya finalizado;

- la posibilidad de que las mujeres sean acompañadas por una persona de su elección si son trasladadas a un servicio de nivel más alto, dado que el apoyo social es un factor clave de la atención respetuosa y eficaz.

Fomento de la capacidad, gestión y desarrollo de recursos humanos

Cada país necesita un conjunto de datos mínimo de recursos humanos para la salud (RHS) sobre el personal de partería. Tal como se describe en el Capítulo 2, esto incluye: número de empleados,

RECUADRO 10

Proteger al público: un paradigma renovado

La reglamentación profesional se refiere a la protección de aquellos que prestan sus servicios. Sin embargo, muchos sistemas de reglamentación siguen estando subdesarrollados, son obsoletos o, en algunos casos, totalmente inexistentes. Como resultado, los usuarios de los servicios de salud se encuentran desprotegidos, y los gobiernos no reciben el apoyo de herramientas poderosas en sus esfuerzos por garantizar la CSU y rediseñar los sistemas de salud.

Durante las próximas dos décadas, los gobiernos, los órganos de reglamentación y las asociaciones profesionales deben implementar o modernizar modelos normativos que contemplen las necesidades actuales y futuras y que sean proactivos a fin de garantizar la protección pública en la etapa de diseño en lugar de centrarse en enfoques que contemplen los fracasos en forma retroactiva.

En el futuro, debe existir una proporción entre los marcos normativos y el nivel de riesgo. Es necesario que se brinden soluciones a problemas emergentes en el momento en el que se susciten, y/o medidas preventivas para minimizar el riesgo de que ocurran. Reaccionar después del hecho y esperar el tiempo legal para reformar las leyes obsoletas debe ser la excepción en lugar de la regla.

Para ser eficaz, el órgano de reglamentación debe colaborar y estar preparado para actuar en equipo. Debe comprender los aportes de todos los que participan en el proceso y apuntar a la coordinación de las oportunidades para alcanzar la seguridad pública. Los modelos normativos integrales deben contemplar la educación, la profesión y el ámbito práctico.

Los estándares de educación y contenidos curriculares deben seguir el ritmo de la evidencia de rápido desarrollo, nuevas formas de prestación de atención de salud y procesos educativos modernos. Con frecuencia, estos procesos se orientarán a los problemas y se centrarán en equipos. Los programas educativos deben basarse en la competencia y estar dotados de una estructura modular.

El profesional debe estar preparado y autorizado para ejercer su profesión al máximo conforme a las necesidades de la población. La delegación, supervisión y rendición de cuentas serán claras y los órganos de reglamentación serán proactivos en el fomento de la participación de los usuarios de servicios, las diversas disciplinas involucradas en la matriz de atención y los gobiernos para asegurar que los profesionales no sólo estén preparados de manera adecuada para ejercer su función sino que, además, trabajen con coherencia. Esto da la oportunidad de que los órganos de reglamentación trabajen más de cerca entre sí, compartiendo las mejores prácticas, información y datos, y estableciendo puntos de referencia respecto de los cuales se evaluará su desempeño.

Se les infundirá una filosofía de aprendizaje permanente y competencia continua a los profesionales desde el comienzo de su preparación. La renovación periódica de licencias para ejercer la profesión ligada a los procesos de competencia continua será esencial. Los sistemas de supervisión deberán actualizarse para optimizar el uso de la tecnología a fin de proporcionar, incluso en los ámbitos más remotos, los tipos de apoyo que permitan garantizar una mejor protección pública y desarrollo profesional.

Vivir en un mundo globalizado donde la movilidad es una realidad requiere el desarrollo de sistemas que permitan establecer un equilibrio entre la previsión de demoras innecesarias, los requisitos demasiado onerosos, los costos excesivos y, por otro lado, la necesidad imperiosa de proteger al público de los profesionales que no se desempeñan de manera adecuada en el cargo. Para ello, se requieren el desarrollo y la implementación de un conjunto de datos normativos. Esto facilitará la transparencia y contribuirá a la evaluación, la calibración y el reconocimiento de cualificaciones en las diversas jurisdicciones.

Fuente: David C Benton, Consejo Internacional de Enfermeras.

el porcentaje de tiempo que estos dedican a SSRMN, sus funciones, su distribución por edades, su edad de jubilación, la duración de su educación, cuántos alumnos se matriculan por año, la tasa de abandono de la educación, el número de graduados por año y la tasa de abandono voluntario de la fuerza. Esto permitirá una planificación eficaz del personal y la consolidación del equipo apropiado de servicios de SSRMN [53]. También facilitará la evaluación y organización de la combinación más adecuada de cualificaciones para las diversas etapas de desarrollo de la atención de salud, así como también las opciones de admisión e implementación para la provisión equitativa de intervenciones esenciales de SSRMN a escala y calidad, y opciones de financiación e inversión para alcanzar un acceso y cobertura universales. La referencia a zonas geográficas de salud básica, como distritos, también puede contribuir a mejorar los servicios en función de las necesidades.

Una estrategia de recursos humanos para la salud debe incluir la evaluación de los conjuntos de servicios de salud de cada país, el currículo y los lineamientos clínicos nacionales. Los datos exactos de recursos humanos para la salud y la planificación basada en las necesidades posteriormente informarán la planificación y financiación educativas exactas, incluso las cantidades de estudiantes que podrán ingresar a los programas, oportunidades de desarrollo y nuevo puestos para graduados. La planificación debe contemplar la movilidad en los mercados de trabajo de salud, donde la demanda regional y mundial de agentes de salud puede afectar el suministro nacional.

El desarrollo y la evaluación del desempeño constituyen un componente clave de la gestión de recursos humanos. Permitirán identificar las necesidades de los individuos y los servicios, incluidas las necesidades de aprendizaje para mantener la competencia, identificar los logros y desafíos de su trabajo y permitir la prestación de servicios para satisfacer las necesidades y la cultura de la población local. El desarrollo y la evaluación del desempeño identificarán la necesidad de continuar con la formación profesional y la optimización de la calidad.

Avanzar en el itinerario de carrera es un componente importante de la satisfacción en el trabajo. Una matriz de carrera puede permitirles a las personas asumir diversas funciones en diferentes momentos del ejercicio de su profesión, asegurando, a su vez, que los conocimientos y las cualificaciones permanezcan dentro del sistema de atención de salud y las profesiones. El desarrollo de oportunidades para la promoción del personal para realizar tareas superiores, entre las que se incluyen mayores funciones clínicas, educación, gestión o investigación, requerirá opciones de desarrollo formal, incluso programas de desarrollo del personal docente. El uso de nuevas tecnologías [54] puede permitir la implementación de escuelas "virtuales" o programas de aprendizaje electrónico y su acceso masivo.

Concreción de la colaboración y el trabajo en equipo respetuoso

Partería 2030 requiere la colaboración de equipos de SSRMN que trabajen de forma eficaz, posicionando siempre a las mujeres y a los recién nacidos en un lugar de prioridad en la atención. Las fallas del trabajo en equipo y la comunicación responden a la mayoría de los eventos monitorizados en la atención de maternidad [55,56].

La claridad y el acuerdo sobre las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo, mediante el pleno ejercicio de su profesión, evitarán superposiciones e ineficiencias innecesarias. El exceso o la escasez de personal en un cuadro, o una cantidad excesiva de cuadros similares, impedirá la concreción total de los objetivos de *Partería 2030*, la provisión sin interrupciones de las diversas etapas de desarrollo de la atención de salud, y puede conducir a la medicalización excesiva. *Partería 2030* significa que una partera que ejerce plenamente su profesión, prestando incluso servicios de planificación familiar, con acceso a consultas y derivación, puede acortar la distancia entre la comunidad y los servicios de salud.

Es probable que la colaboración interprofesional en educación y práctica aseguren el desarrollo de un personal adaptado a las necesidades [57]. La implementación del trabajo en equipo y la colaboración a nivel interdisciplinario incluyen los siguientes: el aprendizaje conjunto para crear un personal "listo para colaborar"; el respeto y el desarrollo de las competencias y disciplinas de cada uno; la comunicación entre sí y la delegación de tareas para garantizar la continuidad y la uniformidad; y la rendición de cuentas mutua para aprender de los errores.

Desarrollo de los hallazgos de los países

Partería 2030 se desarrolló para responder a los hallazgos principales del Capítulo 2 (ver el Cuadro 3) y las necesidades de las mujeres y los recién nacidos. Es una solución eficaz desde el punto de vista econó-

mico, puede fomentar la participación de campeones nacionales y el liderazgo y puede hacer un aporte significativo a las iniciativas mundiales de SSRMN.

Respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos

Partería 2030 se basa en la premisa de que las mujeres y los recién nacidos ocupan un lugar central en los servicios de SSRMN. El Capítulo 2 destaca las preocupaciones significativas planteadas por muchos países sobre la atención irrespetuosa y abusiva. La forma en que son tratadas las mujeres, y en la que ellas perciben este trato, reflejan la calidad y aceptabilidad de los servicios de salud. Se requiere un giro hacia la atención centrada en la gente, o más específicamente, centrada en la mujer, para alcanzar los objetivos de *Partería 2030*.

CUADRO 3

Cómo responde el informe *Partería 2030* a los hallazgos principales de *El Estado de Salud en el Mundo 2014*

HALLAZGOS PRINCIPALES DE TALLERES Y DATOS DE LOS PAÍSES	*Partería 2030:*
Datos no disponibles para respaldar la planificación y política de recursos humanos para la salud.	• **destaca** la necesidad de un conjunto mínimo de datos de recursos humanos para la salud sobre el personal de partería.
Déficits de personal con relación a la necesidad proyectada.	• **reconoce** la importancia de hacer atractiva la carrera y la profesión de las parteras, proporcionar itinerarios de educación en partería de calidad, estrategias de implementación y estrategias para mejorar la retención y reducir la tasa de abandono de la fuerza.
Falta de claridad en la definición de las funciones y tareas y una discrepancia entre las funciones esperadas y la disponibilidad y la capacidad para asumir las tareas.	• **incluye** planificación de recursos humanos de salud para evaluar funciones, tareas y responsabilidades y proporcionar mayor claridad. Este proceso puede centrarse en la prestación de los servicios adecuados de SSRMN mediante el proveedor correcto y en el momento y el lugar adecuados, para reducir la duplicación.
Deficiencias en la provisión de intervenciones prenatales en los conjuntos de prestaciones.	• **recomienda** modelos de prácticas para garantizar que las mujeres y los recién nacidos puedan acceder a las diversas etapas de desarrollo de la atención de salud.
Deficiencias en la capacidad de asesoramiento en planificación familiar y provisión eficaz de las intervenciones.	• **permite** prestar servicios de planificación familiar mediante la colaboración del personal de partería que incluye ASC o cuadros similares.
Los costos y la geografía afectan la accesibilidad a la atención de salud.	• **se aboca** a que se preste atención primaria cerca de los hogares y las comunidades de mujeres, con itinerarios de derivación y acceso al transporte
Falta de respeto y abuso como impulsores de la no aceptabilidad por parte de las mujeres.	• **asegura** que la educación incorpore atención respetuosa y sensibilidad sociocultural como parte de la capacitación previa a prestar servicios y durante el ejercicio de la profesión. • **reconoce** que un ámbito propicio, seguro y de apoyo que cuente con los recursos necesarios facilita la atención respetuosa.
Limitaciones: • en la cantidad de parteras educadas y retenidas; • en la calidad de educación: establecimientos, personal docente, estándares y exposición clínica; • no contar con ninguna autoridad de reglamentación en absoluto, o con ninguna autoridad de reglamentación capaz de cumplir su función de proteger al público; • en la capacidad de las asociaciones profesionales de abocarse de manera eficaz a los servicios de partería y SSRMN.	• **se basa** con firmeza en la necesidad de comprometerse con la educación, la reglamentación y la asociación. • **destaca** la importancia de promover un ámbito profesional para garantizar que los miembros del personal de partería cuenten con la disposición, la autoridad y la capacidad para asumir las funciones para las que fueron educados.

Atención centrada en la mujer:

- se centra en los derechos, necesidades, aspiraciones, expectativas y decisiones de la mujer, en lugar de a los de la institución o los profesionales;
- reconoce el derecho de la mujer a poder elegir, controlar y continuar recibiendo atención de un cuidador o cuidadores conocidos;
- comprende las necesidades del recién nacido, la familia de la mujer y demás personas importantes para la mujer, según ella lo defina;
- sigue a la mujer desde la comunidad hasta ámbitos agudos y de regreso a la comunidad;
- contempla sus necesidades y expectativas sociales, emocionales, físicas, psicológicas y culturales [58].

La atención centrada en la mujer requiere un enfoque integrado destinado a que la mujer tenga acceso a proveedores apropiados de salud en los momentos adecuados. Algunos ejemplos incluyen: un obstetra cuando se generen complejidades, un pediatra cuando el recién nacido requiera cuidados adicionales y una partera para los embarazos y partos normales. Este enfoque se centra en el profesional que cada mujer necesita en un momento dado, y hace que el sistema se adecue a sus necesidades, en lugar de hacer que ella cumpla con las necesidades de las instituciones o los agentes de salud.

Ubicar a la mujer y a los recién nacidos en un lugar central en la atención requiere, además, centrarse en la igualdad entre los géneros y la provisión de atención respetuosa que se ajuste a los principios, disposiciones y leyes en materia de derechos humanos. Toda mujer tiene derecho a ser tratada con dignidad y respeto; este es uno de los siete derechos de la mujer en edad reproductiva (58) y está respaldado por diversas normas internacionales, incluido el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966, Artículo 2) [59].

La implementación de la atención centrada en la mujer implica:

- la provisión de atención respetuosa que sea segura y le proporcione seguridad y apoyo a la mujer, mediante la maximización de sus posibilidades de obtener resultados saludables y beneficiosos;
- la posibilidad de que la mujer pueda elegir las mejores opciones que les resulten más asequibles a ella y a su familia;
- la provisión de acceso a servicios de atención primaria en la comunidad, cerca del lugar donde viven las mujeres, con un fácil acceso a atención de nivel más alto si es necesario a un costo asequible.

Una solución económica

Partería 2030 es una estrategia de inversión eficaz, que responde a las pruebas de rendimiento de la inversión de los crecientes servicios de planificación familiar [60-62], la educación y el despliegue de las parteras [63] y el modelo de atención dirigido por parteras. El Recuadro 11 describe los beneficios y las implicancias para el personal de la inversión en planificación familiar; el Recuadro 12 destaca el valor del dinero y el rendimiento proyectado de la inversión desde la educación y el despliegue de las parteras en servicios basados en la comunidad. La atención dirigida por parteras como modelo de práctica ha demostrado ser económico [40,42,64]. Ofrece, además, una alternativa convincente al modelo de atención de maternidad predominante [42] para mujeres con todos los riesgos ya que incluye consultas funcionales y una etapa de derivación [40].

Participación de campeones nacionales y liderazgo

La voluntad política, los campeones y los líderes son cruciales para hacer realidad *Partería 2030* y superar las barreras de la CSU. Sin embargo, algunas de esas barreras son internas y se relacionan con la hegemonía y la competencia interprofesional. Para luchar contra esto, los profesionales de salud deben adoptar comportamientos que permitan el trabajo en equipo y la colaboración efectiva.

Las asociaciones profesionales de salud desempeñan un papel crítico en proporcionarles liderazgo a sus miembros. En materia de SSRMN, representan a cientos de asociaciones nacionales afiliadas a la ICM, al Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Asociación Internacional de Pediatría (IPA). Como líderes del cambio, el papel de las asociaciones profesionales de salud es clave para mejorar los servicios de SSRMN y así permitir la concreción de *Partería 2030*.

Las declaraciones de misión de las cuatro asociaciones internacionales son similares [72-75]. Cada

una está dirigida a respaldar a los miembros para lograr los mayores beneficios para las mujeres, los niños, las familias y sus comunidades. Abarcan desde el fortalecimiento de las asociaciones de parteras y la representación de las enfermeras a nivel mundial, hasta el desarrollo de los derechos y la salud de la mujer y el fomento de la salud física, mental y social de los niños. Las similitudes en estas misiones y objetivos sientan las bases y dan el ejemplo para un cambio de paradigma en la práctica cooperativa. El trabajo en conjunto fortalecerá las iniciativas de promoción, la cohesión de políticas, la reglamentación, las licencias y los registros profesionales, la educación interprofesional y el desarrollo profesional continuo. El objetivo fundamental de las asociaciones profesionales de salud es fomentar un equipo dinámico, colaborador, adaptado y listo para ejercer la profesión de agentes de salud que respondan a las necesidades de mujeres y niños.

Contribución a las iniciativas mundiales de SRMNI

En 2014 hay una única oportunidad de desarrollar el impulso nacional e internacional actual. Desde la publicación del *El Estado de la Salud en el Mundo 2011* [76] en junio de 2011 se han lanzado diversas iniciativas mundiales nuevas de SSRMN para promover acciones en los países (ver Cuadro 4 en la página 48).

RECUADRO 11

El impacto de la inversión sobre la planificación familiar

Una de las formas más eficaces de mejorar los resultados de salud materna consiste en reducir la necesidad insatisfecha respecto de la planificación familiar [65]. La Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar 2012 generó compromisos de expansión del acceso a métodos anticonceptivos eficaces para 120 millones de mujeres más en 69 de los países más pobres del mundo para 2020 [66]. El impacto y el rendimiento de la inversión son claros [66], pero ¿cuáles son las implicaciones del personal? A continuación se detallan algunos puntos principales con relación a políticas y planificación.

Una menor cantidad de embarazos implica una reducción inmediata en la necesidad de servicios maternos y neonatales de la población en el futuro inmediato (0 a 15 años). A medida que baje la tasa de fecundidad total, habrá una menor necesidad de atención prenatal, atención del parto a cargo de personal cualificado, atención obstétrica de urgencia y atención posnatal. Esto reducirá el volumen de intervenciones esenciales requeridas, con reducciones anuales constantes, y principalmente dentro del alcance de las prácticas de partería y obstetricia. Esto creará oportunidades de aumentar la calidad y cobertura de los servicios.

Una menor cantidad de embarazos también implica una reducción en la cantidad de mujeres en edad reproductiva a largo plazo. Las tendencias demográficas son un determinante clave de los requisitos de personal. Comenzando 15 años después de la inversión inicial en planificación familiar, y avanzando con rapidez durante 25 años a partir de ese momento, habrá menos mujeres en edad reproductiva y, por lo tanto, una reducción de la necesidad total de servicios de salud reproductiva.

De las 46 intervenciones esenciales para SSRMN, los servicios de salud sexual y planificación familiar tienen el mayor impacto sobre los requisitos de personal sanitario. Todas las mujeres en edad reproductiva necesitan tener acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. NO todas las mujeres quedarán embarazadas e incluso una cantidad menor requerirá atención obstétrica de urgencia. Por lo tanto, se requiere un mayor volumen de servicios (y la correspondiente capacidad del personal sanitario) para las intervenciones de salud sexual y reproductiva que para atención obstétrica de urgencia. La composición y combinación de cualificaciones del personal sanitario necesario para prestar servicios de planificación familiar y salud sexual basados en la comunidad de manera eficaz pueden adaptarse a ámbitos nacionales, incluida la participación activa del personal que presta servicios de VIH/SIDA.

Las niñas son el componente central del "personal sanitario" en sentido más amplio. El aumento de la necesidad satisfecha de planificación familiar requiere la participación de adolescentes, maestros, padres y comunidades: todos forman parte del "personal de servicio" en sentido amplio. Además, los hijos de mujeres con acceso a los servicios de planificación familiar y de salud son más saludables y están mejor educados que los hijos de mujeres sin esta posibilidad [61]. Entre otros beneficios, la educación de las niñas tendrá como resultado una cantidad creciente de graduados de la escuela secundaria (posibles agentes de salud), el desarrollo de beneficios sociales, económicos y de salud y la reducción de la demanda futura de servicios de salud [67].

Los profesionales legos, las parteras auxiliares y los farmacéuticos son el factor principal para satisfacer la necesidad de planificación familiar y la reducción de costos. Los lineamientos de la Optimización de SMN [68] proporcionan nuevos enfoques para los servicios de planificación familiar. Conforme a estos lineamientos, los profesionales legos pueden iniciar y mantener la provisión de anticonceptivos inyectables, con monitorización y evaluación dirigida. Las parteras auxiliares pueden proporcionar anticonceptivos orales, preservativos, inyecciones de hormonas, implantes anticonceptivos y dispositivos intrauterinos de manera eficaz. Estas funciones pueden ser desempeñadas por mujeres dentro de las comunidades, lo que tiene como resultado una mayor cantidad de oportunidades de empleo, y un mayor potencial de cambios normativos, permitiendo, a su vez, que las parteras, enfermeras y médicos dediquen más tiempo a aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de SSRMN.

Fuente: Jim Campbell y Laura Sochas, ICS Integrare.

RECUADRO 12

Parteras: una "opción óptima" de atención primaria

El Programa Universitario de Partería basado en la Comunidad en Bangladesh se lanzó en 2013. El Programa Universitario de Partería basado en la Comunidad proporciona una cualificación universitaria, de conformidad con las normas de educación nacional y los estándares y recomendaciones de la Conferencia Internacional de Matronas (ICM) [69], a estudiantes seleccionados de áreas con las necesidades de salud materna más urgentes. Incorpora un enfoque integral de sistemas, mediante la combinación de un modelo de educación de "concentración y distribución" con las directrices de la OMS sobre retención rural [70] para alcanzar cuatro funciones centrales: (1) desarrollo de currículos y desarrollo de personal docente; (2) selección de alumnado; (3) evaluación e implementación; y (4) disponibilidad de establecimientos de capacitación debidamente equipados y ubicados para asegurar los fundamentos del modelo educativo.

La "concentración" se ubica en un centro de excelencia en la Universidad BRAC; las "distribuciones" son seis instituciones educativas independientes ubicadas en zonas rurales de Bangladesh. Durante 4 años, el Programa Universitario de Partería basado en la Comunidad educará a 500 estudiantes para obtener un título a un costo anual estimado de USD 5.300 por estudiante. Se estima que el costo de otros programas comparables en Afganistán y Sudán es de aproximadamente USD 7.900 y USD 12.700 por estudiante por año, respectivamente [71].

Una evaluación de rentabilidad adecuada realizada en 2013 [63] aportó información referida a tres áreas: (1) la economía, la eficiencia y la eficacia del modelo de concentración y distribución; (2) el impacto en lo que respecta a vidas salvadas y años de vida salvados; y (3) el rendimiento de la inversión (con base en la reducción de operaciones cesáreas innecesarias) [72].

1 **El modelo de concentración y distribución arroja resultados positivos respecto de la economía, la eficiencia y la eficacia** en el desarrollo de currículos y personal docente, la selección de estudiantes y el desarrollo del lugar de capacitación en comparación con las instituciones individuales que desarrollan sus propios programas universitarios en forma independiente.

ACTIVIDAD	ECONOMÍA	EFICIENCIA	EFICACIA
Desarrollo de currículos	Bajo costo	Menor tiempo	Alta calidad
Desarrollo de personal docente	Bajo costo	Menor tiempo	Alta uniformidad
Selección de estudiantes	Costo moderado	Eficiencia moderada	Selección central eficiente
Desarrollo del lugar de capacitación	Bajo costo	Producción rápida	Calidad uniforme

2 **El impacto en lo que respecta a vidas salvadas y años de vida salvados es similar al de la inmunización infantil.** Las parteras que se graduaron en 2015, durante un lapso de carrera estimado de 30 años, apreciarán potencialmente una reducción en la mortalidad materna de 194/100.000 a 35/100.000 nacidos vivos y en la mortalidad infantil de 52/1.000 a 12/1.000 nacidos vivos. Durante el mismo lapso de tiempo, sin las parteras recibidas, estas tasas podrían caer sólo a 154/100.000 y 43/1.000. En total, las 500 parteras salvarán 36.178 vidas (un total de 2.635.164 años de vida) a un costo de USD 219 por vida salvada, o USD 3,02 por año de vida salvado. Esto es similar a la relación costo-beneficio de la inmunización infantil (USD 216 por muerte evitada).

3 **La inversión en personal de partería podría generar un rendimiento de la inversión equivalente a 16,2.** Utilizando sólo como medida la cantidad de operaciones cesáreas (CS) evitadas, y suponiendo que en Bangladesh la tendencia a realizar cesáreas continúa en aumento (por ejemplo, del 15% en 2015 al 45% en 2045), las parteras basadas en la comunidad podrían reducir la tasa de incremento un 20% (es decir, un 25% en 2045), evitando 3.391 operaciones cesáreas por año o 101.719 durante 30 años. A un precio neto de USD 1.264 por cesárea, los ahorros podrían ascender a USD 128,5 millones en 30 años: un rendimiento equivalente a 16,2 veces el costo de educación total de USD 7,9 millones. Al calcularse a una reducción más modesta del 10% de cesáreas (es decir, el 35% en 2045), la inversión en personal de partería aún arrojará un rendimiento de 6,2 veces la inversión.

La educación de las parteras tiene como resultado una buena relación entre calidad y precio. Una intervención dirigida para el personal de partería basado en la comunidad permite obtener resultados positivos respecto de la economía, la eficiencia y la eficacia. Tiene un impacto comparable con el de la inmunización infantil, y podría generar una rentabilidad 16 veces mayor a la inversión. Es la "opción óptima" en atención primaria de salud.

Fuente: Tim Evans, Asiful Haidar Chowdhury e Ismat Bhuiya, Universidad BRAC. Adaptado de la Evaluación de la Rentabilidad del Programa Universitario de Partería basado en la Comunidad, abril de 2013 [63].

Los objetivos ambiciosos de las iniciativas enumeradas en el Cuadro 4 sólo se alcanzarán si cuentan con el respaldo de la voluntad política y la acción concertada con vistas al cambio. Cada uno de los objetivos requiere la provisión acelerada del conjunto de prestaciones de salud para mujeres y recién nacidos, pero, según se indicó en el Informe sobre la salud en el mundo 2006: "las intervenciones de salud no pueden administrarse sin agentes de salud" [83].

Partería 2030: Inspiración de la acción mundial

Los cambios necesarios y transformadores requeridos en los resultados de SSRMN, respaldados por

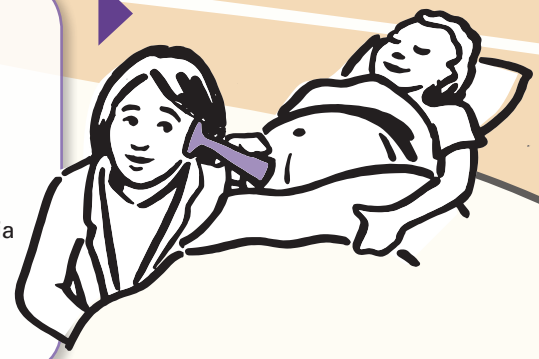
PARTERÍA 2030:
EL CAMINO HACIA LA SALUD

PLANIFICAR y PREPARARSE *implican:*

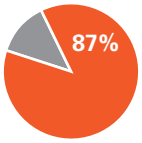
- retrasar el matrimonio
- completar la educación secundaria
- proporcionar educación sexual integral a niños y niñas
- protegerse contra el VIH
- conservar un estado nutricional y de salud adecuados
- planificar los embarazos mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos

GARANTIZAR UN COMIENZO SALUDABLE *implica:*

- cuidar su salud y prepararse para el embarazo, el parto y los primeros meses como nueva familia
- acceder a por lo menos cuatro visitas de atención prenatal, que incluyen hablar sobre la preparación para el parto y diseñar un plan de emergencia
- exigir y recibir atención de partería profesional preventiva y de apoyo para que usted y su bebé conserven su salud, y para enfrentar las posibles complicaciones con eficacia



DESAFÍO	SOLUCIÓN	IMPACTO	PROGRESO
Sólo 4 de los 73 países cuentan con personal de partería capaz de satisfacer la necesidad universal de las 46 intervenciones esenciales en materia de intervenciones de SSRMN.	Las parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar el **87% de los servicios esenciales de atención** requeridos por mujeres y recién nacidos.	Invertir en educar parteras podría generar **una rentabilidad de tamaño 16 veces mayor** a la inversión realizada.	Bangladesh está educando a **500 parteras** que potencialmente podrían salvar alrededor de **36.000 vidas.**



¿QUÉ LO HACE POSIBLE?

1
Todas las mujeres en edad reproductiva, incluidas las adolescentes, tienen acceso universal a la atención de partería cuando lo requieran.

2
Los gobiernos son responsables de proporcionar y proporcionan apoyo y un marco político.

3
Los gobiernos y los sistemas de salud son responsables de proporcionar y proporcionan un marco con todos los recursos necesarios.

4
La recopilación y el análisis de datos están totalmente incorporados a la prestación y al desarrollo de servicios.

5
Se da prioridad a **la atención de partería** en los presupuestos nacionales de salud; todas las mujeres reciben protección financiera universal.

RESPALDAR UN COMIENZO SEGURO *implica:*

- acceder en forma segura a los servicios de partería que usted elija cuando comience el trabajo de parto
- recibir atención respetuosa, preventiva y de apoyo, brindada por parteras competentes con acceso a los equipos y suministros necesarios y recibir atención obstétrica de urgencia en caso de necesidad
- participar en la toma de decisiones relacionadas con la atención que usted y su bebé recibirán
- contar con la privacidad y el espacio adecuados para vivir el parto sin molestias e intervenciones innecesarias
- recibir el apoyo de un equipo de parteras dispuestas a colaborar en el caso de que usted deba recibir atención obstétrica de urgencia

SENTAR LAS BASES PARA EL FUTURO *implica:*

- comenzar de inmediato con la lactancia materna y recibir el apoyo para continuar con ella por el tiempo que usted desee
- recibir información y apoyo para el cuidado del recién nacido durante los primeros meses y años de vida
- recibir información sobre planificación de la familia a fin de poder organizar su próximo embarazo de manera eficaz y con el tiempo necesario
- recibir el apoyo del equipo de partería para acceder a los servicios de salud familiar e infantil y a los programas de vacunación en el momento adecuado

6
La atención de partería
se presta en colaboración entre profesionales de salud, asociados y personal lego de salud.

7
La atención primaria de partería
está cerca de la mujer y su familia con servicios de remisión sin interrupciones al nivel siguiente de servicios.

8
El personal de partería
está sustentado por educación de calidad, reglamentación y gestión efectiva de recursos humanos y demás recursos.

9
Todos los profesionales de salud
son responsables de proporcionar y proporcionan atención respetuosa y de calidad.

10
Las asociaciones profesionales
proporcionan liderazgo a sus miembros para facilitar la provisión de atención de calidad.

la cohesión de políticas, deben informarse según lo más evidente: la partería es un factor propicio común para alcanzar los nuevos objetivos posteriores a 2015 en salud sexual y reproductiva y para acelerar la CSU.

Los campeones nacionales de todos los puestos — políticos, parlamentarios, hombres, mujeres, niños y niñas, empresas privadas y proveedores de salud, asociaciones profesionales, autoridades de reglamentación, encargados de formulación de políticas y planificadores — deben defender el movimiento orientado a asegurar servicios de partería disponibles, aceptables y de alta calidad. Muchas iniciativas para tal fin están en curso y pueden beneficiarse de la unión de fuerzas en respaldo de *Partería 2030* como camino hacia la salud y el bienestar y así, al cumplimiento de los derechos de la mujer.

CUADRO 4

Iniciativas y objetivos mundiales en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

LINEAMIENTOS/CAMPAÑA	AÑO OBJETIVO*	ACCIÓN (ES)/OBJETIVO(S)
Mortinatos** [77]	2020	Para países con una tasa de mortinatalidad mayor que 5 por 1.000 nacidos, la meta es reducir sus tasas de mortinatalidad al menos el 50% respecto de las tasas de 2008. Para países con una tasa de mortinatalidad actual menor que 5 por 1.000 nacidos, la meta es eliminar todos los casos de mortinatos prevenibles y cerrar las brechas de equidad.
Prevención de embarazo precoz y los resultados desfavorables de salud reproductivos entre adolescentes en países en desarrollo [16]	–	Para mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mediante la reducción de las posibilidades de embarazo precoz y sus resultados de salud desfavorables es necesario: • Reducir la cantidad de embarazos antes de los 18 años; • eliminar el matrimonio precoz y forzoso; • contemplar el abuso sexual y la violencia contra mujeres y niñas • aumentar la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que deseen prevenir embarazos; • reducir el aborto en condiciones de riesgo entre las adolescentes; • aumentar el uso de atención prenatal, durante el parto y posnatal a cargo de personal cualificado entre las adolescentes embarazadas; • prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH
Plan mundial orientado a eliminar nuevas infecciones por VIH entre niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres [78]	2015	La cantidad estimada de nuevas infecciones por VIH en niños se reduce por lo menos el 85% en cada uno de los 22 países prioritarios. La cantidad estimada de muertes relacionadas con embarazos asociados al VIH se reduce el 50%.
Planificación Familiar 2020 [66]	2020	Proporcionar información, servicios y suministros económicos sobre métodos anticonceptivos que permitan salvar vidas, a 120 millones más de mujeres y niñas en los países más pobres del mundo.
Objetivos globales 2025 para mejorar la nutrición materna, neonatal, infantil y adolescente [79]	2025	• Una reducción del 50% en los casos de anemia en mujeres en edad reproductiva. • Una reducción del 30% en los casos de bajo peso al nacer. • Aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida de por lo menos el 50%.
Una promesa renovada [80]	2035	Todos los países se comprometen a reducir las tasas de mortalidad infantil a 20 o menos muertes por 1.000 nacidos vivos.
Poner fin a la mortalidad materna prevenible [81]	2030	Reducir las tasas de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos.
Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible [82]	2030 y 2035	Reducir las muertes neonatales a menos de 12 por 1.000 nacidos vivos para 2030 y menos de 10 por 1.000 nacidos vivos para 2035. Reducir los casos de mortinatalidad a menos de 12 por 1.000 nacidos totales para 2030 y menos de 10 por 1.000 nacidos vivos para 2035.

* Nota: Los años objetivo son los indicados por las diversas iniciativas mundiales.
** Nota: "Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible" de 2014 proporciona objetivos revisados para 2030 y 2035.

RESEÑAS DE PAÍSES

Cómo utilizar las reseñas de países del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*..... 50

Afganistán....52
Angola....54
Azerbaiyán....56
Bangladesh....58
Benin....60
Bolivia....62
Botswana....64
Brasil....66
Burkina Faso....68
Burundi....70
Camboya....72
Camerún....74
Chad....76
China....78
Comoras....80
Congo....82
Côte d'Ivoire....84
Djibouti....86
Egipto....88
Eritrea....90
Etiopía....92
Gabón....94
Gambia....96
Ghana....98
Guatemala....100
Guinea....102
Guinea-Bissau....104
Haití....106
India....108
Indonesia....110
Iraq....112
Islas Salomón....114
Kenya....116
Kirguistán....118
Lesotho....120
Liberia....122
Madagascar....124
Malawi....126
Malí....128
Marruecos....130
Mauritania....132
México....134
Mozambique....136
Myanmar....138
Nepal....140
Niger....142
Nigeria....144
Pakistán....146
Papua Nueva Guinea....148
Perú....150
República Centroafricana....152
República Democrática del Congo....154
República Democrática Popular Lao....156
República Popular Democrática de Corea....158
República Unida de Tanzania....160
Rwanda....162
Santo Tomé y Príncipe....164
Senegal....166
Sierra Leone....168
Somalia....170
Sudáfrica....172
Sudán....174
Sudán del Sur....176
Swazilandia....178
Tayikistán....180
Togo....182
Turkmenistán....184
Uganda....186
Uzbekistán....188
Viet Nam....190
Yemen....192
Zambia....194
Zimbabwe....196

CÓMO UTILIZAR LAS RESEÑAS DE PAÍSES DEL INFORME

La reseña de país se diseñó para fomentar e informar el debate político sobre cómo la composición, la combinación de cualificaciones, el despliegue y el ámbito propicio del personal de partería influyen sobre la prestación de servicios de SSRMN. a todas las mujeres y recién nacidos que los necesitan. Esta guía visual describe los gráficos de las reseñas de países de 2 páginas de longitud y proporciona ejemplos de las preguntas políticas concretas que podrían suscitarse.

Primera página: ¿Dónde estamos ahora?

La primera página de la reseña de país puede utilizarse para debatir el grado de capacidad actual del personal en lo referido a la prestación de servicios de SSRMN a todas las mujeres y recién nacidos que los necesitan. Se incluyen representaciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad para facilitar estos debates. Todos los datos corresponden al año 2012.

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS?

La reseña comienza mostrando algunos de los indicadores de necesidad que deben cumplirse para alcanzar la cobertura universal. En esta sección se muestran el número de embarazos, su distribución geográfica y el volumen de servicios que deben prestarse. Otras necesidades incluyen la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y la contemplación de la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

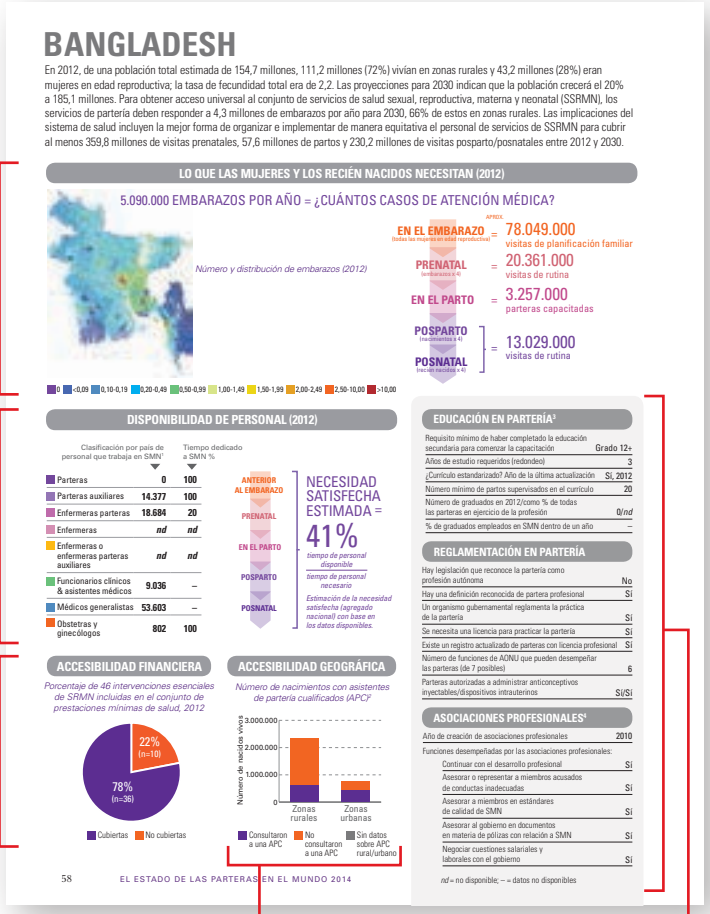
Pregunta política concreta: *¿Concuerdan la política y el ámbito de planificación del país con la cobertura universal de servicios de SSRMN, en respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos?*

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL Y NECESIDAD SATISFECHA

La reseña considera luego la cantidad de agentes de salud disponibles para satisfacer esta necesidad. Se muestran la cantidad informada (por recuento) de todos los agentes de salud y el porcentaje de tiempo que cada uno de ellos dedica a los servicios de SMN. Esta información proporciona la cantidad de agentes de salud disponibles en función de su equivalente a tiempo completo. Sólo puede construirse una representación verdadera de la disponibilidad mediante la consideración de la cantidad de agentes de salud equivalentes a tiempo completo. Los agentes de salud se agrupan por categorías, mientras que el nombre del cuadro del país al que pertenecen se incluye en la nota al pie 1.

Esta sección ofrece, además, una estimación de cómo se compara la disponibilidad de personal con la necesidad. Un porcentaje estimado del agregado nacional resume la medida en que el personal de partería disponible, teniendo en cuenta los diferentes agentes de salud que prestan cada servicio, cuenta con suficiente tiempo para proporcionar las 46 intervenciones esenciales de SSRMN a todas las mujeres y recién nacidos que las necesitan. La estimación de la necesidad satisfecha es altamente sensible al conjunto de prestaciones de salud (por ejemplo, las 46 intervenciones esenciales), la cantidad informada de agentes de salud, el porcentaje de tiempo dedicado a servicios de SSRMN y las funciones por ellos desempeñadas.

Preguntas políticas concretas: *¿Se han informado todos los cuadros que contribuyen al personal de partería, por nombre y por el porcentaje de tiempo dedicado a cada uno a los servicios de SSRMN? ¿Oculta la estimación de la necesidad satisfecha a nivel del agregado nacional las inequidades, por ejemplo, a nivel regional, o cuando se desglosa por estratos urbano/rural y socioeconómico?*



BANGLADESH

En 2012, de una población total estimada de 154,7 millones, 111,2 millones (72%) vivían en zonas rurales y 43,2 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 20% a 185,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 4,3 millones de embarazos por año para 2030, 66% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 359,8 millones de visitas prenatales, 57,6 millones de partos y 230,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

5.090.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

APROX.
EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 78.049.000 visitas de planificación familiar
PRENATAL (embarazos) = 20.361.000 visitas de rutina
EN EL PARTO = 3.257.000 parteras capacitadas
POSPARTO (nacimientos) = 13.029.000 visitas de rutina
POSNATAL (recién nacidos)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]		Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	0	100
Parteras auxiliares	14.377	100
Enfermeras parteras	18.684	20
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	9.036	–
Médicos generalistas	53.603	–
Obstetras y ginecólogos	802	100

ANTERIOR AL EMBARAZO · PRENATAL · EN EL PARTO · POSPARTO · POSNATAL

NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 41%
tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*
Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012
22% (n=10)
78% (n=36)
Cubiertas · No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA
Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]
Número de nacidos vivos: 3.000.000 · 2.000.000 · 1.000.000 · 0
Zonas rurales · Zonas urbanas
Consultaron a una APC · No consultaron a una APC · Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

Año de creación de asociaciones profesionales	2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

58 EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO 2014

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Aunque la cantidad de agentes de salud disponibles sea suficiente, es posible que los servicios prestados por ellos no sean asequibles. Este gráfico muestra el número de las 46 intervenciones esenciales de SSRMN que se incluyen en el conjunto de prestaciones mínimas garantizadas de cada país y que se proporcionan gratis en el punto de acceso, como indicación del grado de protección financiera ofrecida a las mujeres y los recién nacidos para acceder a los servicios de SSRMN.

Preguntas políticas concretas: *¿Se asegura el conjunto de prestaciones mínimas garantizadas a todas las mujeres independientemente de su situación económica? ¿Existen planes nacionales para prestar un conjunto de servicios de SSRMN que incluya y supere las 46 intervenciones esenciales?*

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Los agentes de salud, y el establecimiento desde el que trabajan, pueden no estar distribuidos de manera uniforme respecto de la necesidad. Este gráfico muestra el número de nacimientos en zonas urbanas en comparación con zonas rurales para indicar la necesidad geográfica de servicios de SSRMN. Cuando hay datos disponibles, el gráfico muestra, además, el número de nacimientos en los que se informó que había una partera capacitada disponible. Esto proporciona una medida indicativa de la accesibilidad al personal.

Pregunta política concreta: *¿Existe una diferencia marcada respecto del acceso al personal de partería en zonas urbanas y rurales y qué medidas políticas pueden tomarse para contemplarla?*

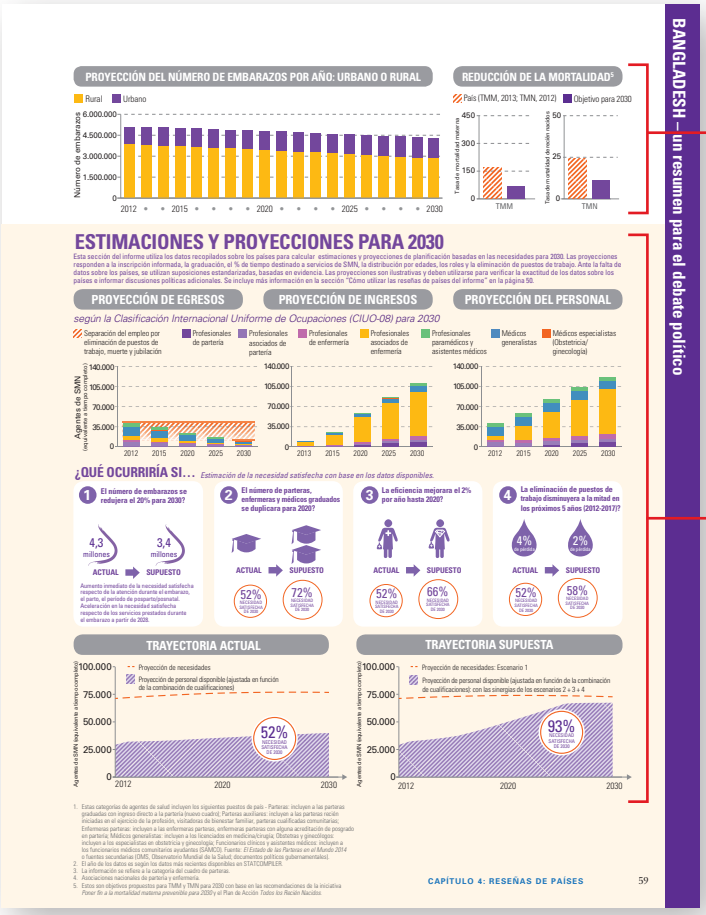
EDUCACIÓN, REGLAMENTACIÓN, ASOCIACIÓN

La educación, la reglamentación y las asociaciones profesionales son todos elementos cruciales para respaldar a los agentes de salud en la prestación de atención de partería de calidad. Esta sección proporciona información sobre la fuerza del ámbito propicio dentro de un país.

Pregunta política concreta: *¿Cumple el ámbito propicio para los agentes de salud y los servicios médicos de calidad con las normas nacionales e internacionales, y de no ser así, dónde puede lograrse un progreso?*

Segunda página: ¿Qué podría ocurrir para el 2030?

La segunda página de la reseña de país tiene por objeto fomentar el debate político sobre la evolución futura del personal de partería en comparación con la escala futura de necesidad de la población. La última sección, "Estimaciones y proyecciones para 2030", compara la disponibilidad futura del personal sanitario y las necesidades futuras de servicios de SSRMN en diversos escenarios. Dada la falta de datos disponibles en algunos países, este análisis debe considerarse como un punto de partida para el debate político (incluso en torno a la disponibilidad y calidad de los datos nacionales) y no como una declaración de hecho.



PROYECCIÓN DE EMBARAZOS Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD

Alcanzar una cobertura universal implica anticiparse y responder a las necesidades futuras. Esta sección muestra la evolución de la necesidad (expresada como el número anual de embarazos en zonas urbanas y rurales) en el período 2012 a 2030. Otras necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva se determinarán mediante los cambios en las cantidades de mujeres en edad reproductiva, incluida la cantidad de adolescentes.

La sección proporciona, además, una indicación de los objetivos respecto de la reducción de la mortalidad materna y neonatal, según lo propuesto en la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de *Acción Todos los Recién Nacidos*. Estos objetivos propuestos están sujetos a las decisiones y prioridades políticas nacionales.

Preguntas políticas concretas: *¿Existe alguna oportunidad en su país de contemplar la necesidad insatisfecha de planificación familiar y así reducir el número anual de embarazos? ¿Cuál es el impacto del cambio de población urbana/rural sobre la selección, educación y despliegue del personal de partería? ¿Cuáles son las implicaciones del personal de partería para alcanzar las reducciones aceleradas de las tasas de mortalidad materna y neonatal para 2030?*

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

Esta sección ilustra la posible evolución del personal de partería bajo las presunciones "habituales" y conforme a los diferentes escenarios políticos.

La primera fila de tres gráficos considera el número de agentes de salud que ingresarán y egresarán de la fuerza de trabajo en el período 2012 a 2030. El gráfico ubicado a la izquierda ilustra cómo el número equivalente a tiempo completo de agentes de salud se reducirá con el transcurso del tiempo, y el área sombreada representa los "egresos" durante este período. El gráfico ubicado en el centro identifica los ingresos desde instituciones educativas nacionales, y el tercer gráfico ubicado a la derecha muestra el efecto acumulativo de ingresos y egresos.

Los escenarios "¿Qué ocurriría si…" se presentan como ejemplos. Ilustran el posible impacto de las decisiones políticas y demuestran los cambios en la necesidad satisfecha que podrían hacerse realidad mediante los cuatro diferentes escenarios: reducción del número de embarazos anuales, aumento del suministro de parteras, enfermeras y médicos, desarrollo de la eficiencia y reducción del abandono voluntario de la fuerza. Los dos gráficos que aparecen en la parte inferior destacan la diferencia entre "habitual" y la combinación de los escenarios políticos. Los cambios en la necesidad satisfecha se basan en los datos informados de los países y en un conjunto estándar de reglas de decisión incluidas en el Anexo 5.

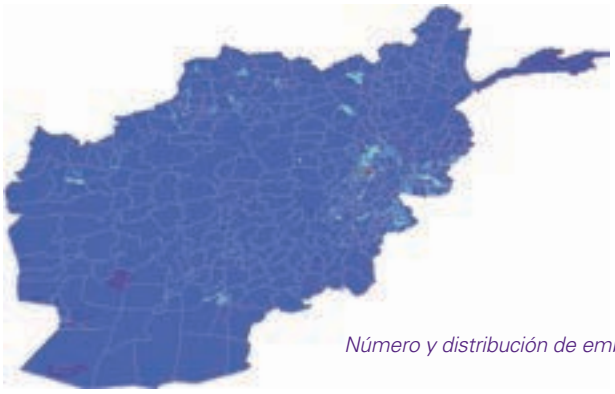
Preguntas políticas concretas: *¿Cuáles son las oportunidades de mejorar la eficiencia y la gestión del personal de partería actual? ¿Cuál es la rotación del personal de partería hoy en día, y existen mecanismos instaurados que permitan captar todos los egresos y comprender la razón por las cual los agentes de salud abandonan la fuerza? ¿Cuáles son las prioridades políticas nacionales de la combinación de cualificaciones y el despliegue del personal de partería y cómo impactará esto sobre la necesidad satisfecha?*

AFGANISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 29,8 millones, 23,5 millones (79%) vivían en zonas rurales y 6,5 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 46% a 43,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,6 millones de embarazos por año para 2030, 73% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 117,8 millones de visitas prenatales, 20,3 millones de partos y 81,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.573.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 10.953.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 6.291.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.085.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 4.341.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	3.500	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	4.200	12
Obstetras y ginecólogos	400	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

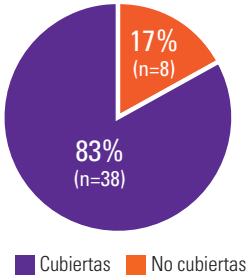
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 23%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

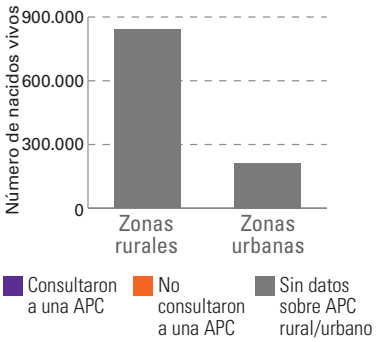
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	25
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	95%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

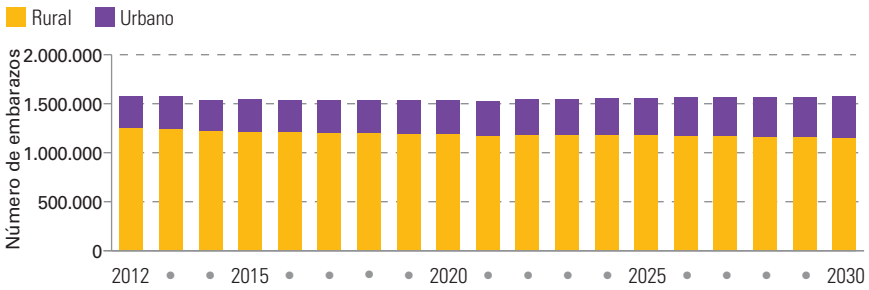
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

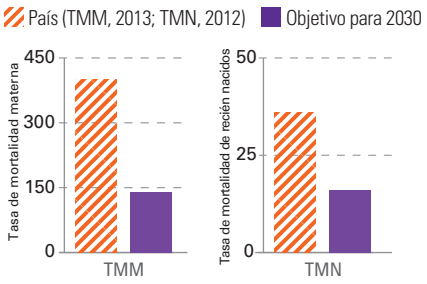
Año de creación de asociaciones profesionales	2005
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

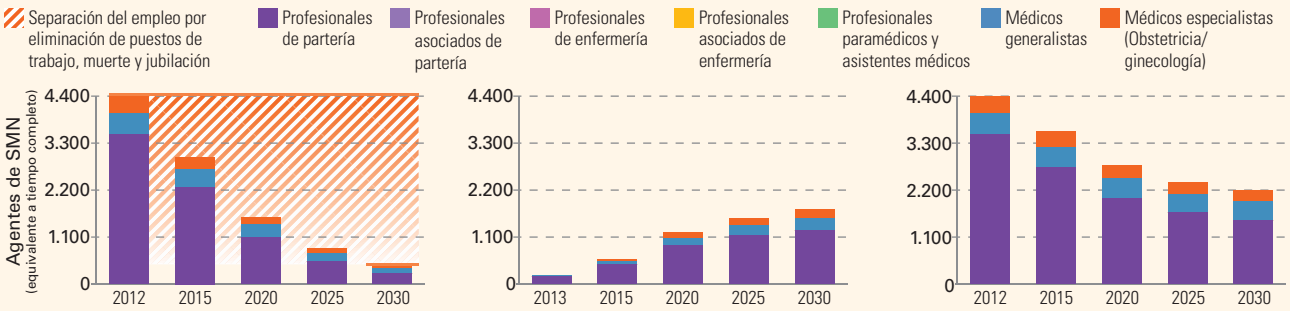
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



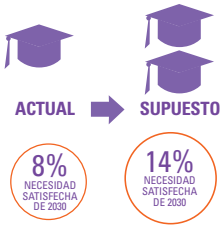
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

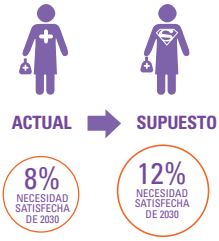
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

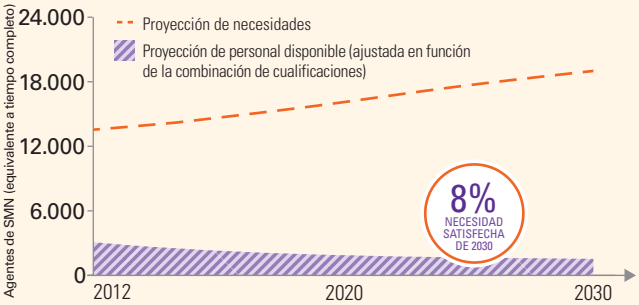


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

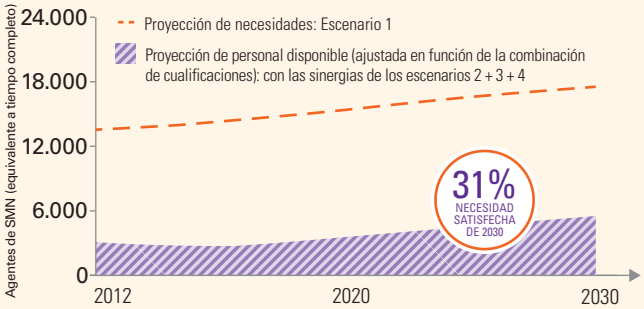


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



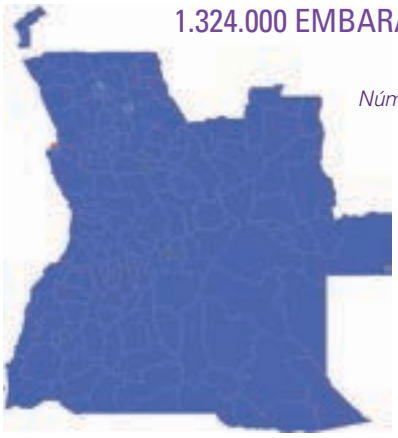
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

ANGOLA

En 2012, de una población total estimada de 20,8 millones, 12,5 millones (60%) vivían en zonas rurales y 4,6 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 67% a 34,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,8 millones de embarazos por año para 2030, 60% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 117,4 millones de visitas prenatales, 21,3 millones de partos y 85,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.324.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 8.876.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 5.295.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 962.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 3.847.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	30	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	70	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.050	100
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	15	100
Médicos generalistas	2.956	30
Obstetras y ginecólogos	500	99

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

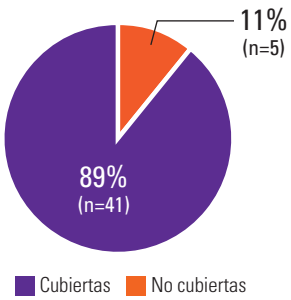
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 16%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

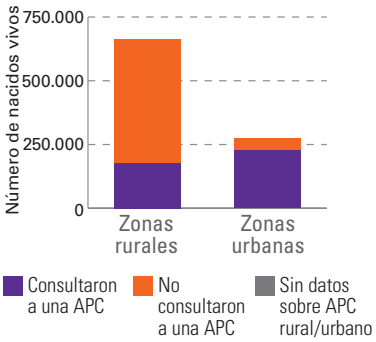
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, –
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	70%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

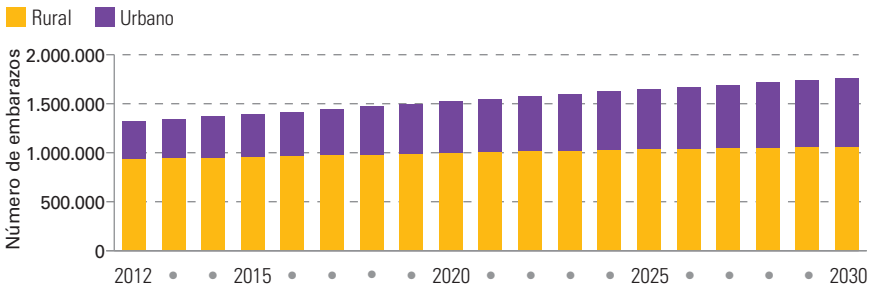
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

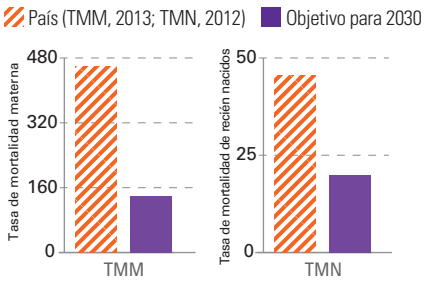
Año de creación de asociaciones profesionales	2000, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

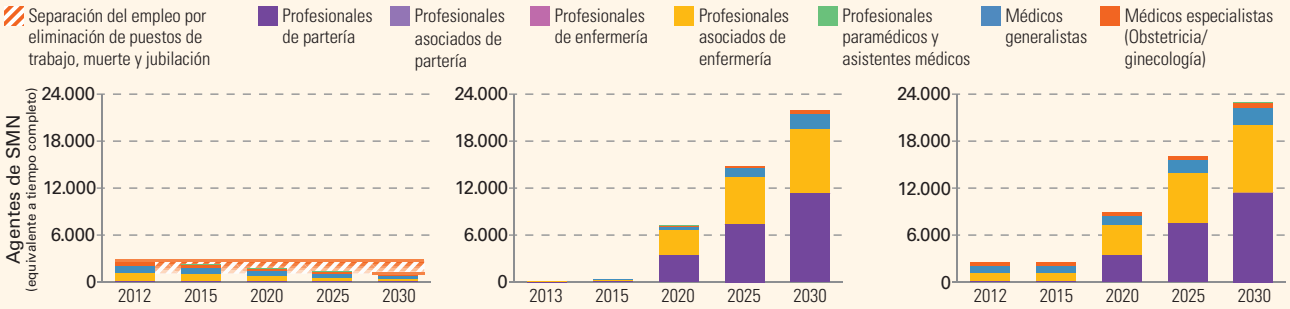
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

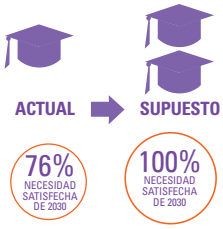


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

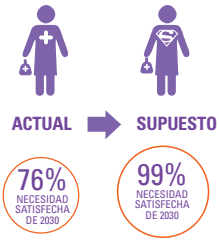
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

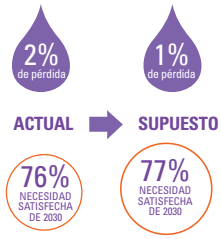
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



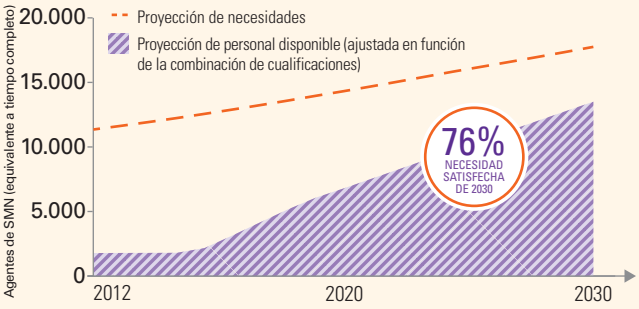
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a los licenciados em enfermagem; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeiras parteiras especializadas; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeiras auxiliares; Médicos generalistas: incluyen a los médicos de clínica geral; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos de ginecologia e obstetrícia; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los licenciados em enfermagem e pós-graduados em ginecologia obstetrícia. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

AZERBAIYÁN

En 2012, de una población total estimada de 9,3 millones, 5,4 millones (58%) vivían en zonas rurales y 2,7 millones (29%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 1,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 13% a 10,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,2 millones de embarazos por año para 2030, 53% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 15 millones de visitas prenatales, 2,8 millones de partos y 11,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

234.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.884.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 936.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 176.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 703.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	5.831	100
Parteras auxiliares	2.533	100
Enfermeras parteras	2.200	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	8.604	100
Obstetras y ginecólogos	2.005	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

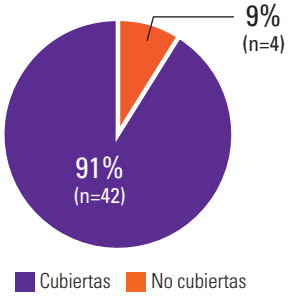
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 100%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

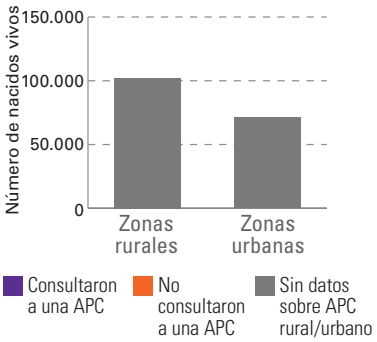
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	5
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2009
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	5
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	356/6
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	64%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

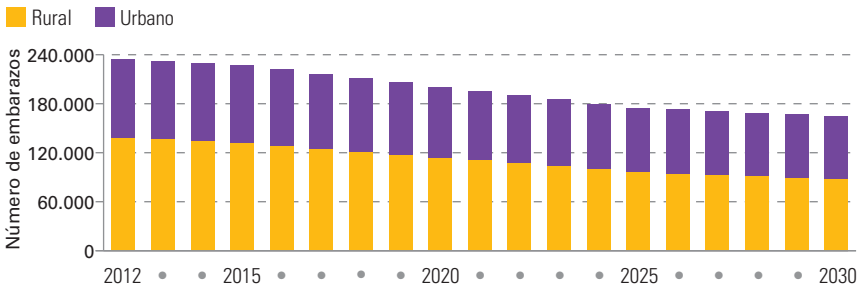
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	3
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

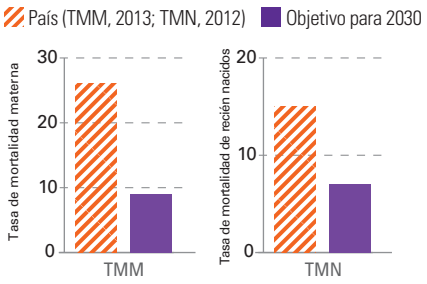
Año de creación de asociaciones profesionales	2001
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

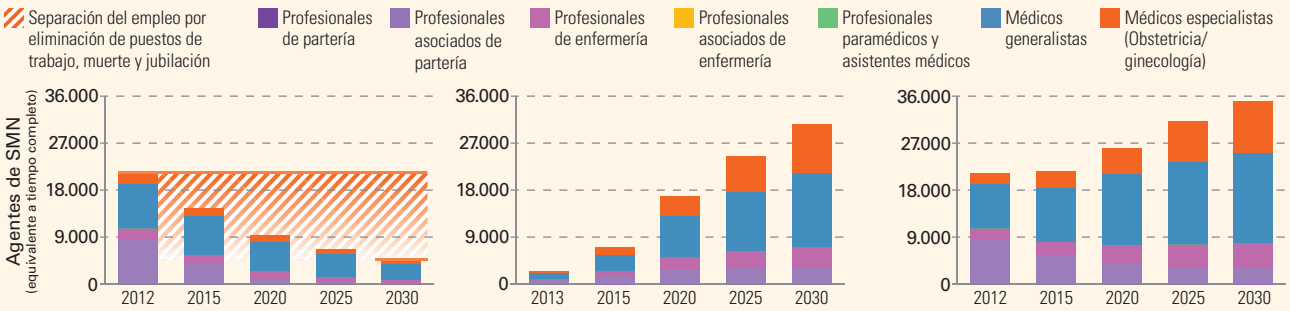
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,16 millones → 0,13 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

4 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

12% de pérdida → 6% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA

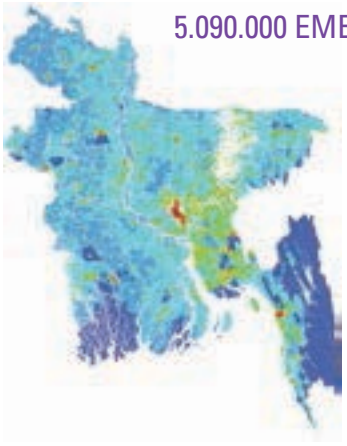
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las profesionales asociadas en partería; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

BANGLADESH

En 2012, de una población total estimada de 154,7 millones, 111,2 millones (72%) vivían en zonas rurales y 43,2 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 20% a 185,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 4,3 millones de embarazos por año para 2030, 66% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 359,8 millones de visitas prenatales, 57,6 millones de partos y 230,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

5.090.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

- **EN EL EMBARAZO** (todas las mujeres en edad reproductiva) = 78.049.000 visitas de planificación familiar
- **PRENATAL** (embarazos x 4) = 20.361.000 visitas de rutina
- **EN EL PARTO** = 3.257.000 parteras capacitadas
- **POSPARTO** (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 13.029.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	0	100
Parteras auxiliares	14.377	100
Enfermeras parteras	18.684	20
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	9.036	–
Médicos generalistas	53.603	–
Obstetras y ginecólogos	802	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

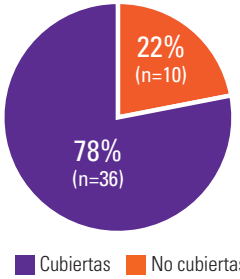
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 41%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

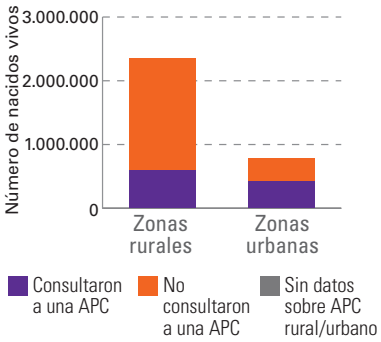
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

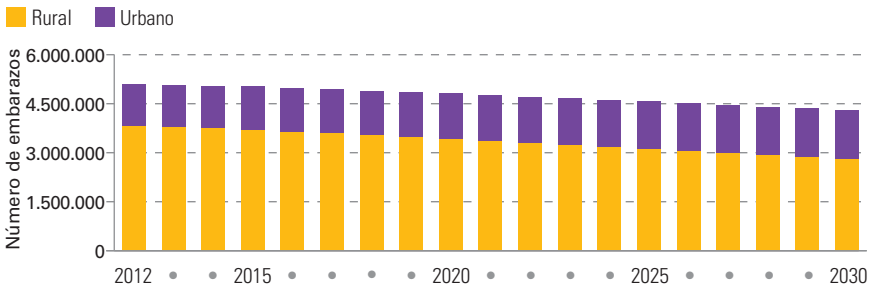
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

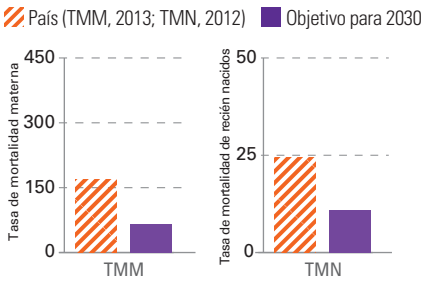
Año de creación de asociaciones profesionales	2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

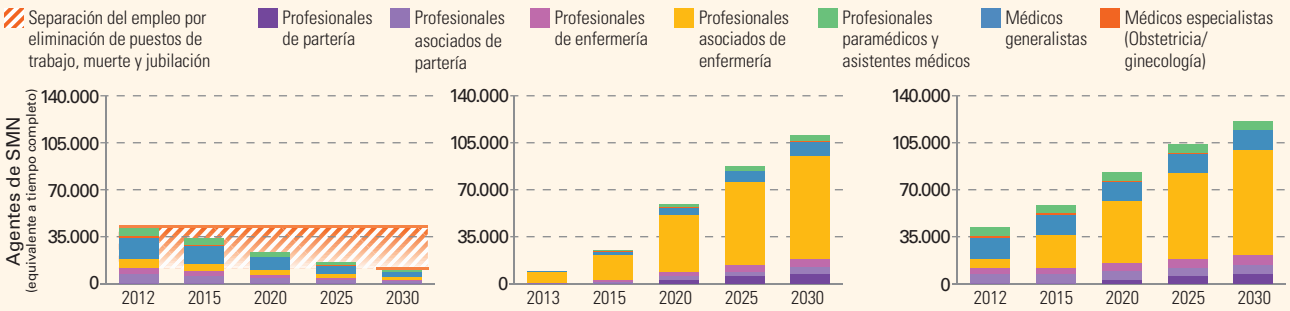
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

4,3 millones → 3,4 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

52% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 72% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

52% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 66% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

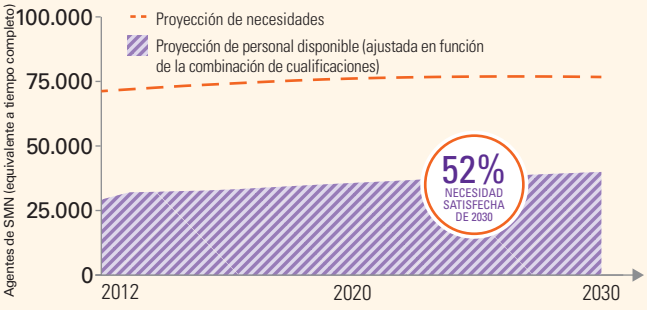
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

52% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 58% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras graduadas con ingreso directo a la partería (nuevo cuadro); Parteras auxiliares: incluyen a las parteras recién iniciadas en el ejercicio de la profesión, visitadoras de bienestar familiar, parteras cualificadas comunitarias; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras, enfermeras parteras con alguna acreditación de posgrado en partería; Médicos generalistas: incluyen a los licenciados en medicina/cirugía; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los especialistas en obstetricia y ginecología; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios médicos comunitarios ayudantes (SAMCO). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

BENIN

En 2012, de una población total estimada de 10,1 millones, 6,5 millones (64%) vivían en zonas rurales y 2,4 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 54% a 15,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,6 millones de embarazos por año para 2030, 59% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 43,4 millones de visitas prenatales, 8,1 millones de partos y 32,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

508.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.124.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.033.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 381.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.524.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	943	81
Parteras auxiliares	5.462	53
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	1.156	51
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	149	24
Obstetras y ginecólogos	26	76

ANTERIOR AL EMBARAZO · **PRENATAL** · **EN EL PARTO** · **POSPARTO** · **POSNATAL**

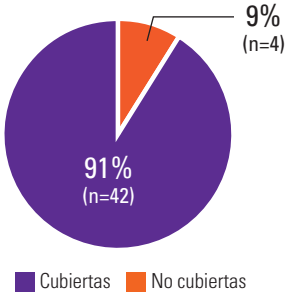
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = **38%**

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

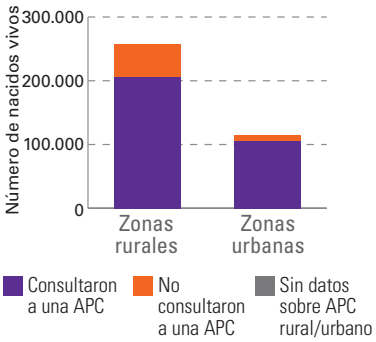
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	40
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

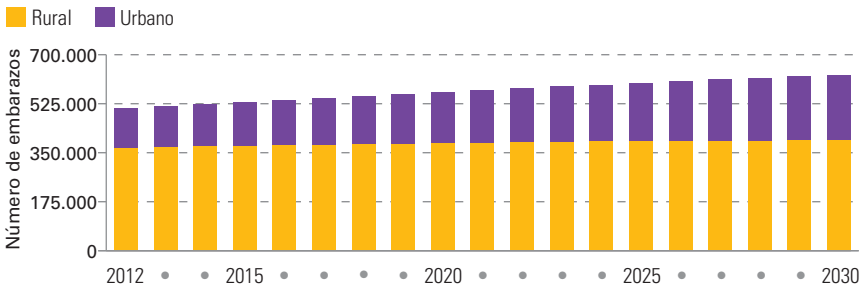
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

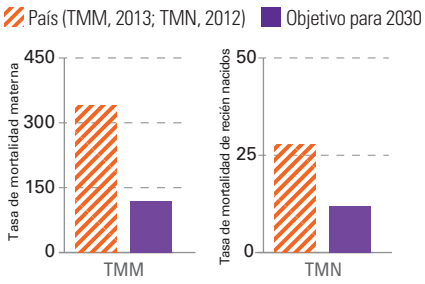
Año de creación de asociaciones profesionales	1990, 2008
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

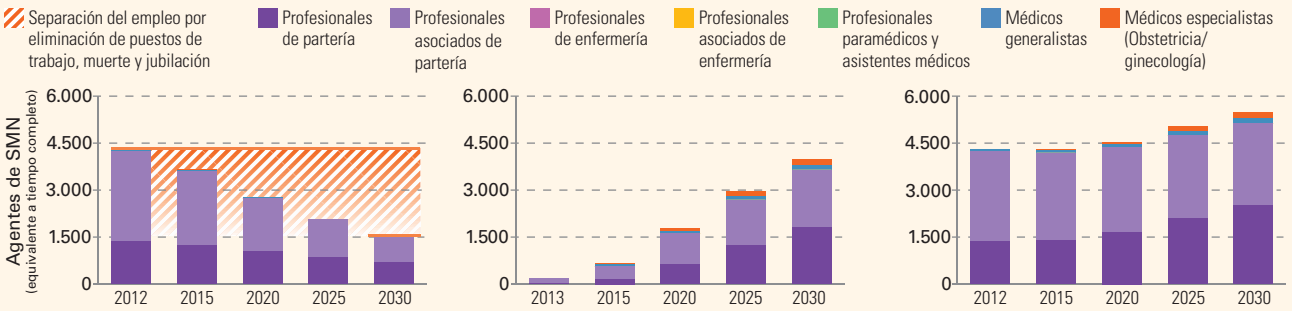
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



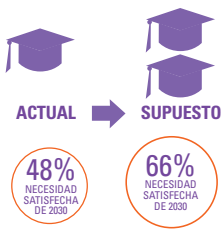
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

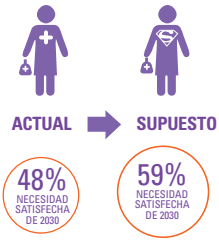
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

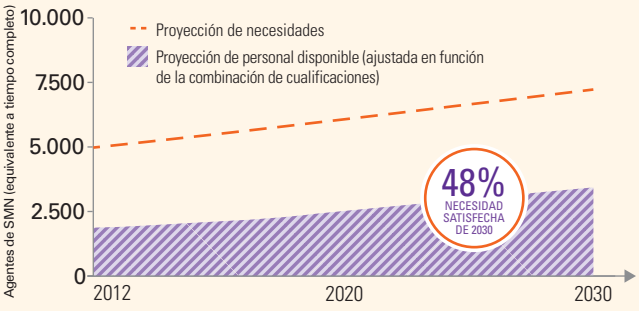


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

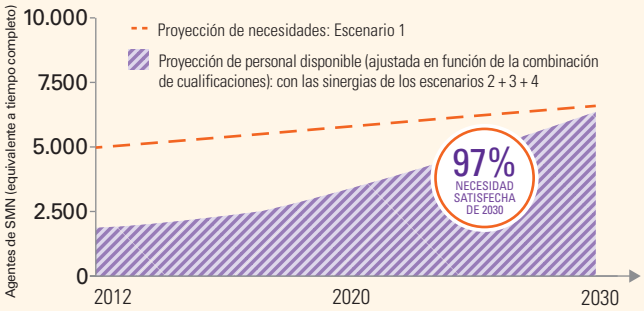


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes; Parteras auxiliares: incluyen a las aides-soignantes; Enfermeras: incluyen a las infirmières diplômées d'etat; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

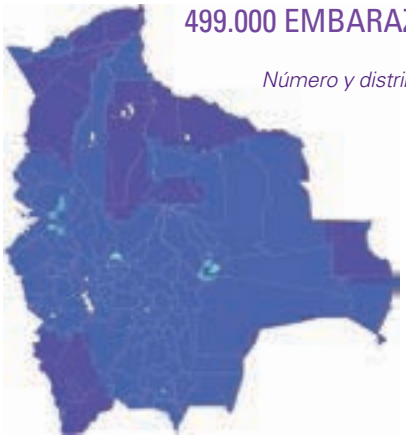
BOLIVIA

En 2012, de una población total estimada de 10,5 millones, 6,7 millones (64%) vivían en zonas rurales y 2,7 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 30% a 13,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,5 millones de embarazos por año para 2030, 68% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 39,3 millones de visitas prenatales, 5,5 millones de partos y 22 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

499.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.654.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.997.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 279.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.115.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	15	60
Parteras auxiliares	7.324	15
Enfermeras parteras	10	60
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.550	30
Obstetras y ginecólogos	1.016	60

ANTERIOR AL EMBARAZO – **PRENATAL** – **EN EL PARTO** – **POSPARTO** – **POSNATAL**

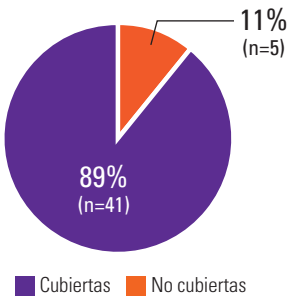
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 29%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

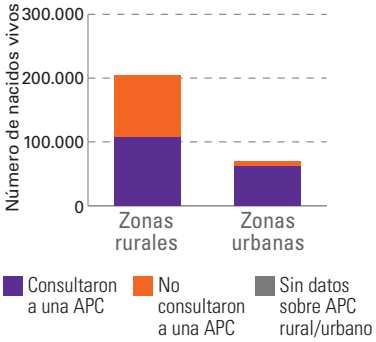
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	5
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	60
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

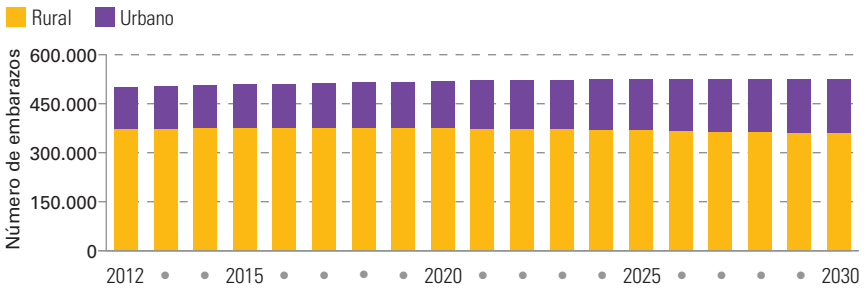
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

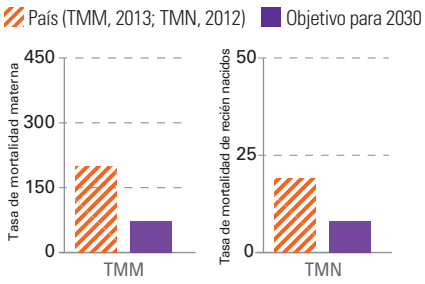
Año de creación de asociaciones profesionales	1952
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

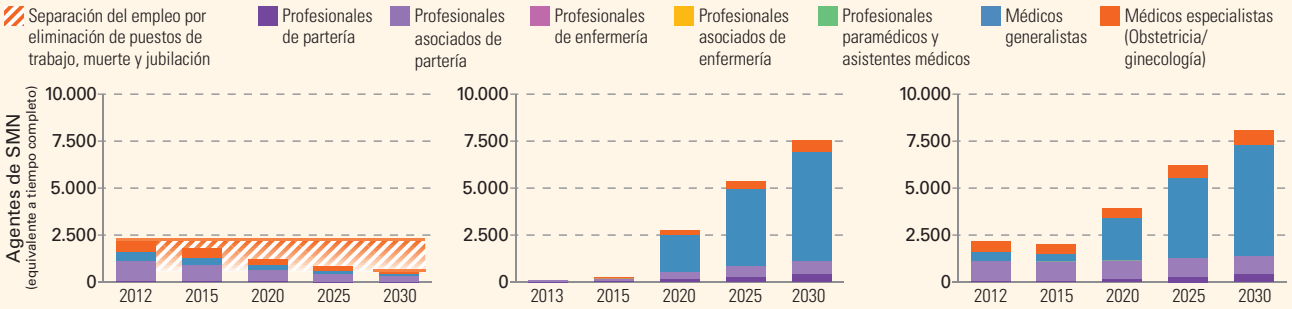
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

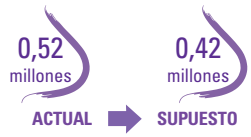
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

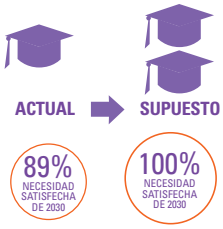
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

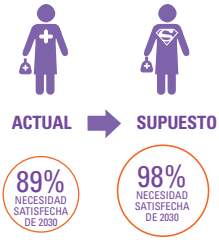


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

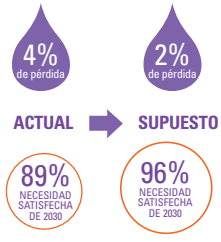
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



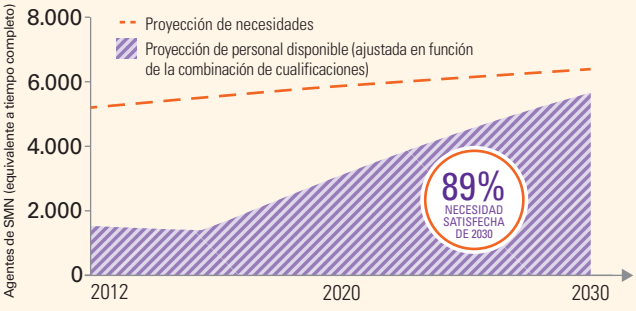
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



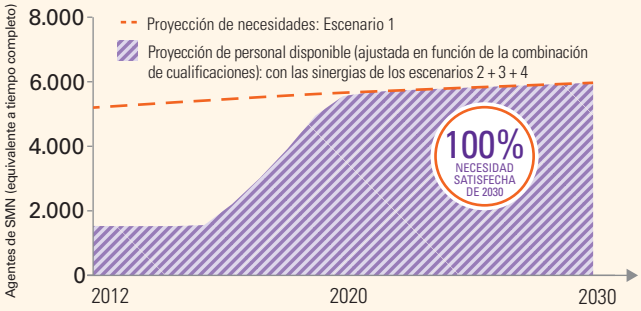
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Parteras auxiliares: incluyen a los auxiliares de enfermería; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras obstétricas; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras: enfermeras obstétricas.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de *Acción Todos los Recién Nacidos*.

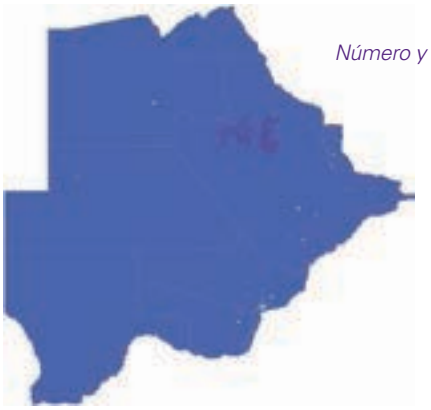
BOTSWANA

En 2012, de una población total estimada de 2 millones, 1 millones (52%) vivían en zonas rurales y 0,5 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 17% a 2,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,06 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 4,8 millones de visitas prenatales, 0,9 millones de partos y 3,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

65.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 1.154.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 260.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 48.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 194.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	1.501	80
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	–	80
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	591	60
Obstetras y ginecólogos	3	80

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

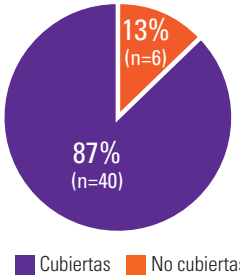
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 41%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

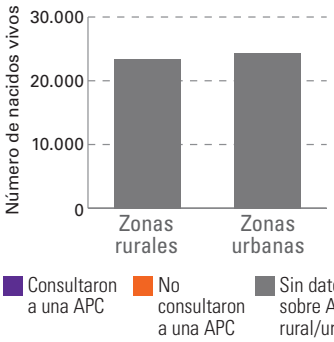
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	52
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	98/7
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

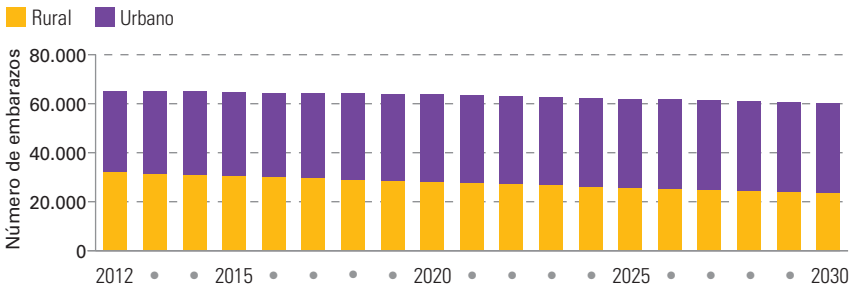
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

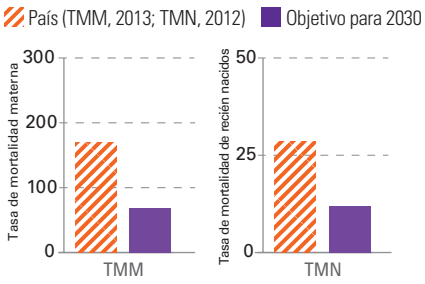
Año de creación de asociaciones profesionales	2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

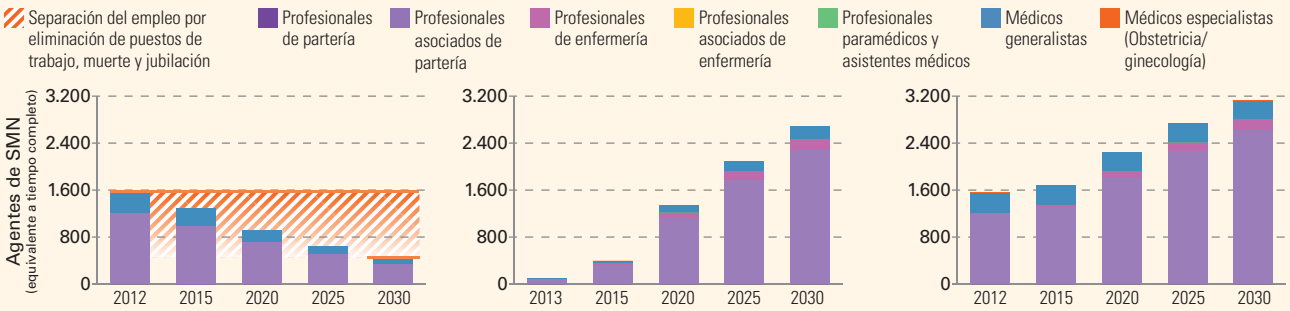
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,06 millones → 0,05 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

47% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

47% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 59% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

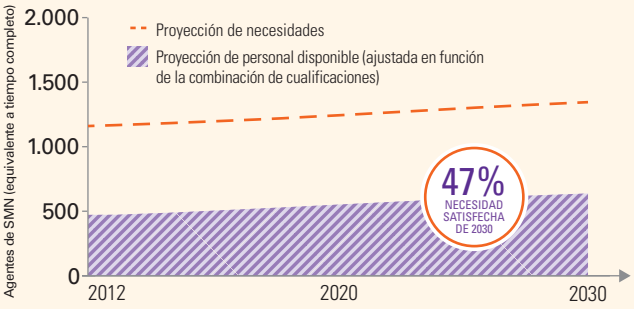
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

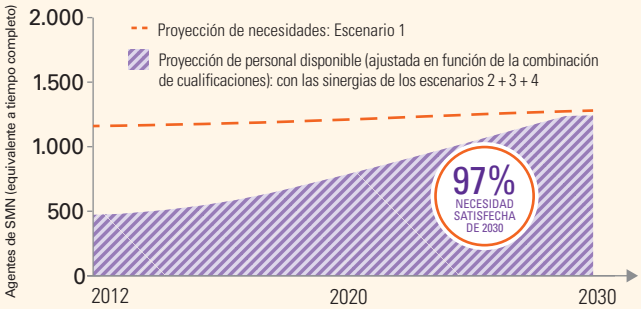
ACTUAL → SUPUESTO

47% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 52% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras comunitarias; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

BRASIL

En 2012, de una población total estimada de 198,7 millones, 78,6 millones (40%) vivían en zonas rurales y 54,6 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 1,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 12% a 222,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 4,5 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 369,1 millones de visitas prenatales, 55,4 millones de partos y 221,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

5.151.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

- **EN EL EMBARAZO** (todas las mujeres en edad reproductiva) = 120.438.000 visitas de planificación familiar
- **PRENATAL** (embarazos x 4) = 20.605.000 visitas de rutina
- **EN EL PARTO** = 3.094.000 parteras capacitadas
- **POSPARTO** (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 12.377.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.981	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	909.610	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	528.483	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	167.225	–
Obstetras y ginecólogos	22.815	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

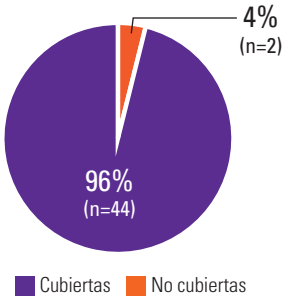
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 100%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

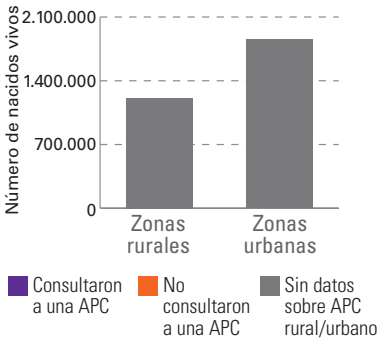
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

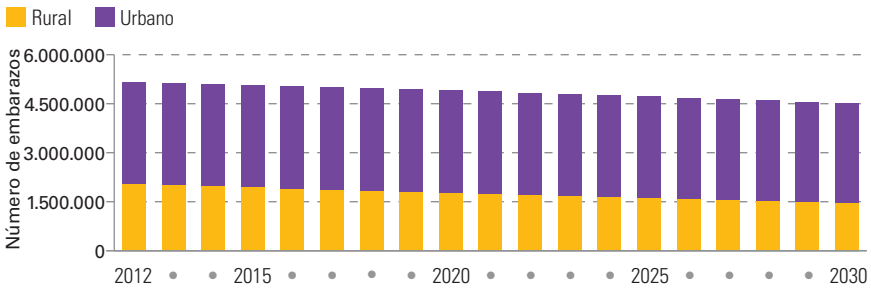
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

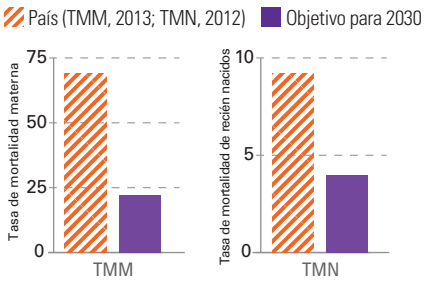
Año de creación de asociaciones profesionales	1926, 1995, 2001
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

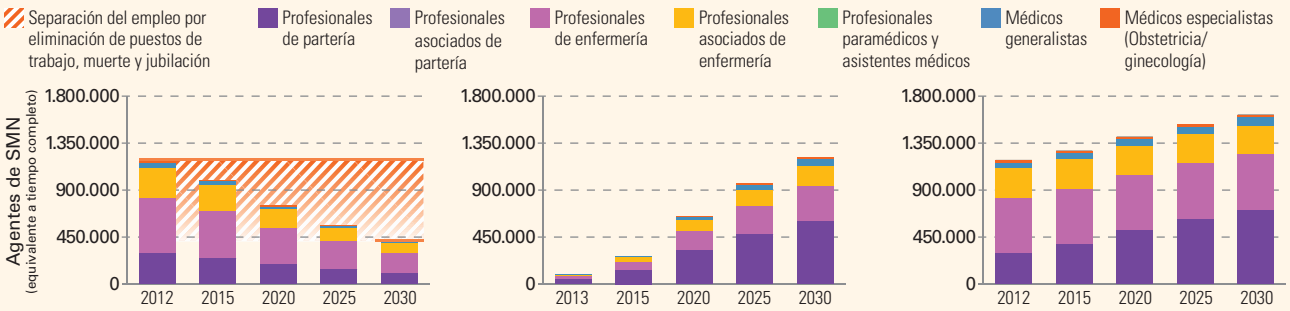
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



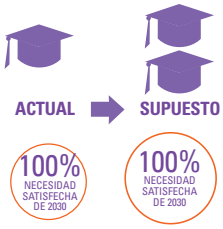
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

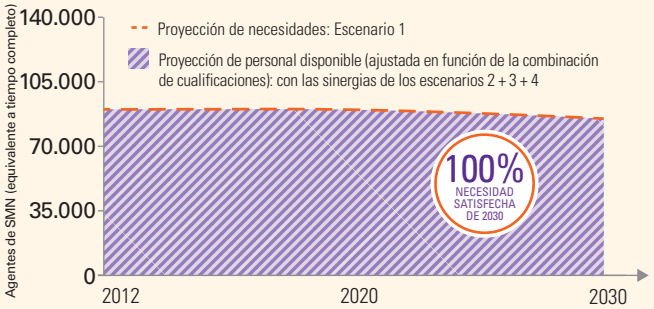


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a los obstetras, enfermeras obstétricas; Enfermeras: incluyen a las enfermeras generalistas, las enfermeras de salud familiar; las enfermeras especializadas, las técnicas en enfermería; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las asistentes de enfermería; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales, cirujanos generales, y médicos de familia; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

BURKINA FASO

En 2012, de una población total estimada de 16,5 millones, 11,4 millones (69%) vivían en zonas rurales y 3,8 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 61% a 26,6 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,2 millones de embarazos por año para 2030, 64% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 83,8 millones de visitas prenatales, 15,2 millones de partos y 60,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

967.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 6.351.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.868.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 701.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.805.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	1.316	100
Parteras auxiliares	3.130	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	3.158	30
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	31	100
Médicos generalistas	360	30
Obstetras y ginecólogos	86	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

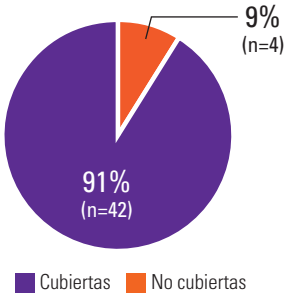
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 37%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

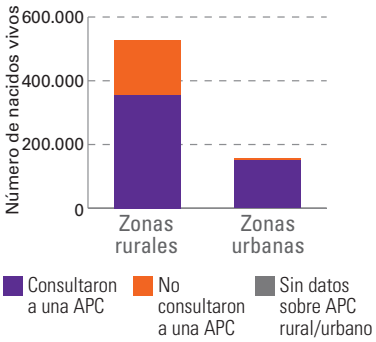
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	100
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	343/26
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	80%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

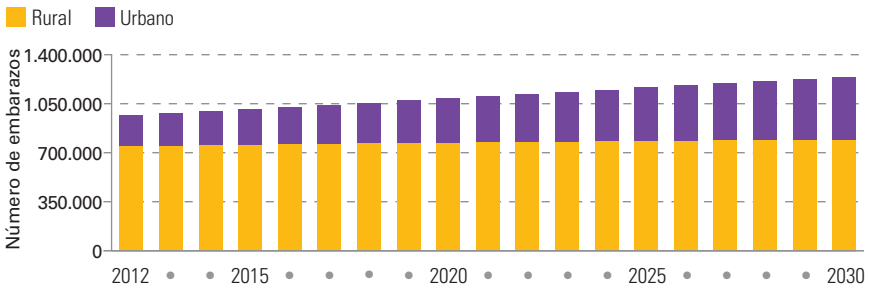
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

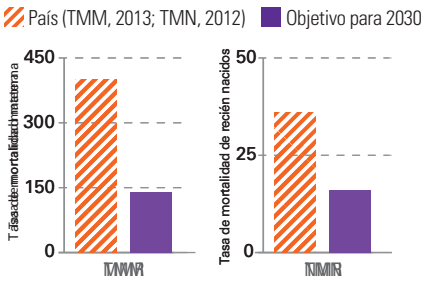
Año de creación de asociaciones profesionales	1973, 1997
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

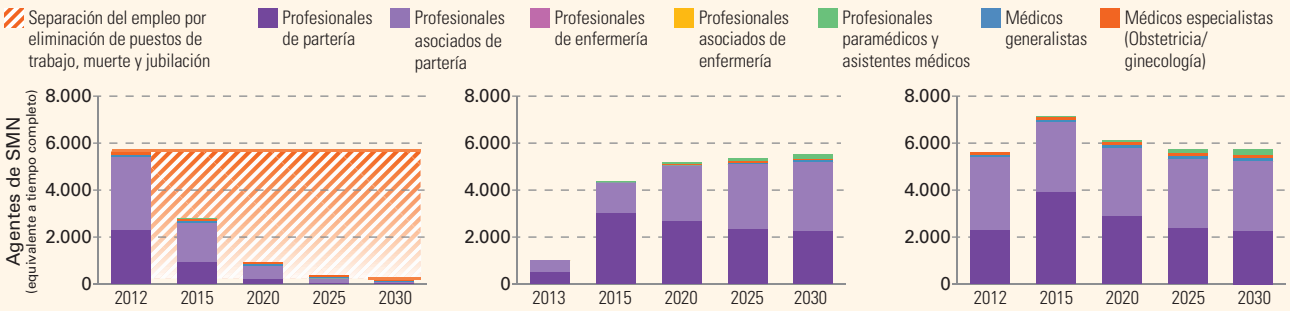
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

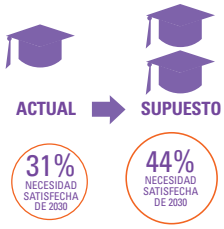


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

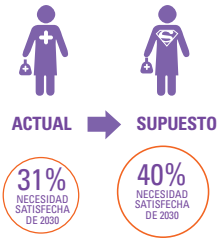
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

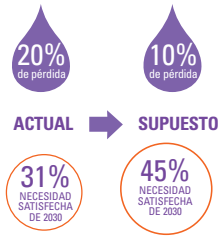
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



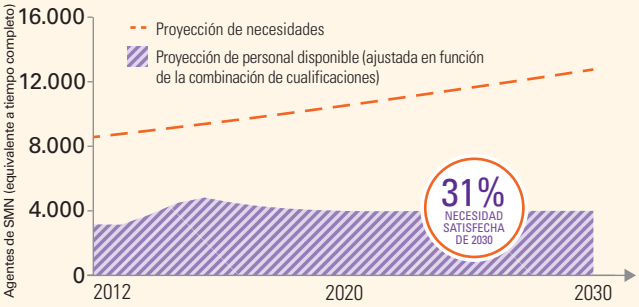
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



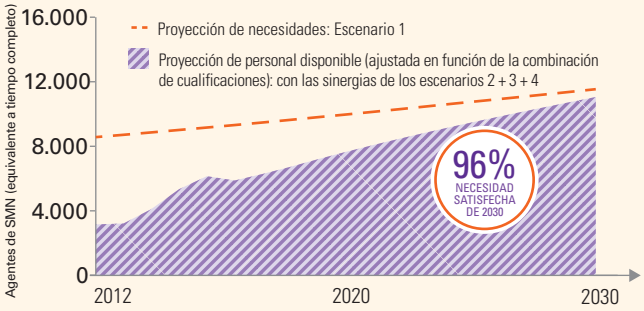
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



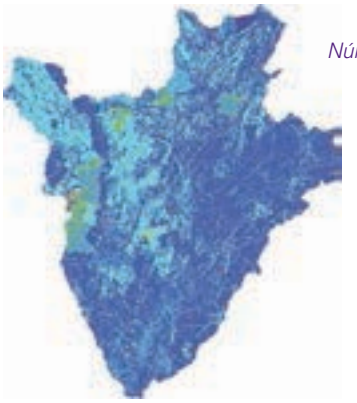
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes et maïeuticiens; Parteras auxiliares: incluyen a las accoucheuses auxiliares et accoucheuses brevetées; Enfermeras: incluyen a las infirmières d'etat; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médecins spécialistes (obstétrique/gynécologie); Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los attachés de santés en soins obstétricaux et gynécologies. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

BURUNDI

En 2012, de una población total estimada de 9,8 millones, 8,7 millones (89%) vivían en zonas rurales y 2,4 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 66% a 16,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,8 millones de embarazos por año para 2030, 85% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 54 millones de visitas prenatales, 9,9 millones de partos y 39,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

622.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.459.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.489.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 457.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.827.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	35	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	5.424	100
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	–	100
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	430	100
Obstetras y ginecólogos	21	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

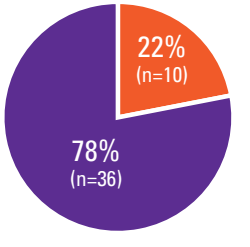
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 74%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

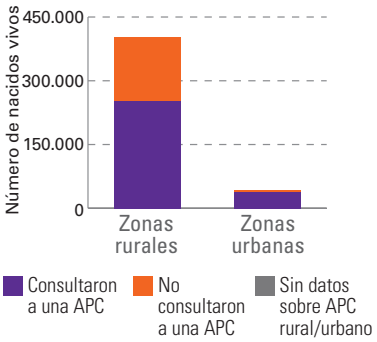
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	240
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	22/63
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

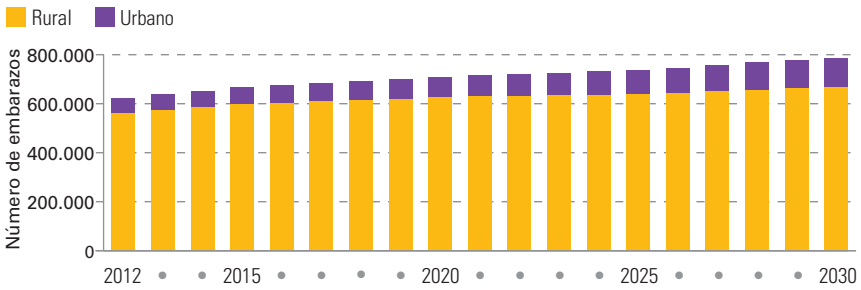
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

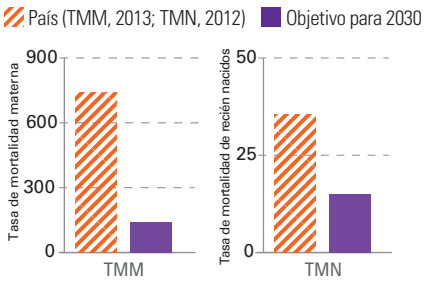
Año de creación de asociaciones profesionales	2006, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

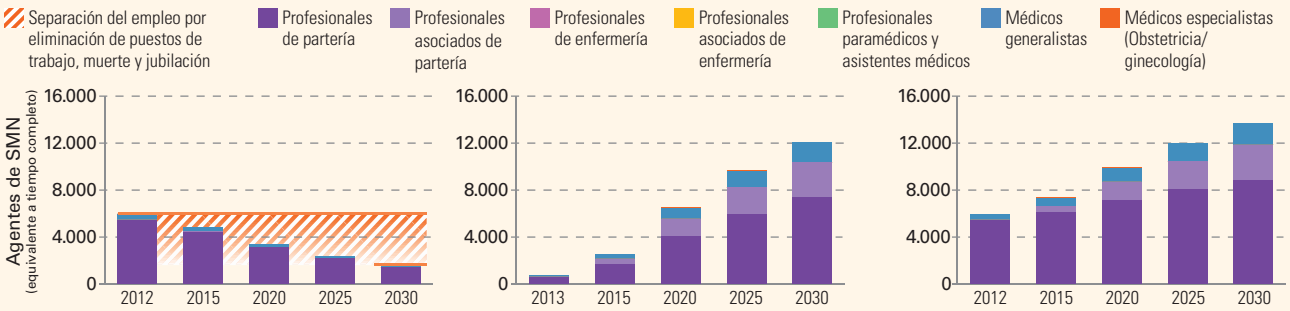
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

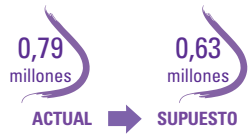
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

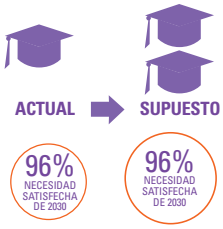
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

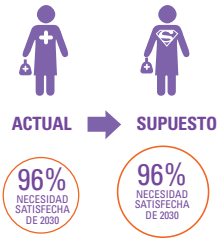


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

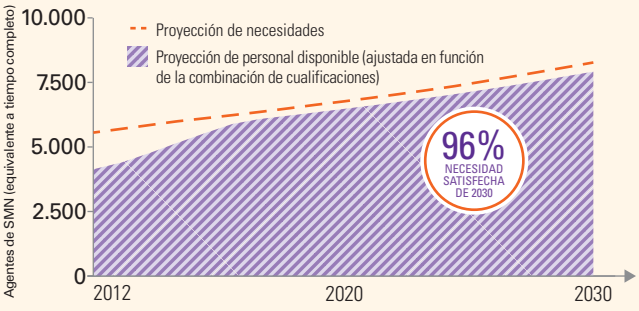


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

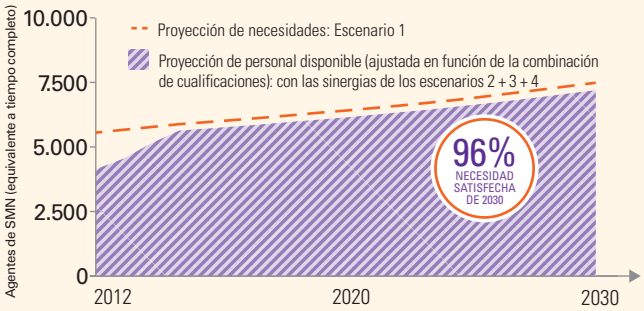


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



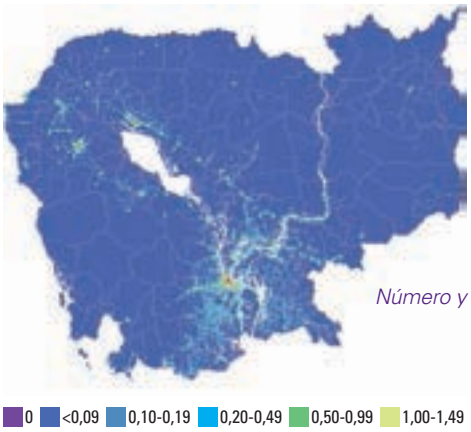
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages femmes; Enfermeras: incluyen a las infirmières; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las infirmières auxiliaires; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynécologues obstétriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CAMBODIA

En 2012, de una población total estimada de 14,9 millones, 12,3 millones (83%) vivían en zonas rurales y 4,1 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 29% a 19,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,6 millones de embarazos por año para 2030, 84% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 50,1 millones de visitas prenatales, 7,3 millones de partos y 29,1 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

698.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 7.062.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.790.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 405.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.620.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.792	100
Parteras auxiliares	2.336	100
Enfermeras parteras	–	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	3.219	40
Obstetras y ginecólogos	–	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

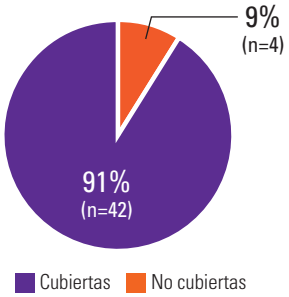
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 56%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

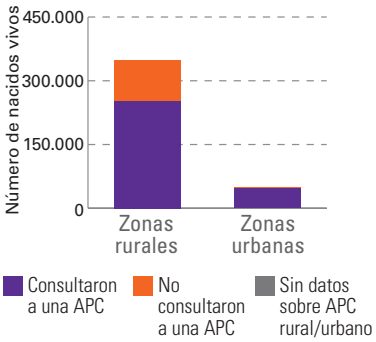
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	413/15
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	95%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

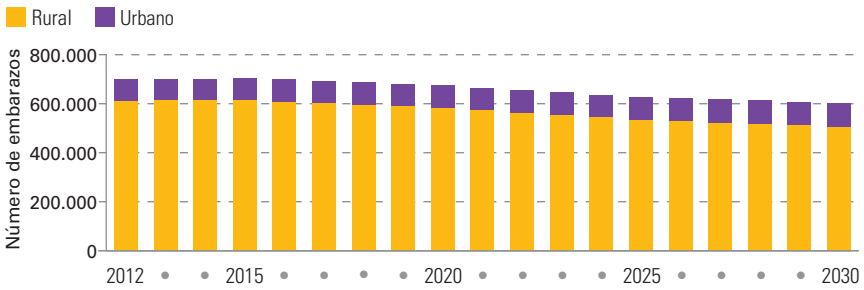
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

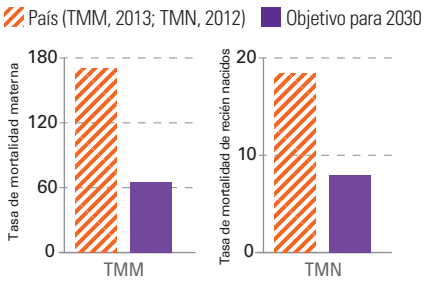
Año de creación de asociaciones profesionales	1994
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

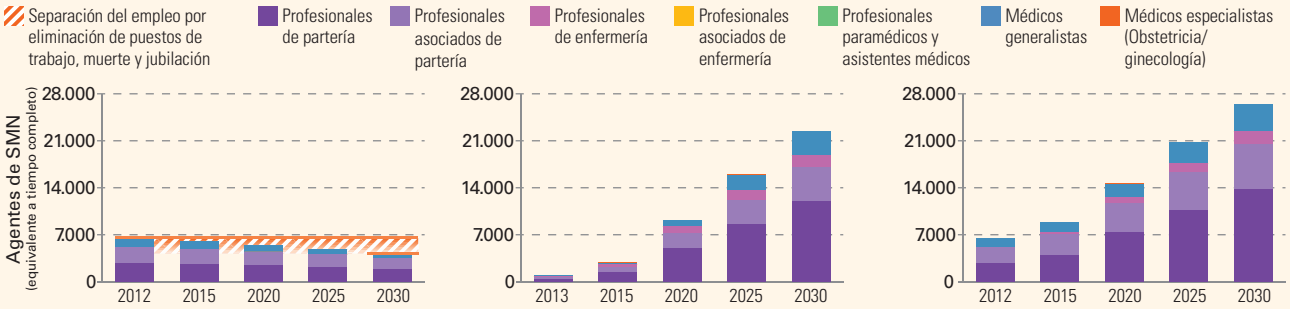
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

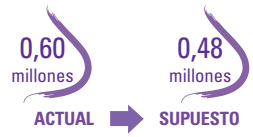
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



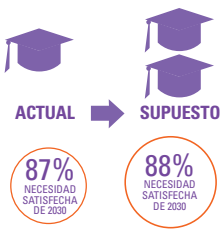
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

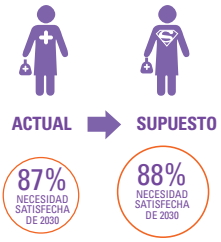


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

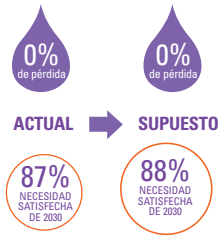
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



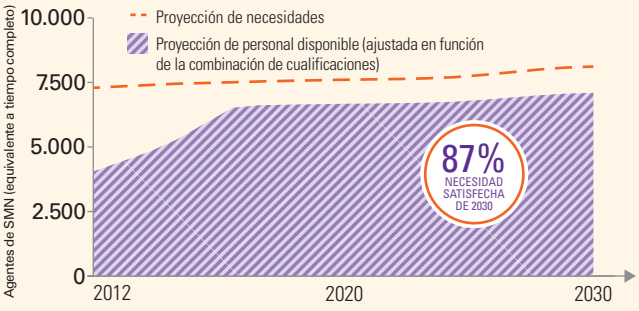
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras primarias; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CAMERÚN

En 2012, de una población total estimada de 21,7 millones, 11,7 millones (54%) vivían en zonas rurales y 5,1 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 52% a 33,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,4 millones de embarazos por año para 2030, 52% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 94,7 millones de visitas prenatales, 17,7 millones de partos y 71 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.126.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 9.102.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.505.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 844.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.376.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	127	90
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	27	45
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.300	90
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.420	25
Obstetras y ginecólogos	140	60

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

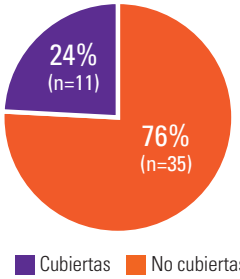
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 11%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

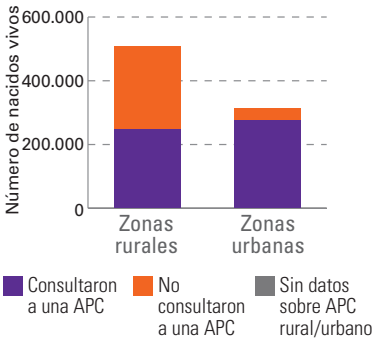
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	85
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	0%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

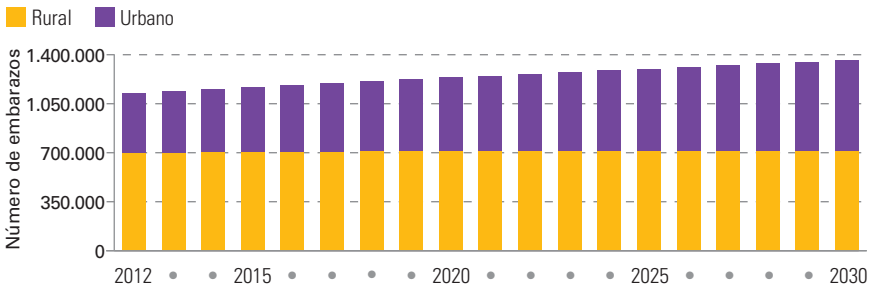
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

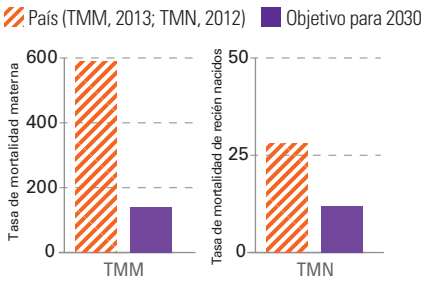
Año de creación de asociaciones profesionales	2008
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

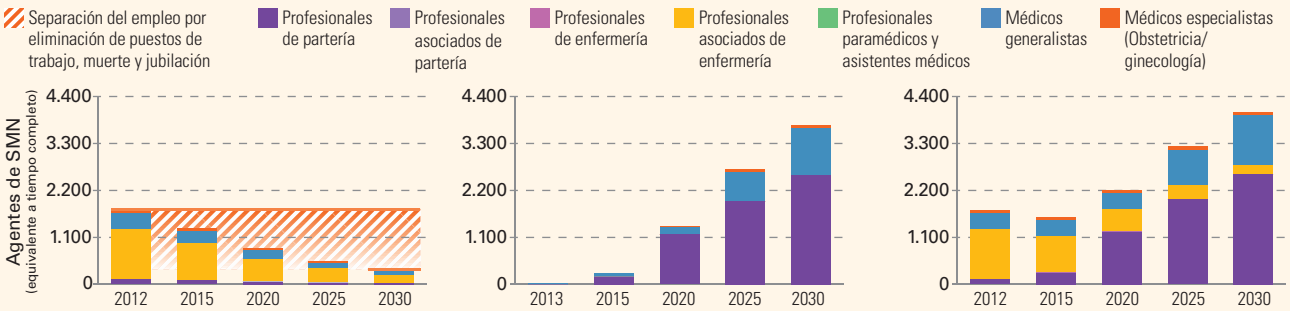
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

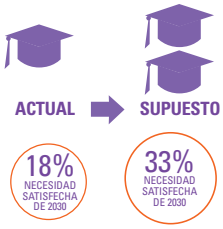


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

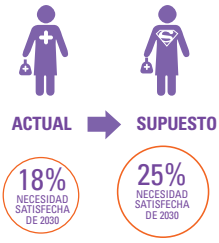
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

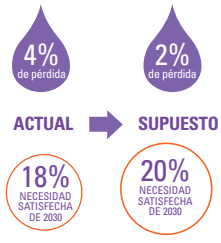
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



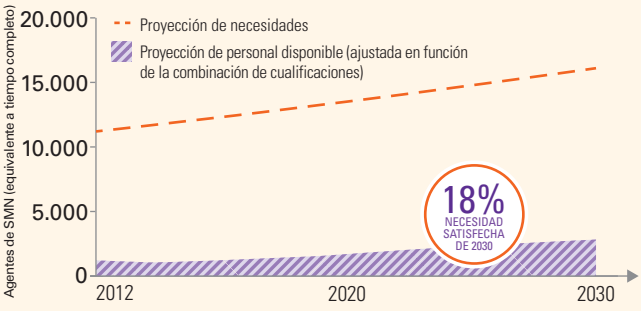
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



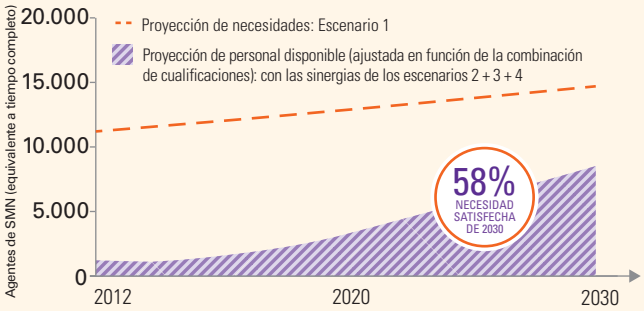
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages femmes; Enfermeras parteras: incluyen a las infirmiers diplômés d'état accoucheurs, infirmiers spécialisés en santé de la reproduction; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las infirmiers brevetés accoucheurs (IBA); Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynécologues-obstétriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CHAD

En 2012, de una población total estimada de 12,4 millones, 9,7 millones (78%) vivían en zonas rurales y 2,7 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 68% a 20,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1 millones de embarazos por año para 2030, 73% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 68,5 millones de visitas prenatales, 13,2 millones de partos y 52,9 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

774.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.155.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.094.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 598.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.391.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	416	–
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	400	25
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	245	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	527	–
Obstetras y ginecólogos	23	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

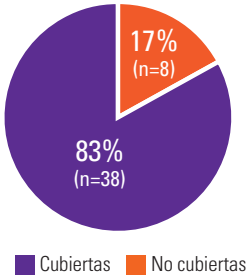
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 8%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

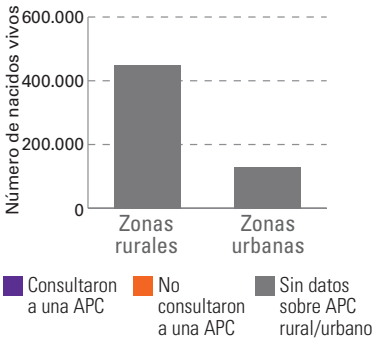
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	15
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	265/64
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	25%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

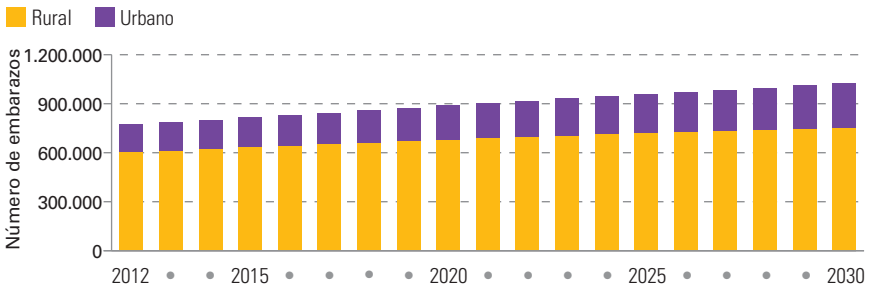
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

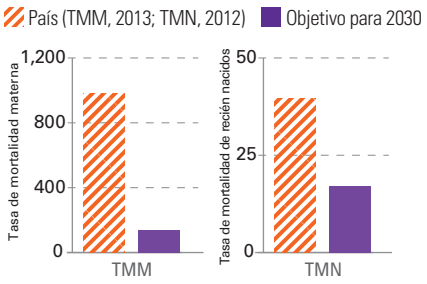
Año de creación de asociaciones profesionales	1987, 1994
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	No
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

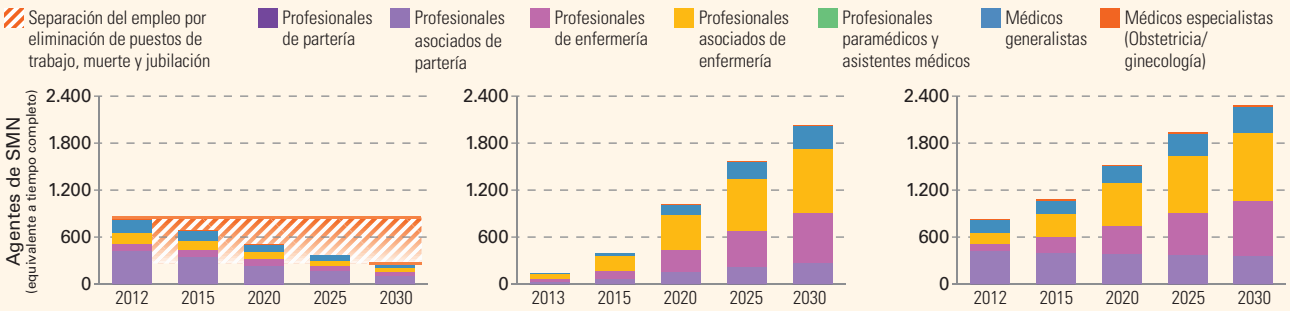
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,0 millones → 0,8 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

15% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 20% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

15% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 21% MET NEED 2030

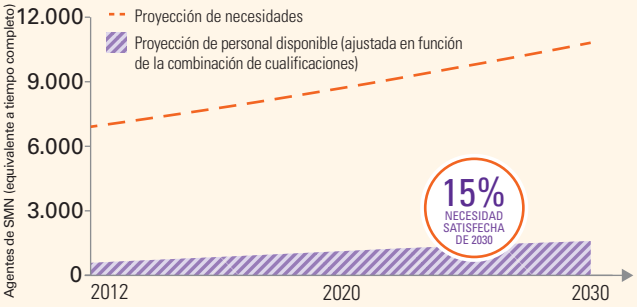
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

3% de pérdida → 1,5% de pérdida

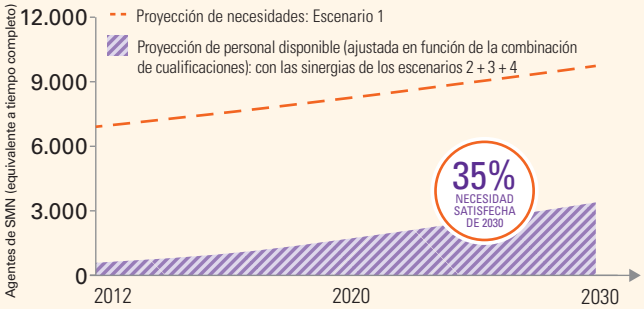
ACTUAL → SUPUESTO

15% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 17% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las infirmières diplômés d'état; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynécologues obstetriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CHINA

En 2012, de una población total estimada de 1.377,1 millones, 660 millones (48%) vivían en zonas rurales y 375,4 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 1,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 6% a 1.453,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 24,8 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 2.154,8 millones de visitas prenatales, 308,5 millones de partos y 1.234,0 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

32.464.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 728.311.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 129.856.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 18.591.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 74.363.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	217,670	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	–	100
Obstetras y ginecólogos	245,698	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

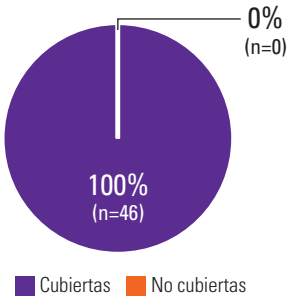
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 59%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

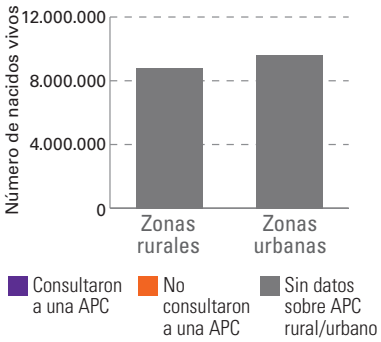
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	–
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

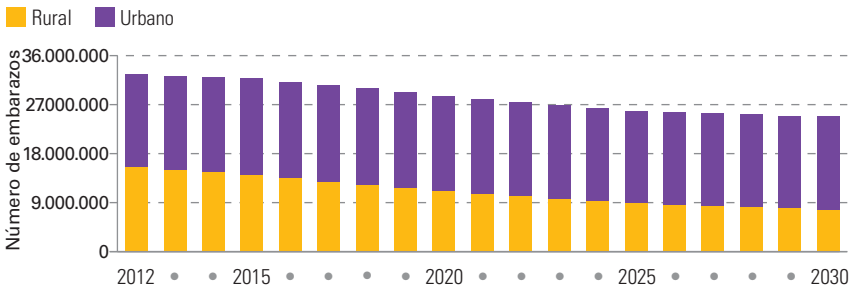
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	0
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

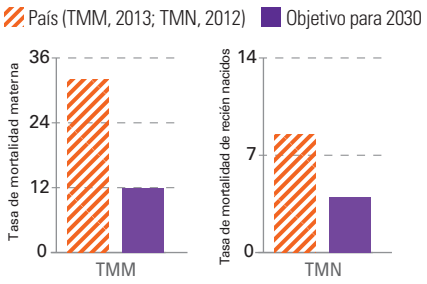
Año de creación de asociaciones profesionales	1909
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

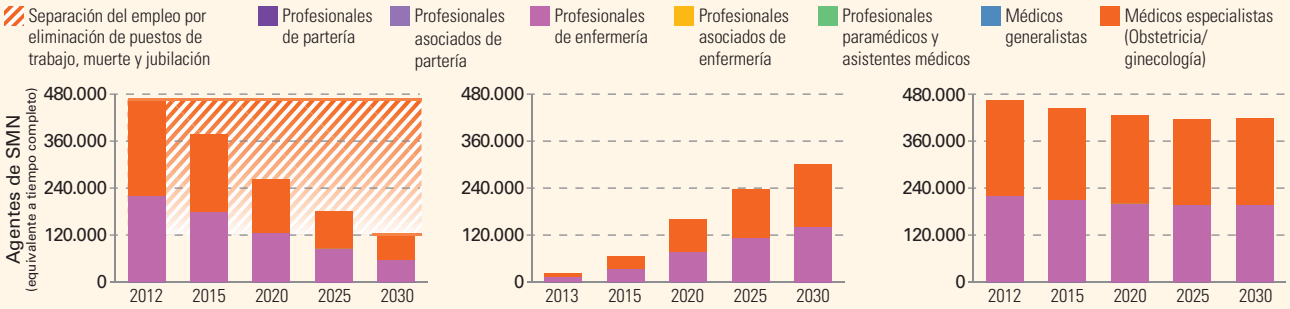
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

24,8 millones → 19,8 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

64% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

64% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 91% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

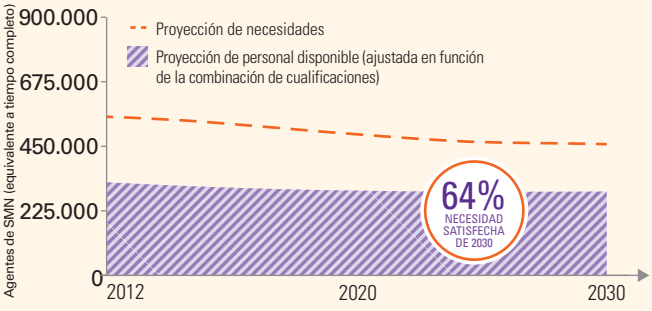
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

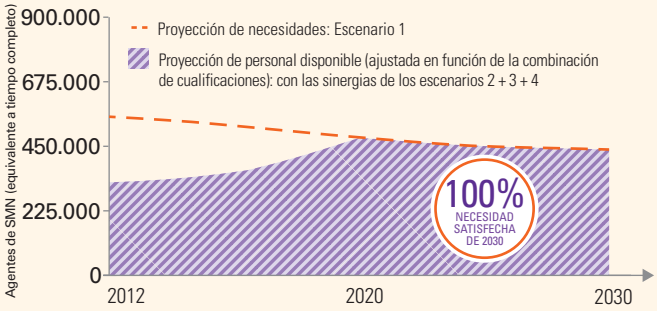
ACTUAL → SUPUESTO

64% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 77% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras (obstetricia/ginecología); Médicos generalistas: incluyen a los proveedores de servicios de MCH; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras: enfermeras (obstetricia/ginecología).
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

COMORAS

En 2012, de una población total estimada de 0,7 millones, 0,4 millones (54%) vivían en zonas rurales y 0,2 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 47% a 1,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,05 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 3,3 millones de visitas prenatales, 0,6 millones de partos y 2,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

39.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 345.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 157.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 29.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 115.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	284	100
Parteras auxiliares	11	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	197	20
Obstetras y ginecólogos	6	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

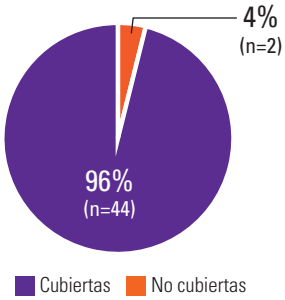
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = **63%**

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

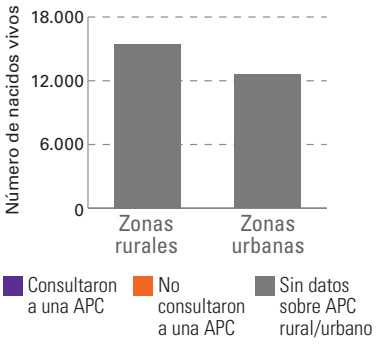
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2003
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	39
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	17/6
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	10%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

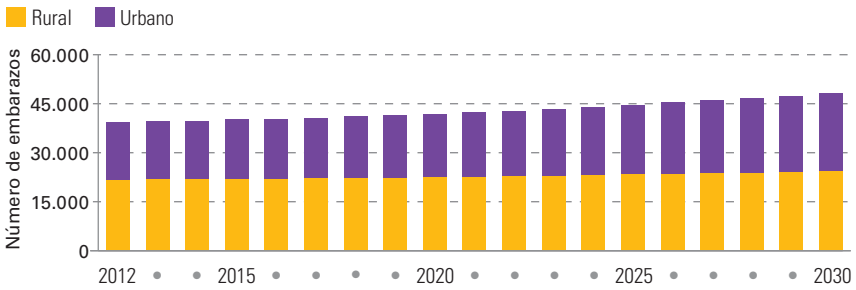
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

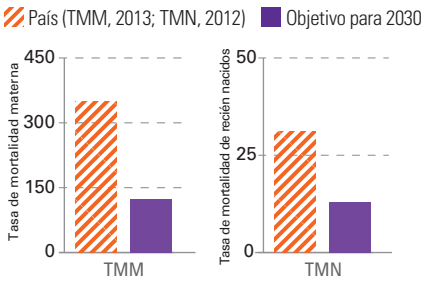
Año de creación de asociaciones profesionales	2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

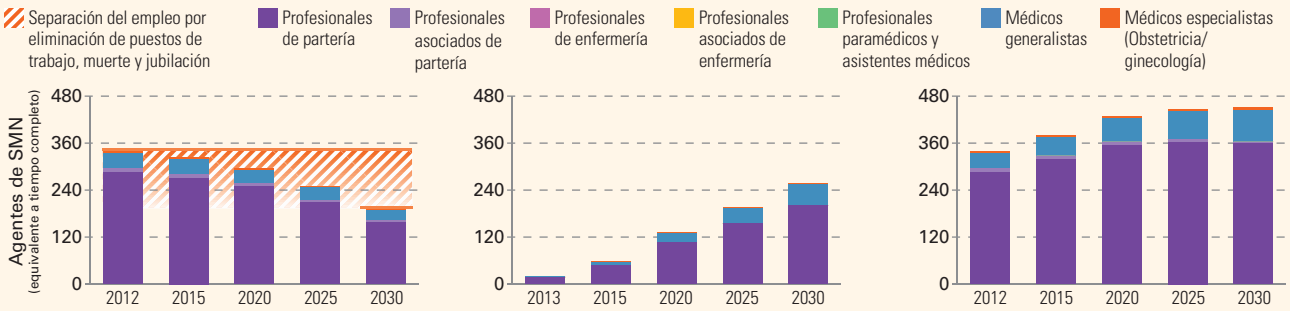
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

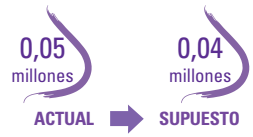
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

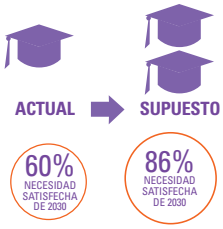
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

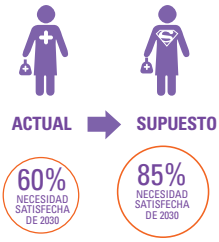


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

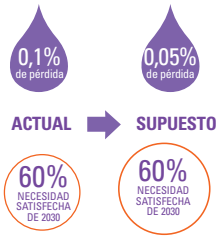
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



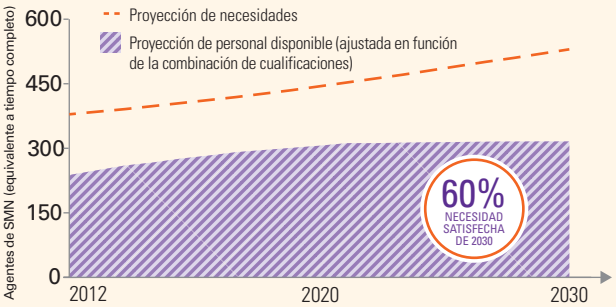
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes; Parteras auxiliares: incluyen a las infimiers d'assistance médicale; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynécologues/obstétriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CONGO

En 2012, de una población total estimada de 4,3 millones, 1,7 millones (39%) vivían en zonas rurales y 1 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 56% a 6,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,3 millones de embarazos por año para 2030, 36% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 20,7 millones de visitas prenatales, 3,6 millones de partos y 14,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

240.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 2.109,000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 962.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 169.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 676.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	1.215	90
Parteras auxiliares	67	–
Enfermeras parteras	28	90
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	323	–
Obstetras y ginecólogos	41	90

ANTERIOR AL EMBARAZO – **PRENATAL** – **EN EL PARTO** – **POSPARTO** – **POSNATAL**

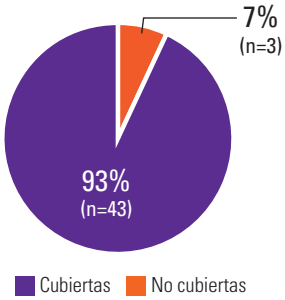
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 40%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

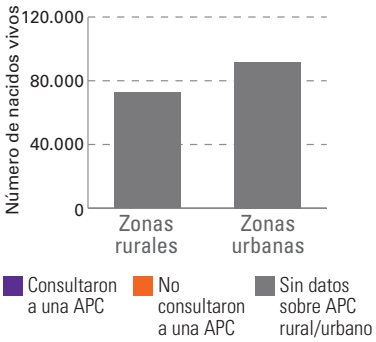
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 1999
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	10
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	88/7
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

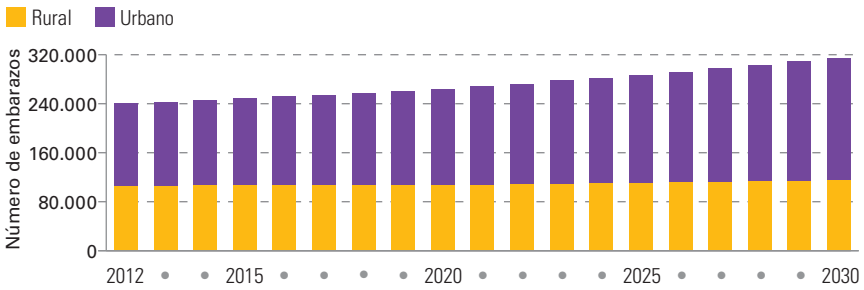
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

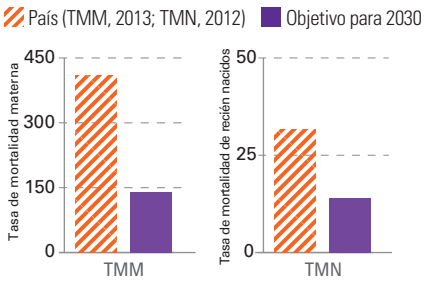
Año de creación de asociaciones profesionales	2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

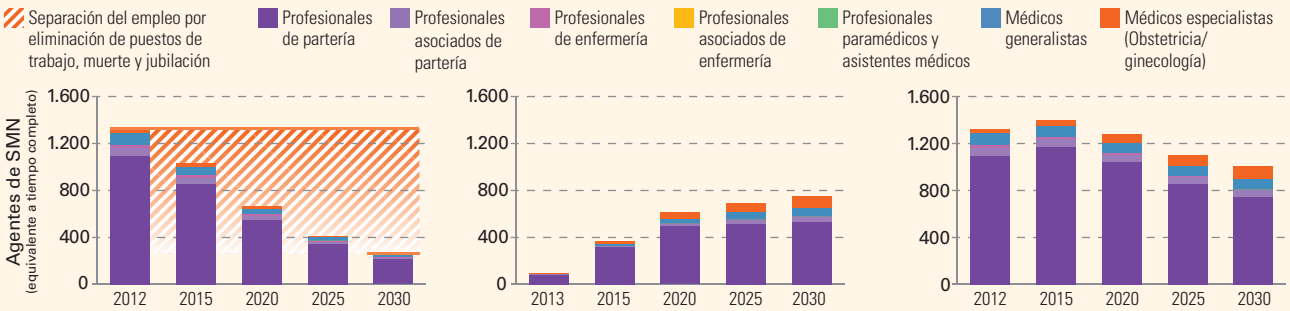
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

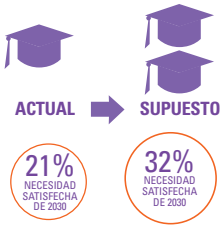


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

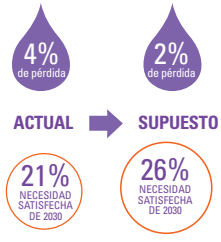
Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

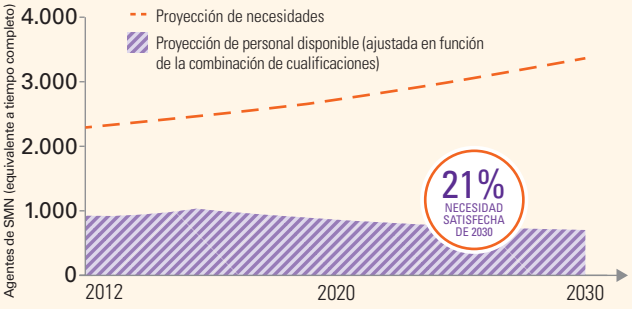


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

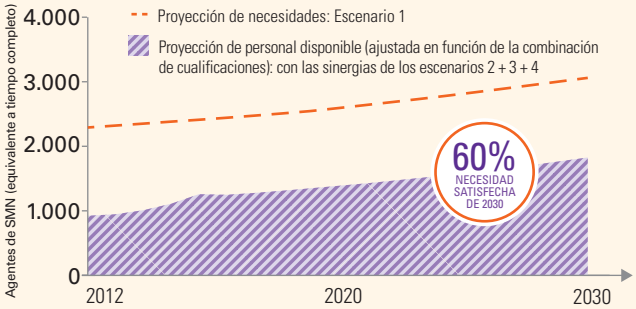
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



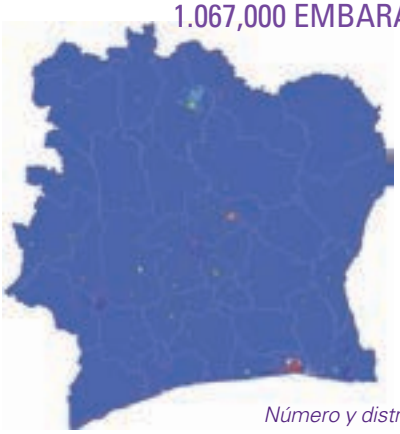
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las matrones accoucheuses; Enfermeras parteras: incluyen a las accoucheurs; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

CÔTE D'IVOIRE

En 2012, de una población total estimada de 19,8 millones, 12,4 millones (63%) vivían en zonas rurales y 4,7 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 47% a 29,2 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,3 millones de embarazos por año para 2030, 61% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 90,1 millones de visitas prenatales, 15,9 millones de partos y 63,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.067,000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 7.897.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.269.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 752.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.007.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.627	100
Parteras auxiliares	1.224	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	2.961	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	114	100
Obstetras y ginecólogos	444	100

ANTERIOR AL EMBARAZO · **PRENATAL** · **EN EL PARTO** · **POSPARTO** · **POSNATAL**

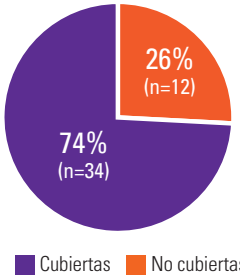
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 48%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

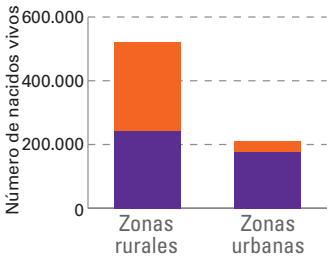
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas | No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	15
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	501/19
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	0%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

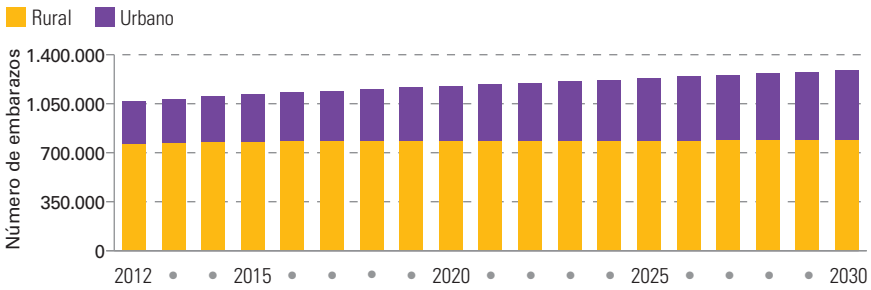
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

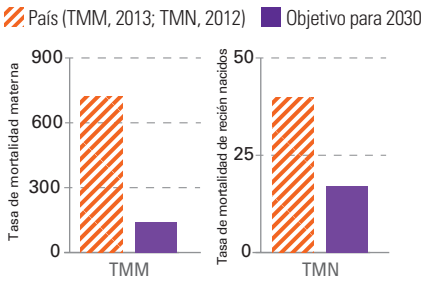
Año de creación de asociaciones profesionales	1971, 1997, 2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

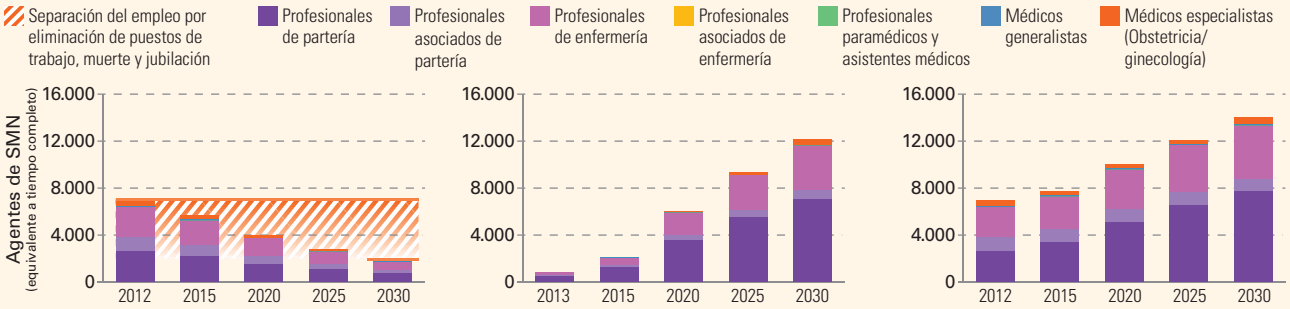
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,3 millones → 0,8 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 99% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 98% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

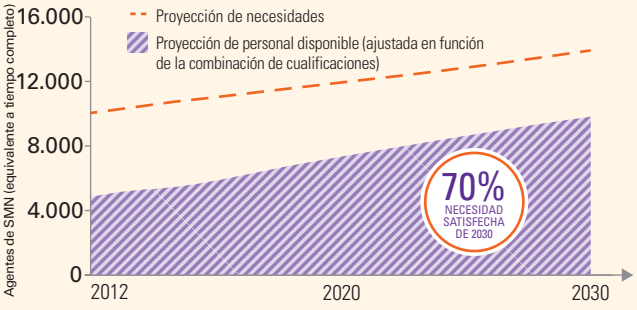
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

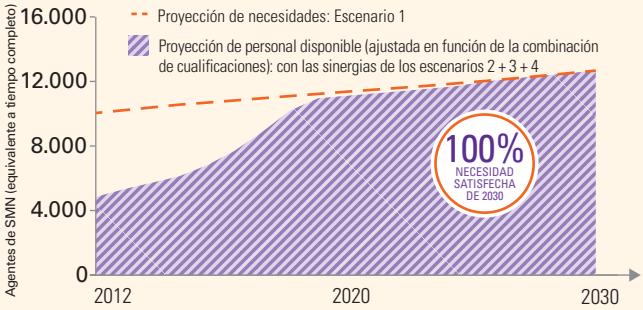
ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 83% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las aides soignantes; Enfermeras: incluyen a las techniciens supérieurs de santé (infirmiers); Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos.
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

DJIBOUTI

En 2012, de una población total estimada de 0,9 millones, 0,3 millones (38%) vivían en zonas rurales y 0,2 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 25% a 1,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,03 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 2,5 millones de visitas prenatales, 0,5 millones de partos y 1,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

34.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 420.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 136.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 25.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 100.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	167	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	185	50
Obstetras y ginecólogos	–	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

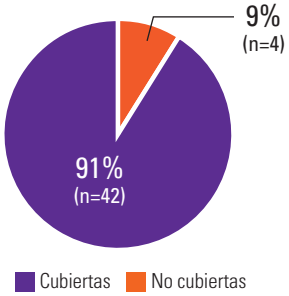
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 44%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

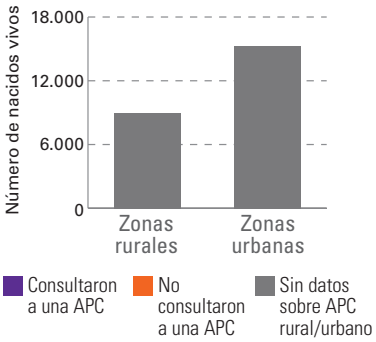
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	100
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	45/27
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

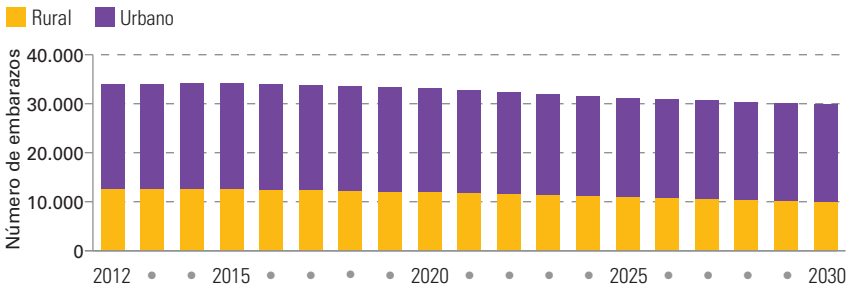
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

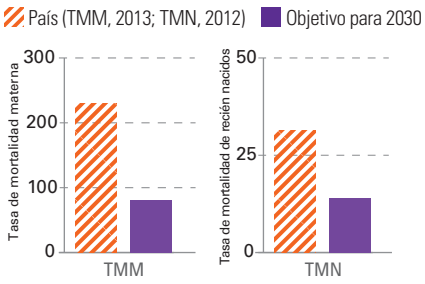
Año de creación de asociaciones profesionales	2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

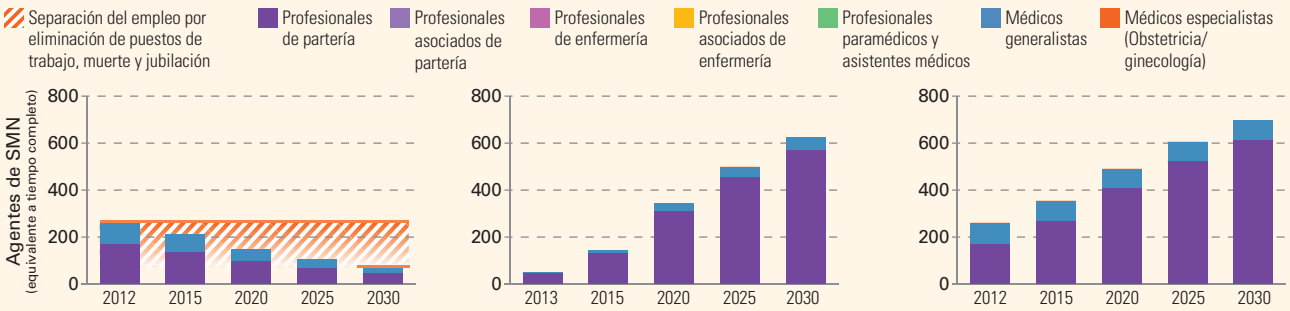
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,03 millones → 0,02 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

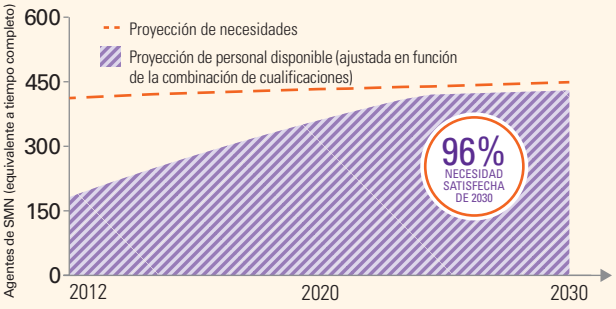
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

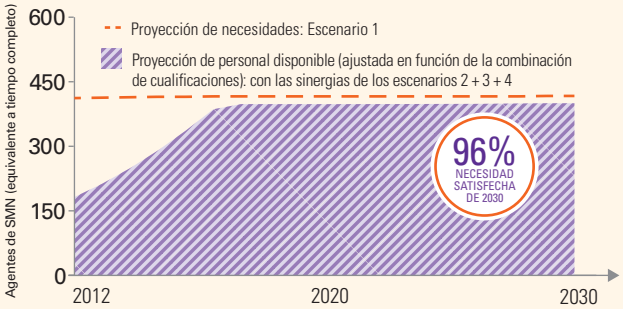
ACTUAL → SUPUESTO

96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



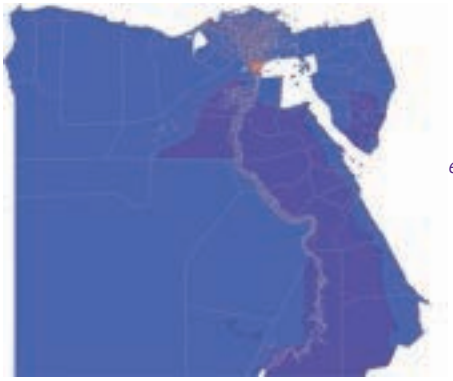
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages femmes; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstétriciens/gynécologues. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

EGIPTO

En 2012, de una población total estimada de 80,7 millones, 19,2 millones (24%) vivían en zonas rurales y 20,7 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 27% a 102,6 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 2,5 millones de embarazos por año para 2030, 20% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 191,7 millones de visitas prenatales, 35,3 millones de partos y 141,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

2.588.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



ero y distribución de embarazos (2012)

0 <0,09 0,10-0,19 0,20-0,49 0,50-0,99 1,00-1,49 1,50-1,99 2,00-2,49 2,50-10,00 >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 38.393.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 10.351.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.907.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 7.628.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	2.800	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	30.000	30
Obstetras y ginecólogos	5.042	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

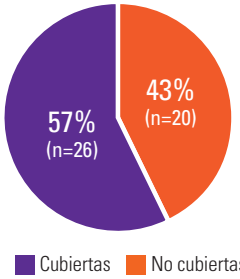
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 35%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

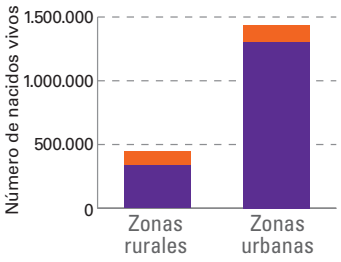
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2000
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	125/4
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

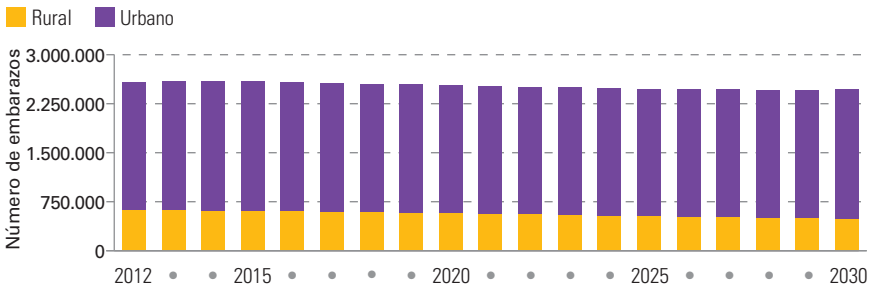
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	1
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

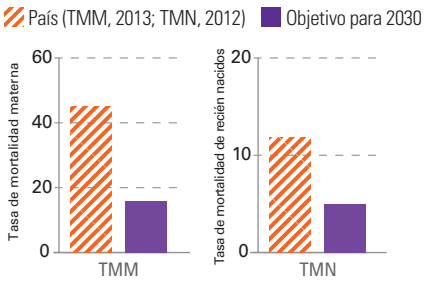
Año de creación de asociaciones profesionales	1990
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

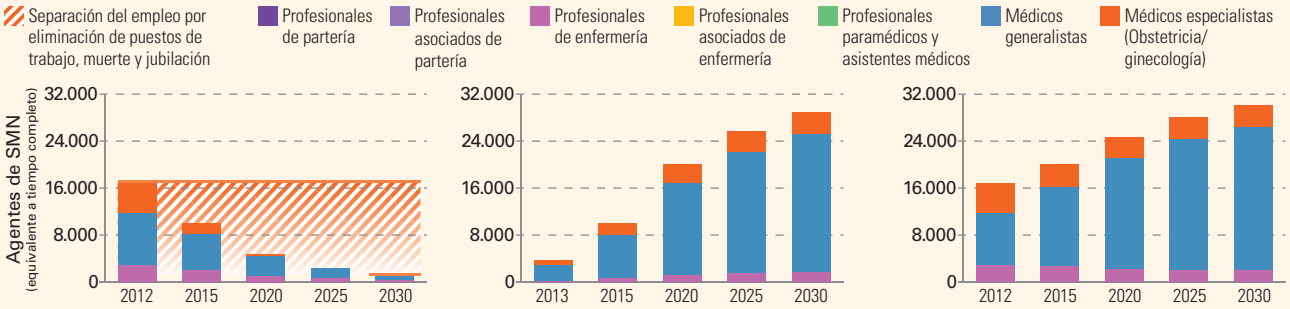
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

2,5 millones → 2,0 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

54% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

54% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 77% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

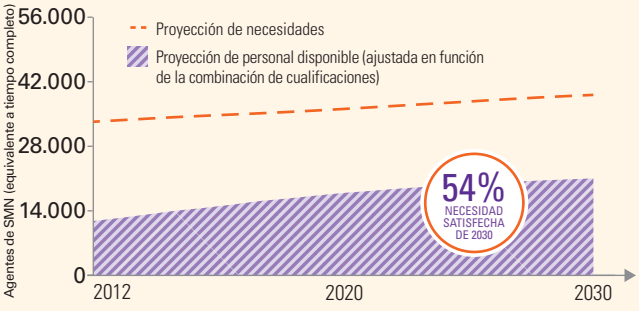
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

15% de pérdida → 7,5% de pérdida

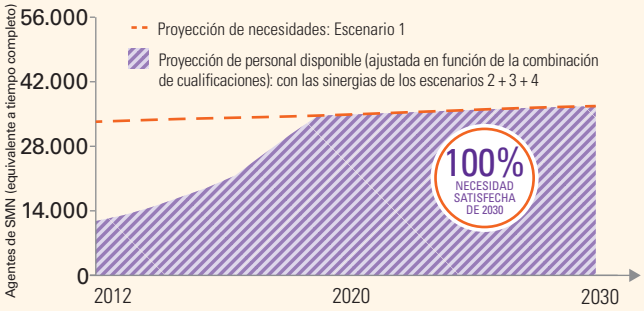
ACTUAL → SUPUESTO

54% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 79% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

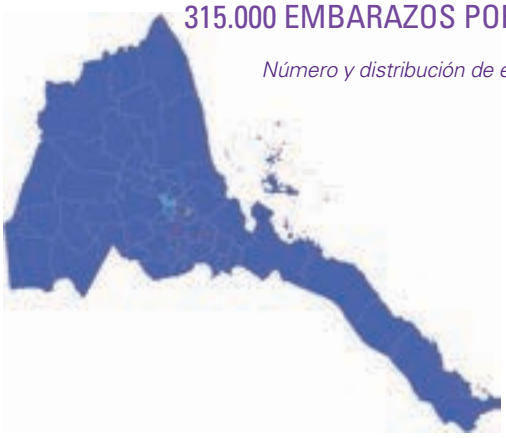
ERITREA

En 2012, de una población total estimada de 6.1 millones, 5,7 millones (93%) vivían en zonas rurales y 1,5 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 60% a 9,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,4 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 25,5 millones de visitas prenatales, 4,7 millones de partos y 19 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

315.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 2.872.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.259.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 235.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 939.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	140	–
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	103	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.523	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	122	–
Obstetras y ginecólogos	15	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

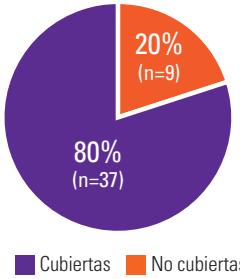
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 23%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

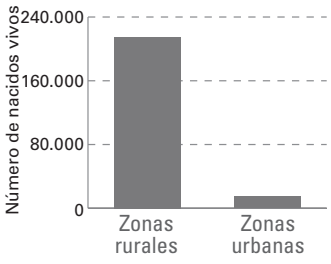
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas | No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	–
Años de estudio requeridos (redondeo)	–
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

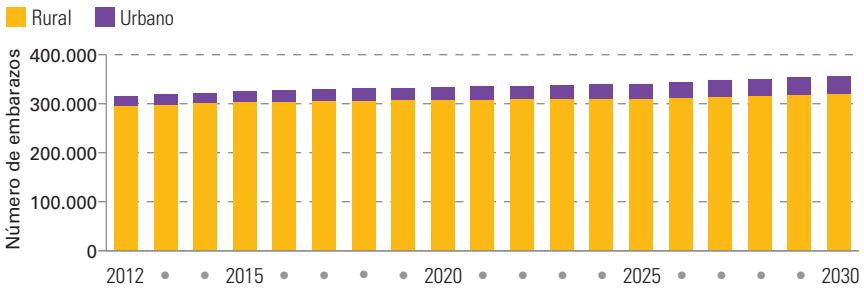
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	–
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

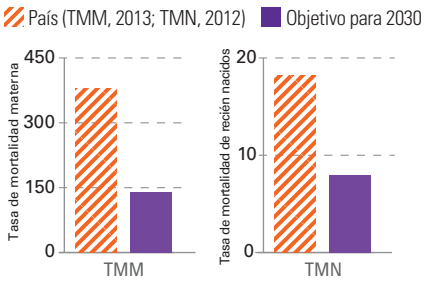
Año de creación de asociaciones profesionales	1992
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

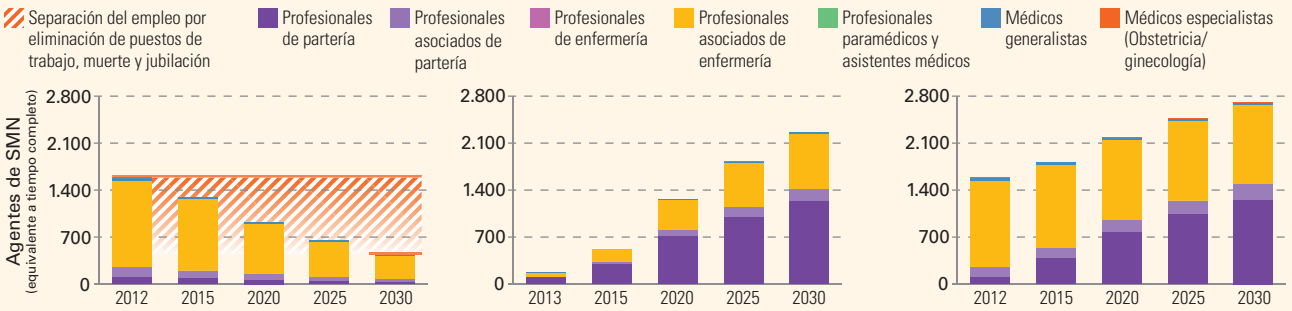
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



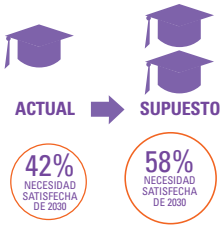
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

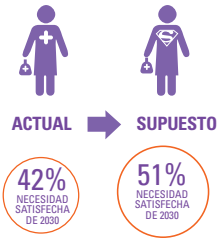
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

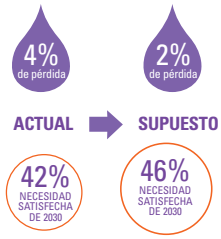
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



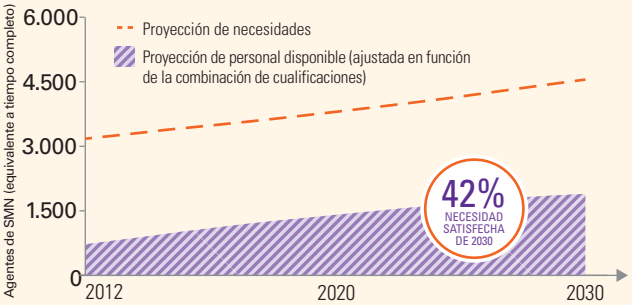
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



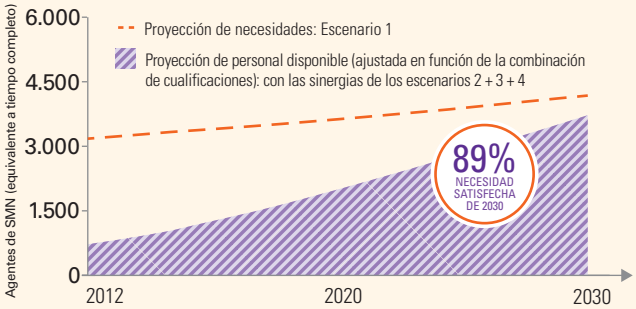
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras asociadas; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

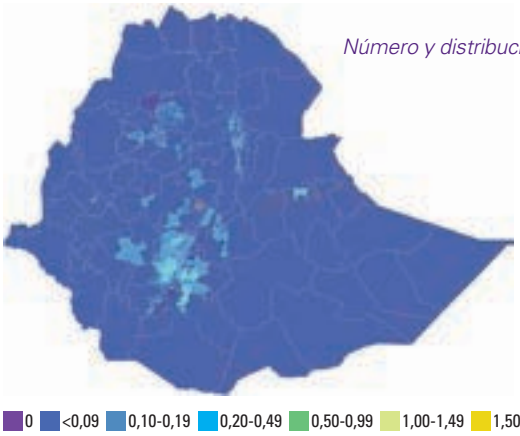
ETIOPÍA

En 2012, de una población total estimada de 91,7 millones, 79,6 millones (87%) vivían en zonas rurales y 21,5 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 50% a 137,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 4,9 millones de embarazos por año para 2030, 84% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 360 millones de visitas prenatales, 63,8 millones de partos y 255,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

4.465.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 40.881.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 17.861.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 3.165.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 12.660.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	6.925	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	20.109	40
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	5.757	70
Médicos generalistas	2.935	50
Obstetras y ginecólogos	147	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

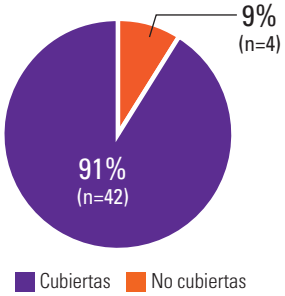
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 32%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

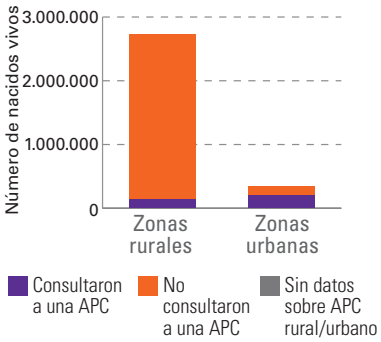
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	2.520/36
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

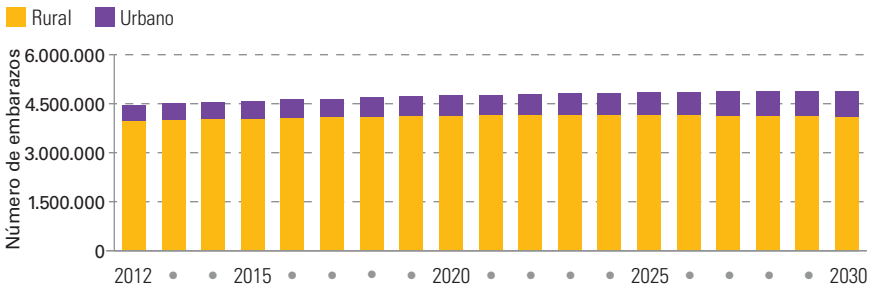
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

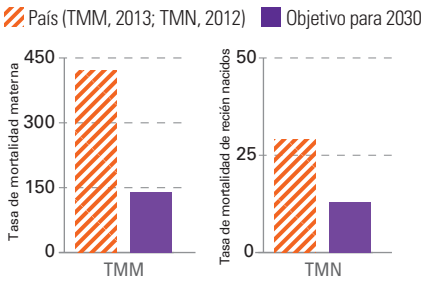
Año de creación de asociaciones profesionales	1992
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

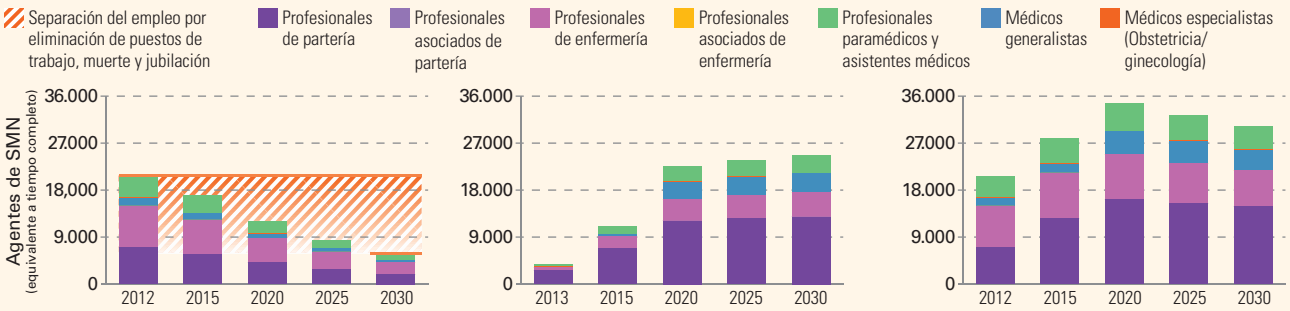
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



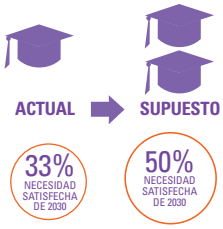
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

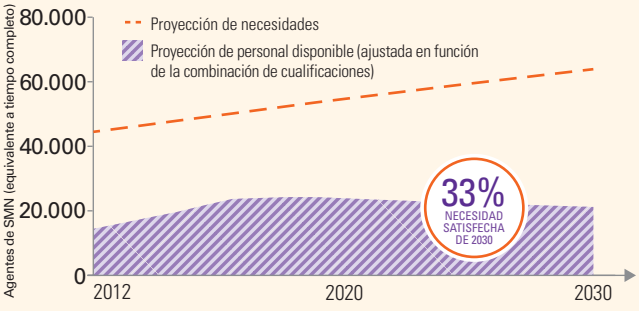
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



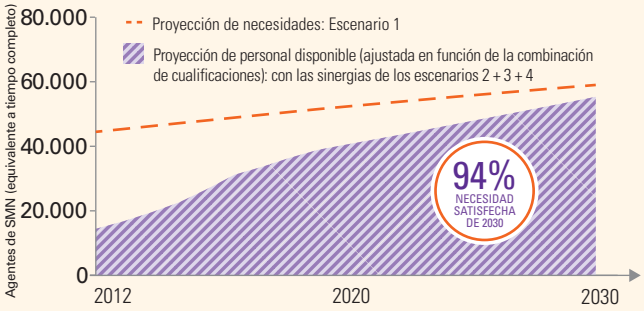
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras graduadas, parteras recibidas; Enfermeras: incluyen a las enfermeras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios que prestan servicios obstétricos y quirúrgicos integrados de urgencia, funcionarios de salud. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere al cuadro de parteras graduadas. La información respecto del número de graduadas en 2012/como % de todas las parteras que ejercen su profesión se refiere a los cuadros de parteras graduadas y parteras recibidas.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

GABÓN

En 2012, de una población total estimada de 1,6 millones, 0,5 millones (29%) vivían en zonas rurales y 0,4 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 46% a 2,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,08 millones de embarazos por año para 2030, 29% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 6,1 millones de visitas prenatales, 1,1 millones de partos y 4,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

75.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 740.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 298.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 54.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 215.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	437	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	17	100
Enfermeras	3.678	20
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	318	30
Obstetras y ginecólogos	33	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

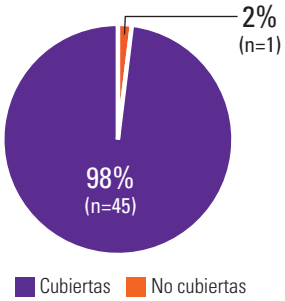
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 99%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

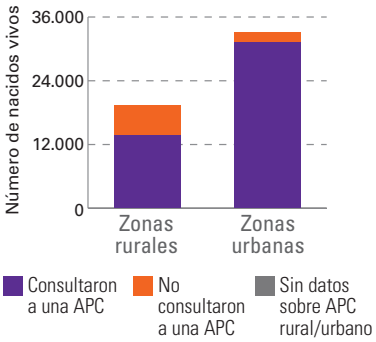
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	–
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	6/1
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

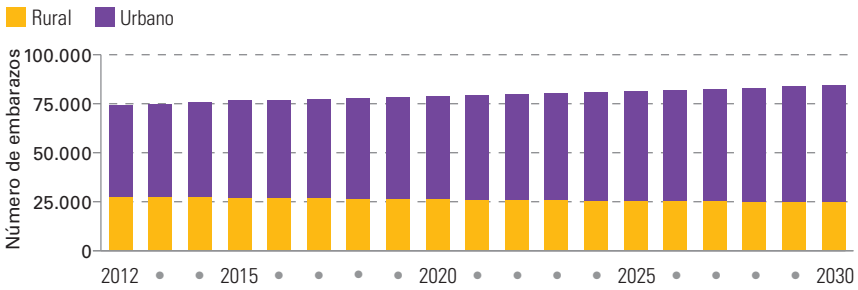
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

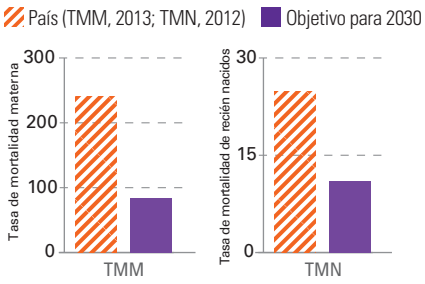
Año de creación de asociaciones profesionales	1995
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

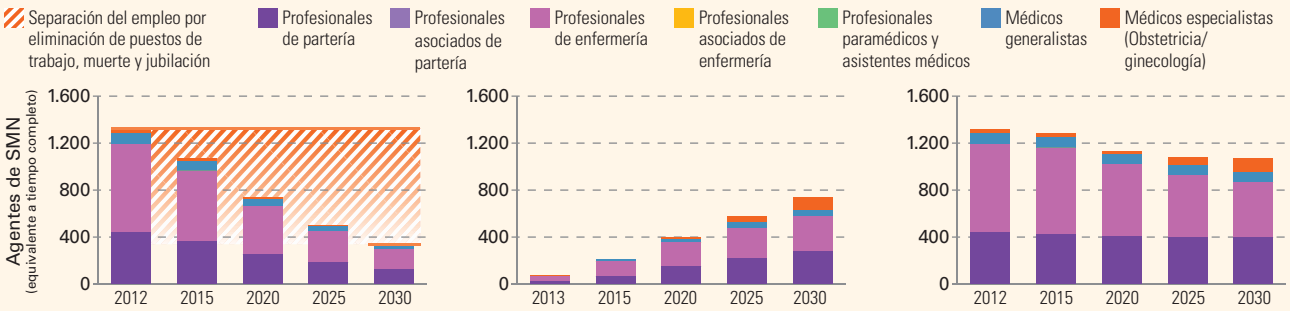
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,08 millones → 0,07 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 96% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

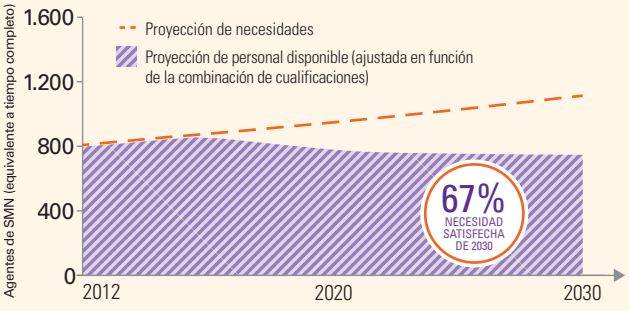
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 81% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las infirmières accoucheuses; Enfermeras: incluyen a las infirmiers d'état (IDE), infirmiers assistants (IA); Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

GAMBIA

En 2012, de una población total estimada de 1,8 millones, 0,6 millones (34%) vivían en zonas rurales y 0,4 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 71% a 3,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,2 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 11,2 millones de visitas prenatales, 1,8 millones de partos y 7,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

121.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 <0,09 0,10-0,19 0,20-0,49 0,50-0,99 1,00-1,49 1,50-1,99 2,00-2,49 2,50-10,00 >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 766.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 485.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 79.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 317.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	79	100
Parteras auxiliares	180	50
Enfermeras parteras	97	100
Enfermeras	200	15
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	132	50
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	29	20
Obstetras y ginecólogos	11	–

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

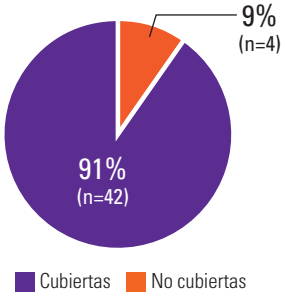
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 27%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

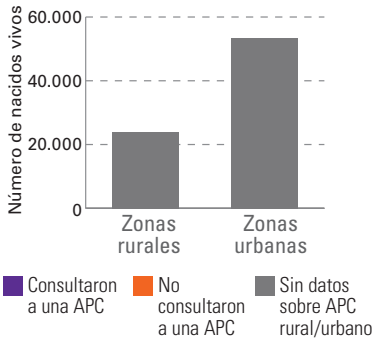
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	–
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

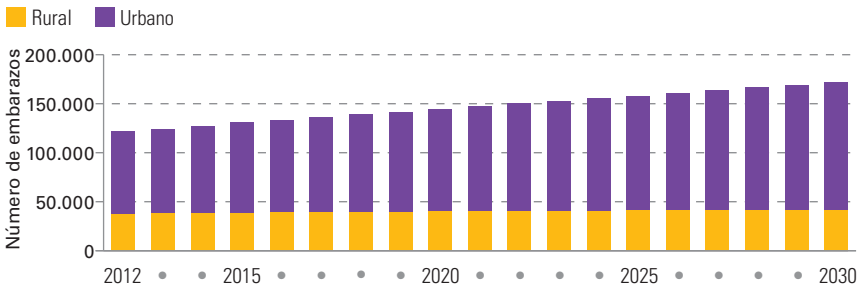
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

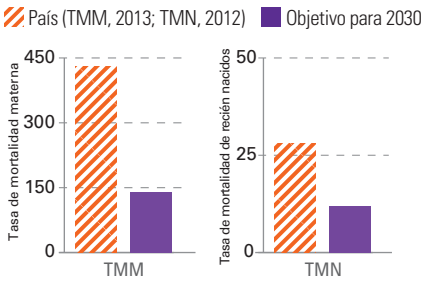
Año de creación de asociaciones profesionales	1963
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

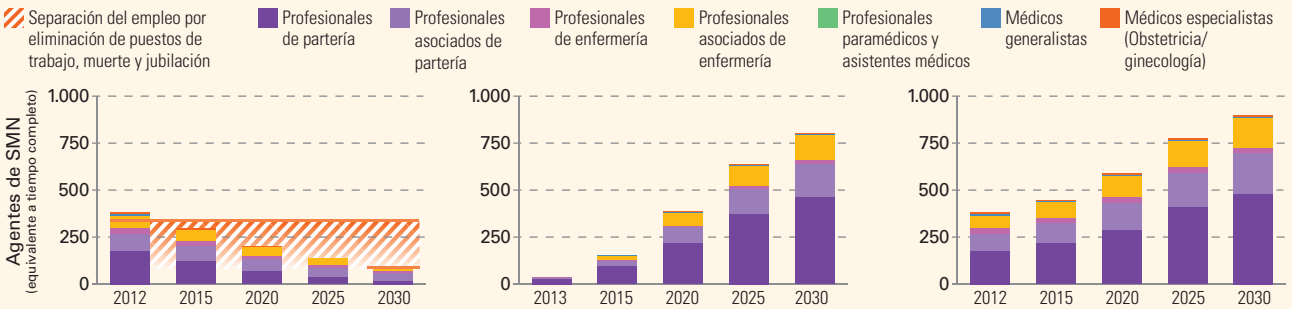
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

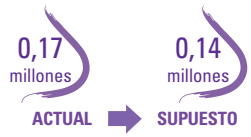
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



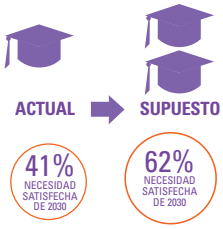
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

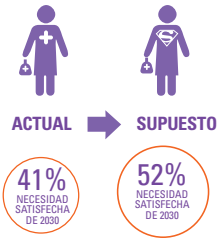


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

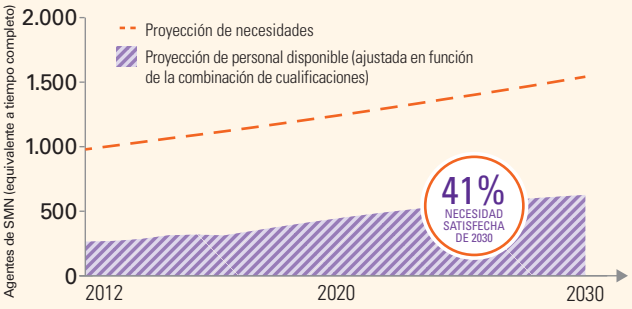


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

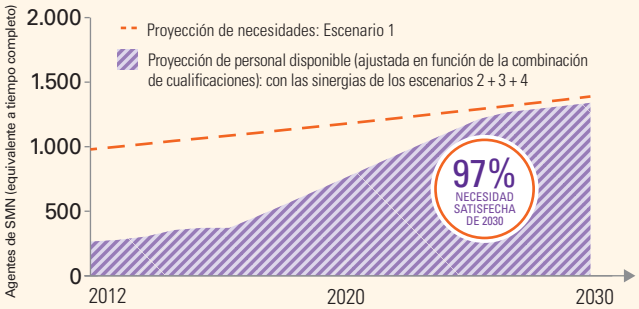


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las enfermeras parteras matriculadas a nivel estatal; Parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras comunitarias; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras matriculadas; Enfermeras: incluyen a las enfermeras comunitarias; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras comunitarias; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

GHANA

En 2012, de una población total estimada de 25,4 millones, 15,1 millones (59%) vivían en zonas rurales y 6,5 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 39% a 35,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,1 millones de embarazos por año para 2030, 59% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 83,8 millones de visitas prenatales, 16 millones de partos y 64,1 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.063.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 12.869.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.253.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 814.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.257.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	4.185	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	273	80
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.123	–
Obstetras y ginecólogos	549	–

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

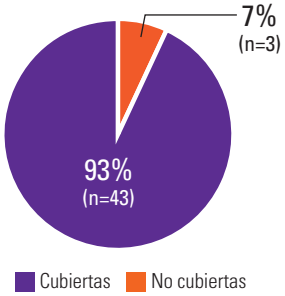
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 30%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

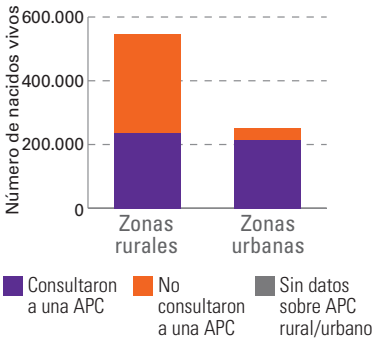
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	40
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	1.146/27
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

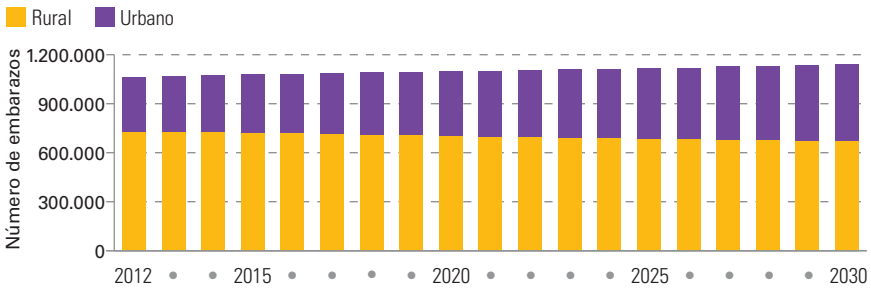
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

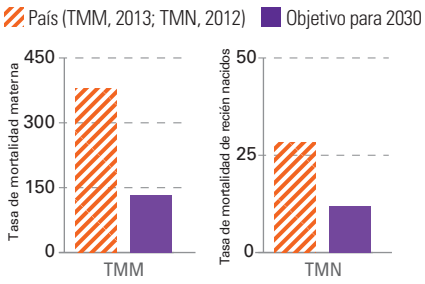
Año de creación de asociaciones profesionales	1935, 1960, 2009
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

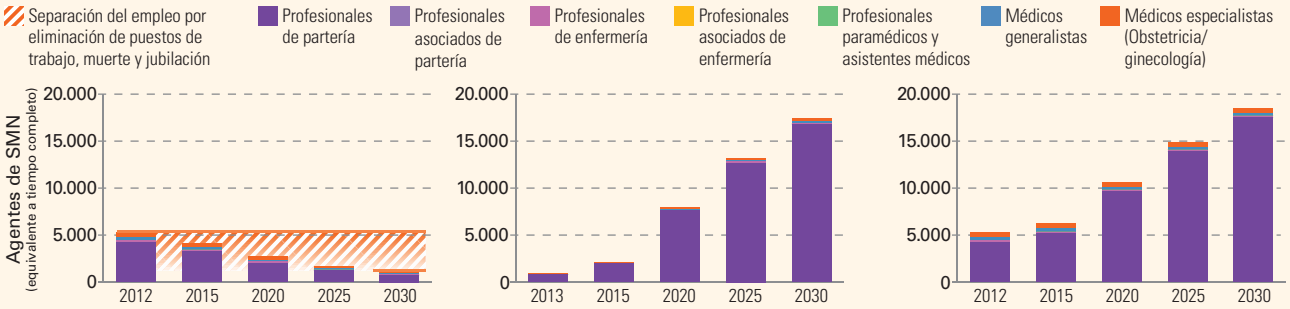
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

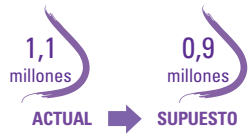
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

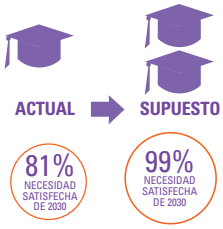
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

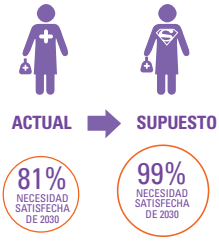


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

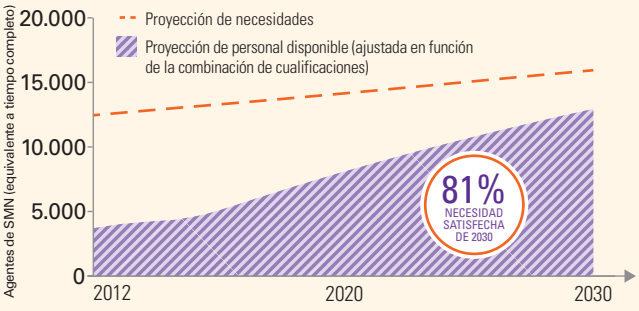


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

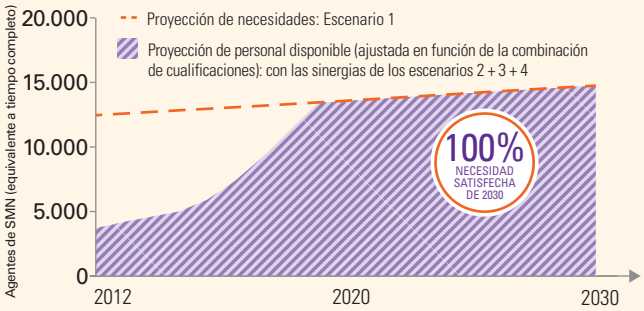


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



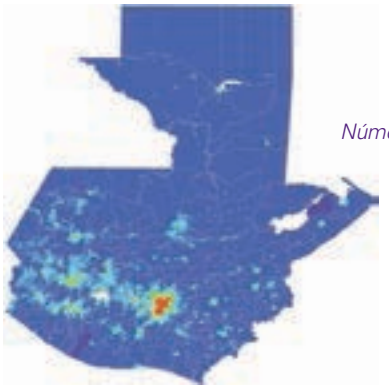
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras, enfermeras parteras comunitarias; Enfermeras: incluyen a las enfermeras del distrito público; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere al cuadro de parteras. La información respecto del número de graduadas en 2012/ como % de todas las parteras que ejercen su profesión se refiere a los cuadros de parteras y enfermeras parteras comunitarias.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

GUATEMALA

En 2012, de una población total estimada de 15,1 millones, 9,5 millones (63%) vivían en zonas rurales y 3,8 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 50% a 22,6 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 63,1 millones de visitas prenatales, 9,9 millones de partos y 39,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

762.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 9.103.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.048.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 480.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.922.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	0	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	3.500	50
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	–	65
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	12.703	70
Obstetras y ginecólogos	720	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

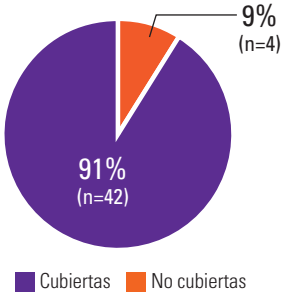
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 91%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

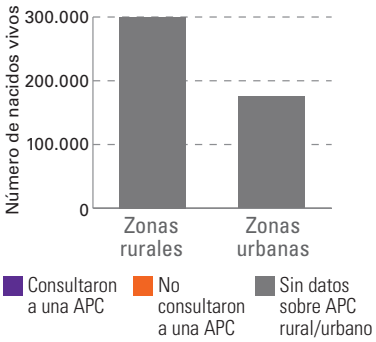
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	*nd*
Años de estudio requeridos (redondeo)	*nd*
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2014
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	0
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	*nd*/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	*nd*

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

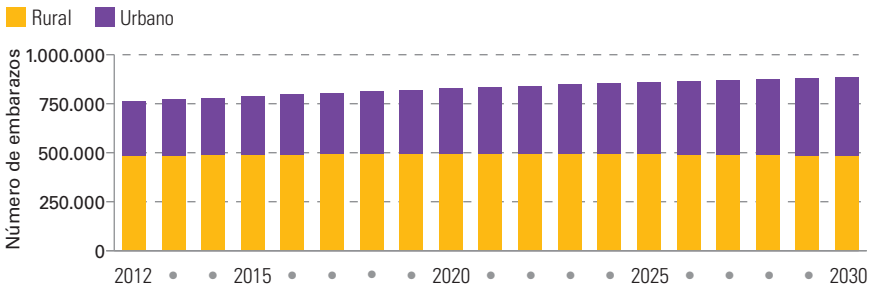
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

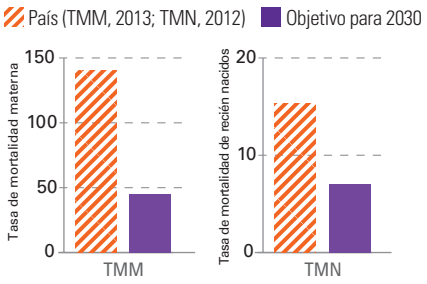
Año de creación de asociaciones profesionales	1947
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	No
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

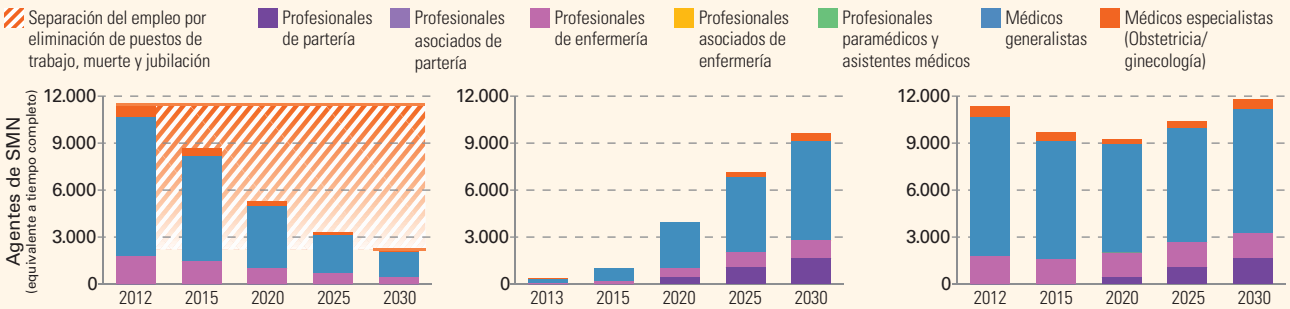
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

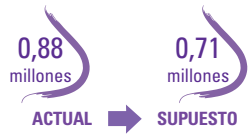
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



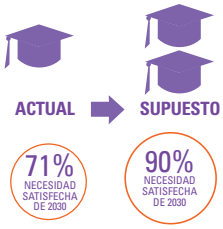
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

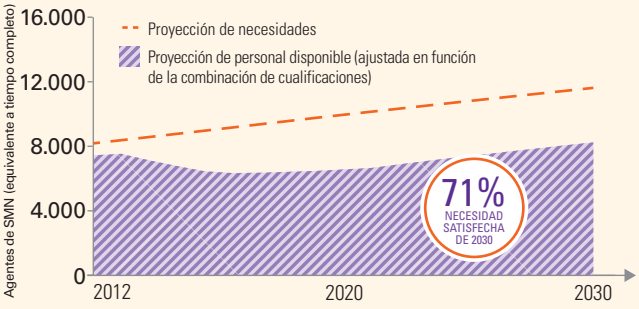
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



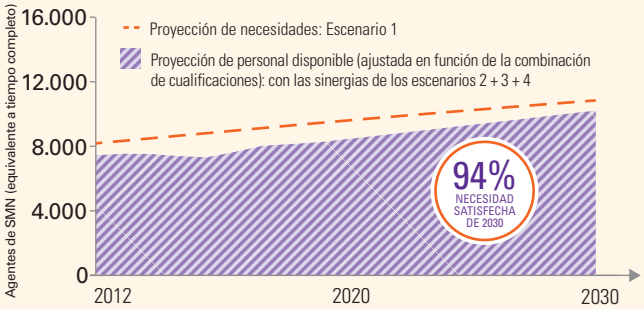
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluye a las parteras (nuevo cuadro); Enfermeras: incluyen a las enfermeras profesionales; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a los auxiliares de enfermería; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de *Acción Todos los Recién Nacidos*.

GUINEA

En 2012, de una población total estimada de 11,5 millones, 7,8 millones (68%) vivían en zonas rurales y 2,7 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 51% a 17,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030, 63% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 61,7 millones de visitas prenatales, 9,2 millones de partos y 36,9 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

734.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

- **EN EL EMBARAZO** (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.022.000 visitas de planificación familiar
- **PRENATAL** (embarazos x 4) = 2.934.000 visitas de rutina
- **EN EL PARTO** = 438.000 parteras capacitadas
- **POSPARTO** (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.753.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	500	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	1.494	25
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	4.275	90
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	476	40
Obstetras y ginecólogos	45	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

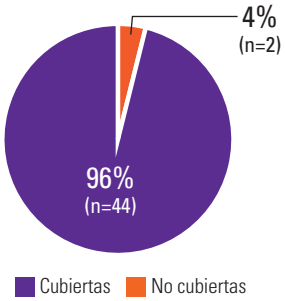
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 30%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

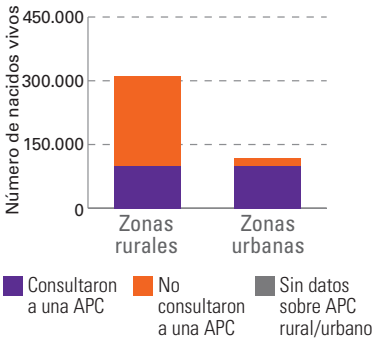
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	25
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	119/24
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	75%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

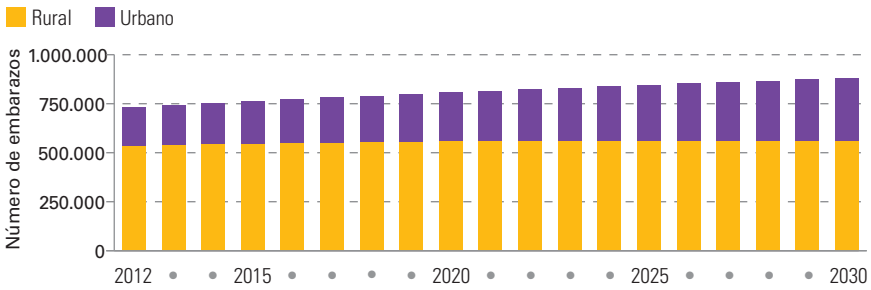
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

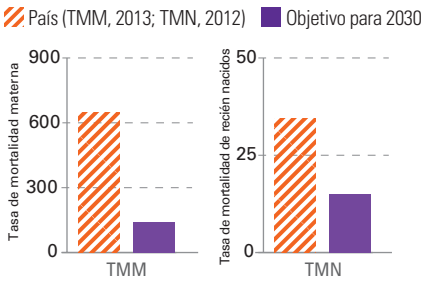
Año de creación de asociaciones profesionales	1988
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

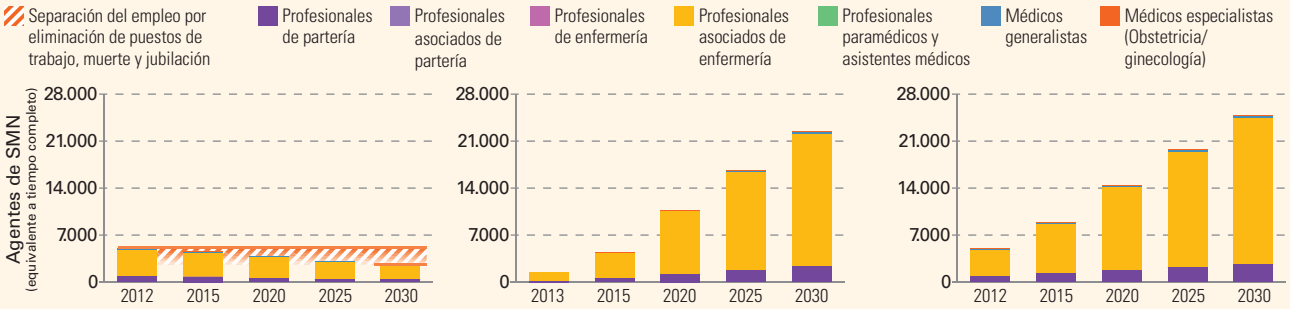
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,88 millones → 0,70 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

45% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 63% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

45% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 56% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

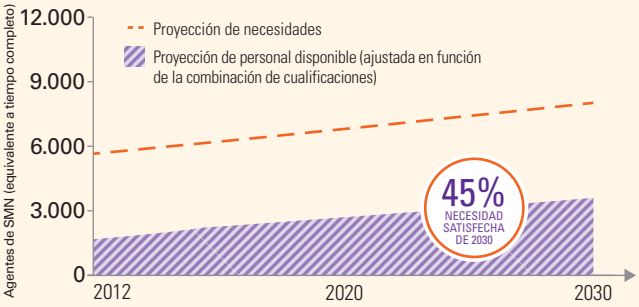
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

0% de pérdida → 0% de pérdida

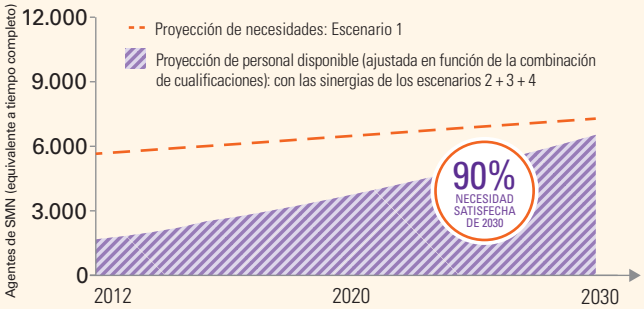
ACTUAL → SUPUESTO

45% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 45% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las infirmiers diplômés d'etat (IDE); Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las agents techniques de santé (ATS); Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

GUINEA-BISSAU

En 2012, de una población total estimada de 1,7 millones, 1,1 millones (65%) vivían en zonas rurales y 0,4 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 49% a 2,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,1 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 9,2 millones de visitas prenatales, 1,4 millones de partos y 5,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

109.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 527.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 436.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 66.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 262.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	148	–
Parteras auxiliares	5	–
Enfermeras parteras	29	–
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	214	–
Obstetras y ginecólogos	5	–

ANTERIOR AL EMBARAZO / **PRENATAL** / **EN EL PARTO** / **POSPARTO** / **POSNATAL**

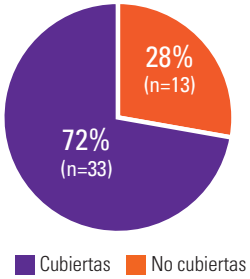
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 21%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

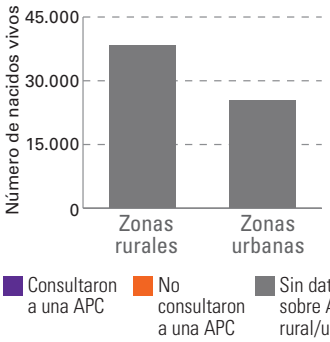
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	0
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	37/25
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

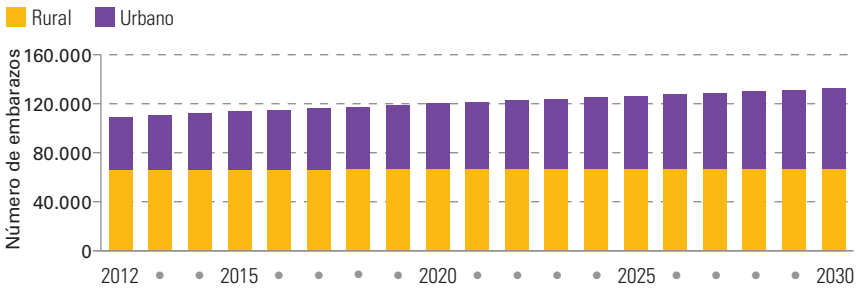
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

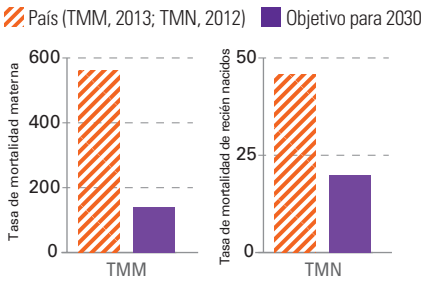
Año de creación de asociaciones profesionales	1992, 1995, 2002
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

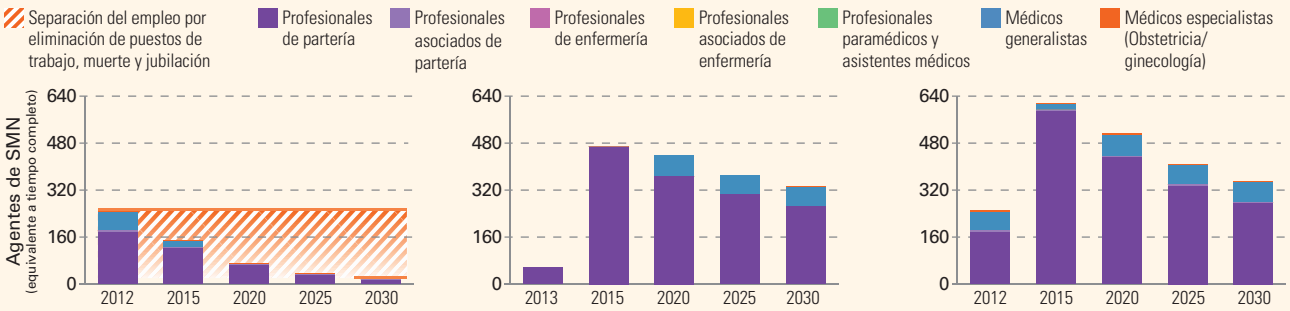
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

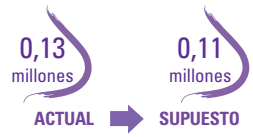
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



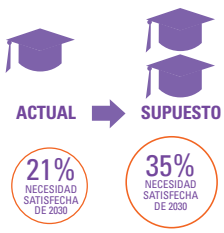
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

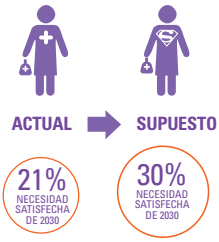


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

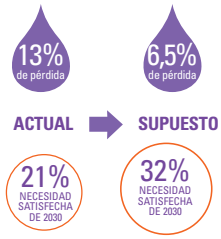
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



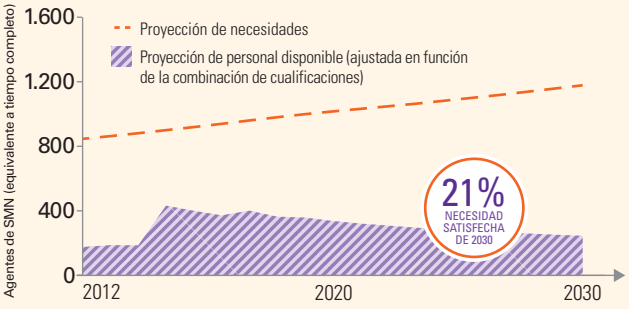
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

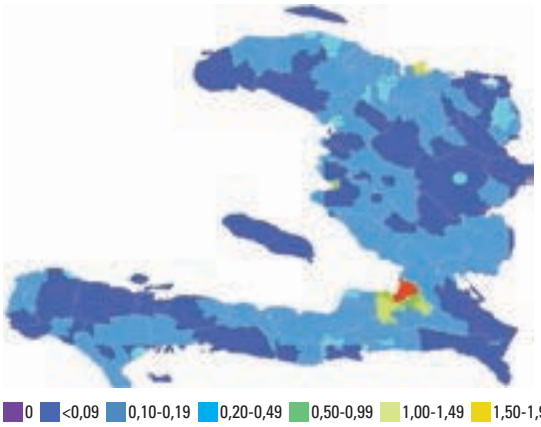
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteiras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteiras-auxiliares; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeiras parteiras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos especialistas obstétricos/ginecologistas. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

HAITÍ

En 2012, de una población total estimada de 10,2 millones, 7,3 millones (72%) vivían en zonas rurales y 2,7 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 23% a 12,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,5 millones de embarazos por año para 2030, 90% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 35,8 millones de visitas prenatales, 5,2 millones de partos y 20,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

483.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.255.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.932.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 280.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 1.120.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	0	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	201	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	374	35
Obstetras y ginecólogos	400	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

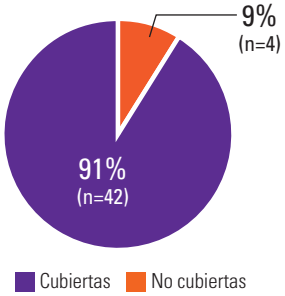
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 10%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

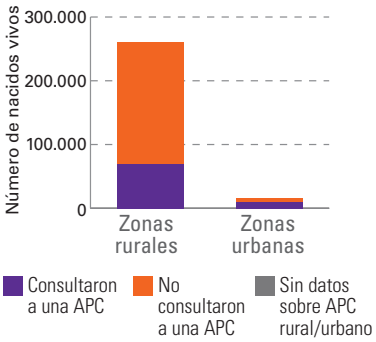
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	*nd*

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

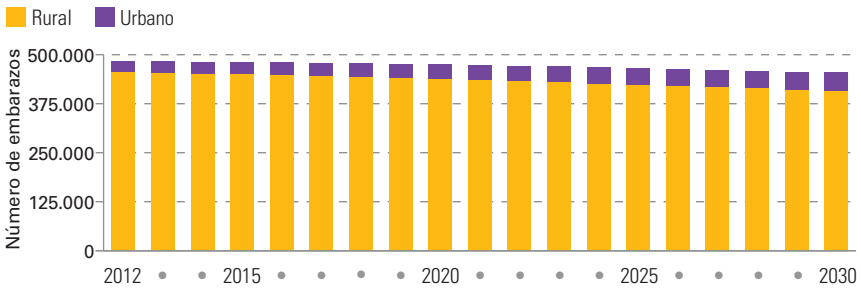
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

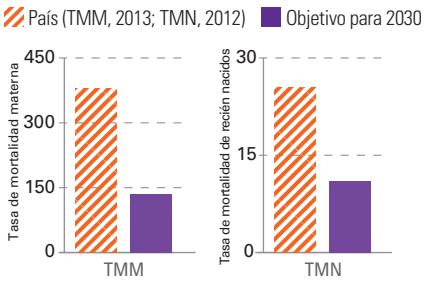
Año de creación de asociaciones profesionales	1930, 2001
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

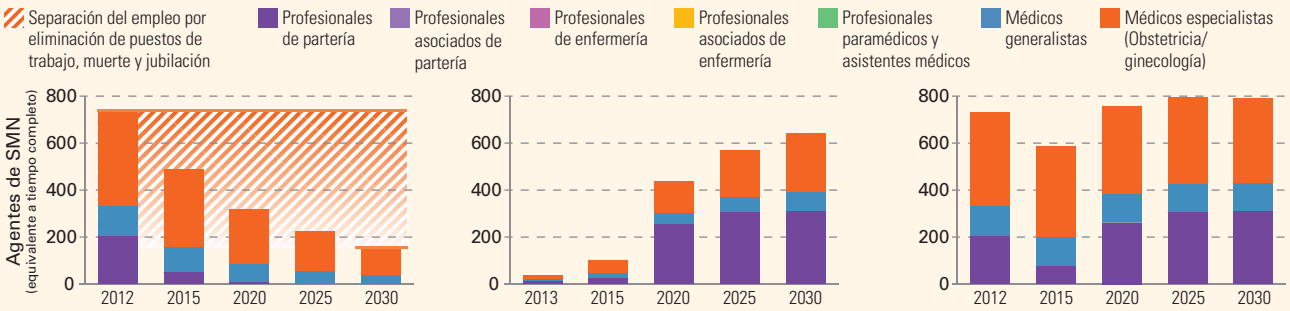
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

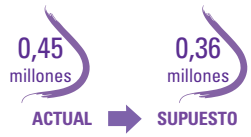
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



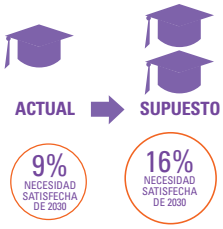
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

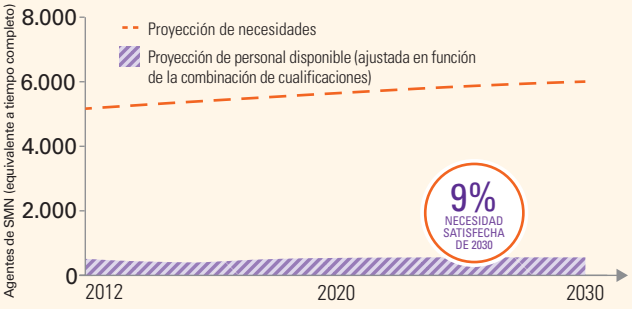
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



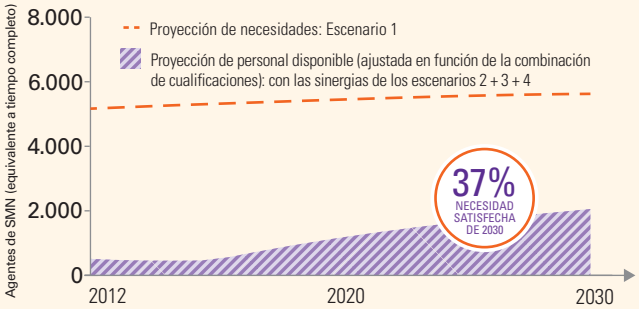
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



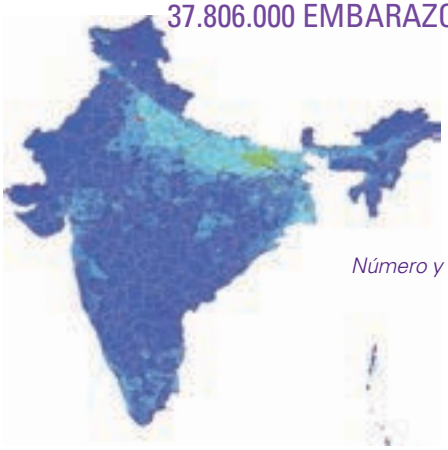
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages femmes (nuevo cuadro); Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médecins spécialistes (obstetricia/ginecología). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

INDIA

En 2012, de una población total estimada de 1.236,7 millones, 892,4 millones (72%) vivían en zonas rurales y 319,5 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 19% a 1.476,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 34,6 millones de embarazos por año para 2030, 73% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 2.764,5 millones de visitas prenatales, 473,9 millones de partos y 1.895,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

37.806.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 579.782.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 151.226.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 25.923.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) / **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 103.693.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	1.406.006	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	718.661	60
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	883.812	–
Obstetras y ginecólogos	–	66

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

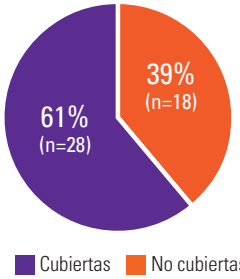
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 86%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

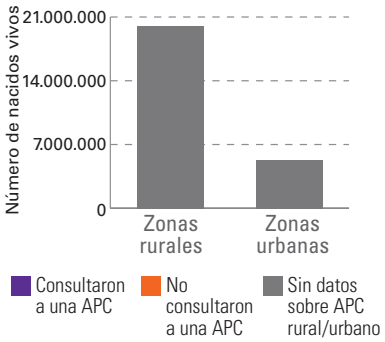
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2004
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	156.180/11
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

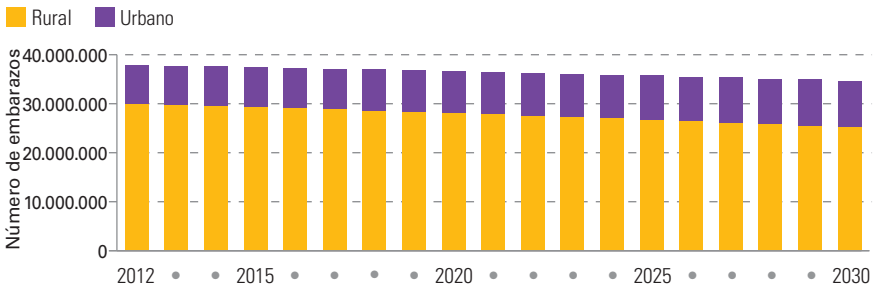
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

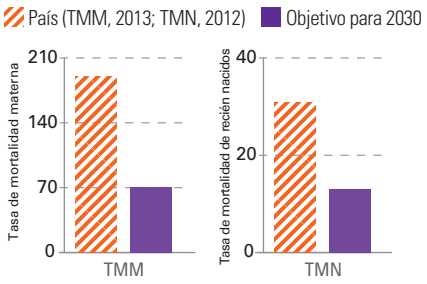
Año de creación de asociaciones profesionales	1905, 2000
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

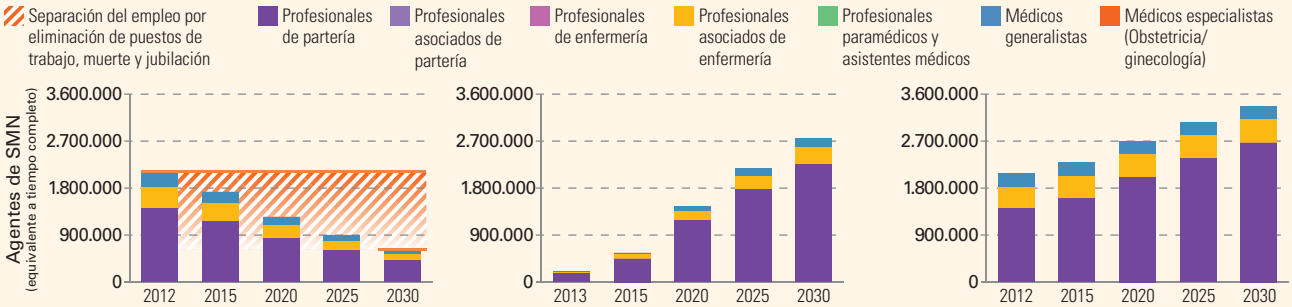
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

34,6 millones → 27,7 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

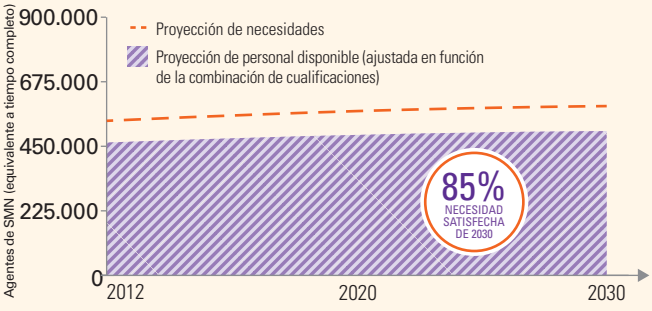
4 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4% de pérdida → 2% de pérdida

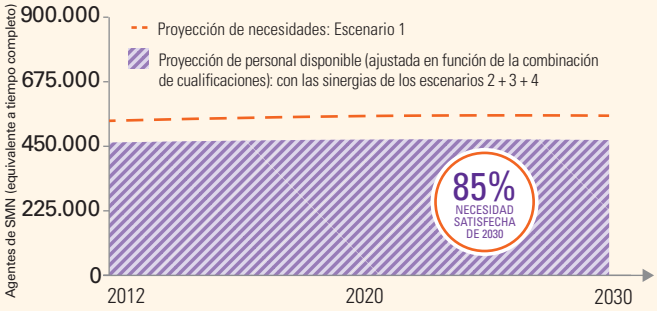
ACTUAL → SUPUESTO

85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras: incluyen a las enfermeras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares (ANM), visitadoras de salud femenina; Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los especialistas (obstetricia/ginecología). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras: enfermeras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

INDONESIA

En 2012, de una población total estimada de 246,9 millones, 153,2 millones (62%) vivían en zonas rurales y 66,1 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 19% a 293,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 6,7 millones de embarazos por año para 2030, 52% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 518,3 millones de visitas prenatales, 86,2 millones de partos y 344,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

7.141.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 118.227.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 28.562.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 4.748.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 18.992.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	207.761	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	94.660	50
Obstetras y ginecólogos	2,170	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

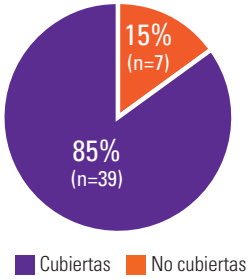
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 87%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

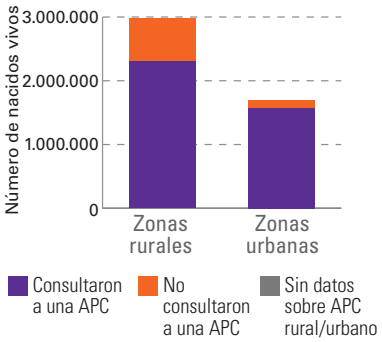
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

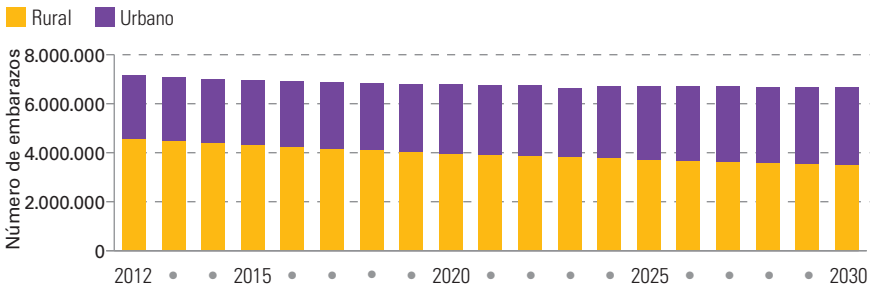
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

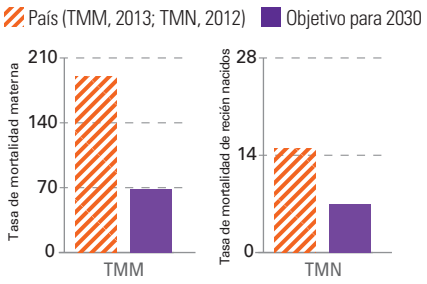
Año de creación de asociaciones profesionales	1951, 2001, 2003
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

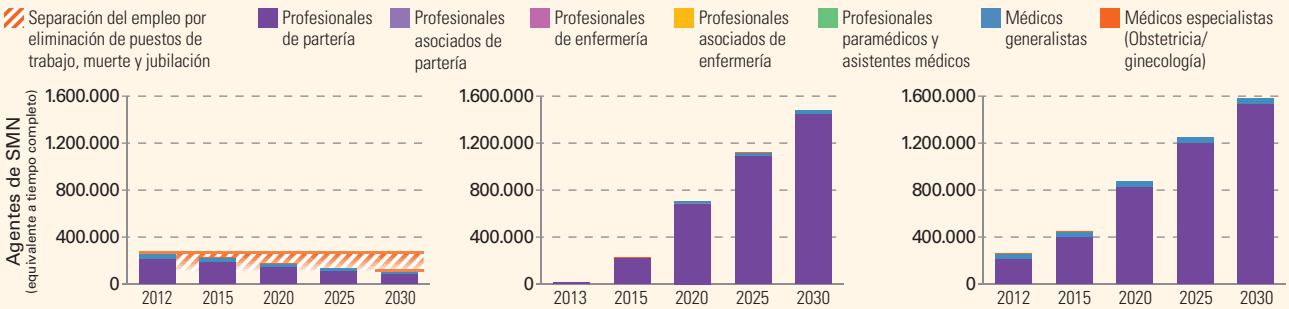
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

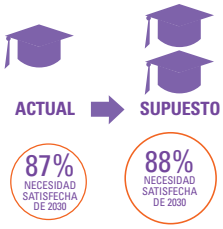


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

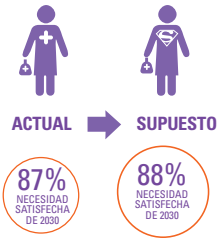
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

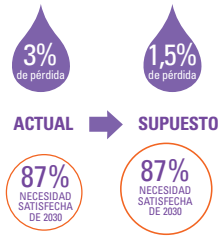
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



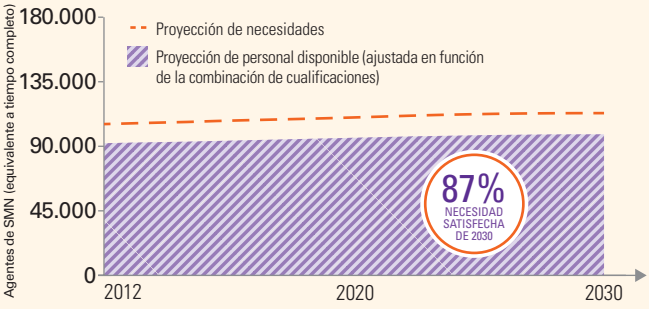
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



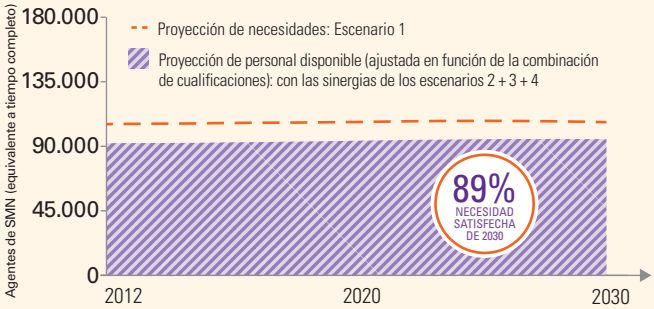
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



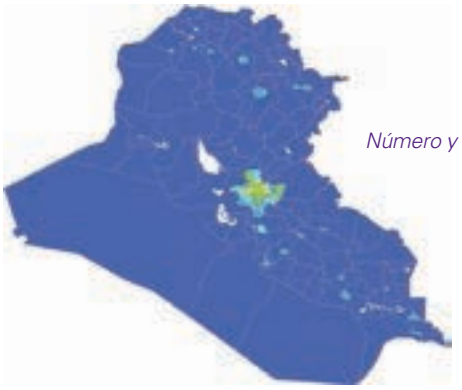
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos (obstetricia/ginecología). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

IRAQ

En 2012, de una población total estimada de 32,8 millones, 23 millones (70%) vivían en zonas rurales y 8 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 55% a 51 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,9 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 131,7 millones de visitas prenatales, 22,4 millones de partos y 89,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.541.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 13.143.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 6.164.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.049.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 4.198.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	1.269	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	–	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	6.934	60
Obstetras y ginecólogos	1.020	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

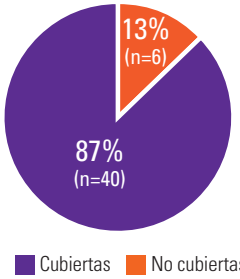
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 31%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

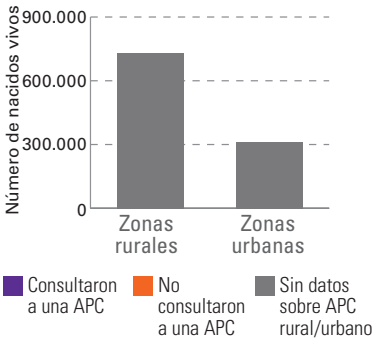
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	584/46
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

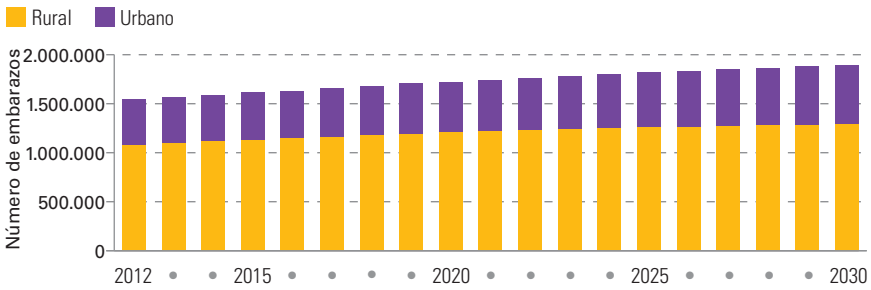
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

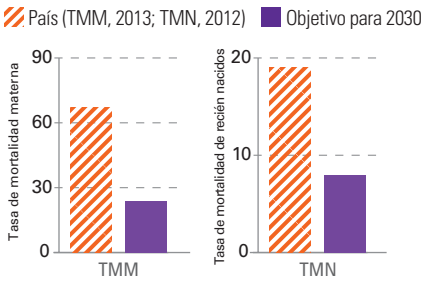
Año de creación de asociaciones profesionales	1959, 1971, 2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

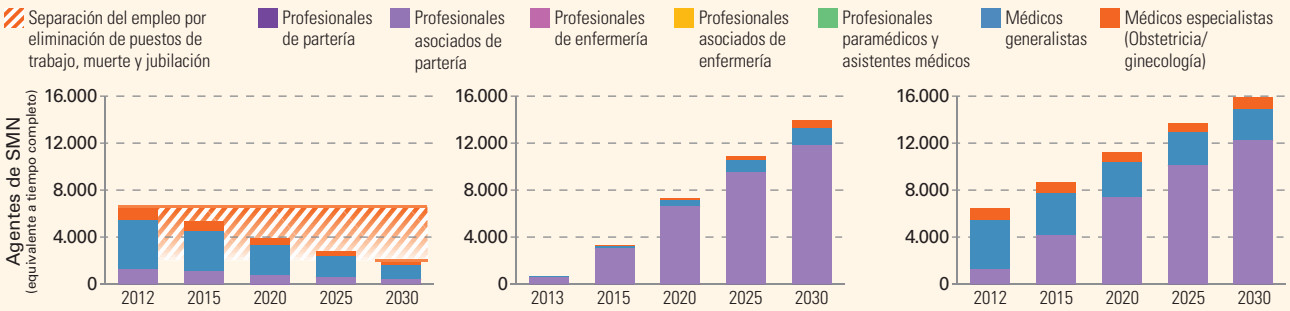
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,9 millones → 1,5 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

32% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 39% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

32% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 37% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

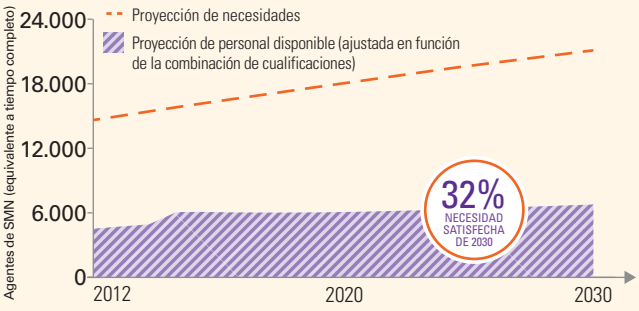
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

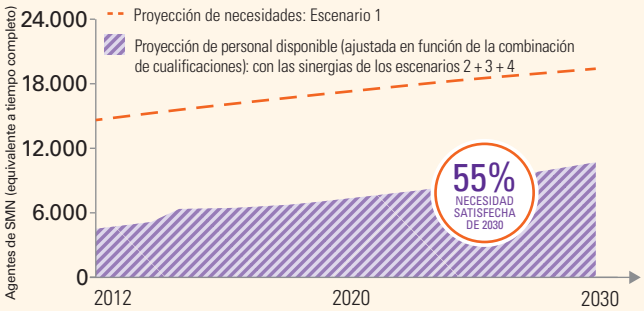
ACTUAL → SUPUESTO

32% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 35% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas, médicos de familia y pediatras; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

ISLAS SALOMÓN

En 2012, de una población total estimada de 0,5 millones, 100% vivían en zonas rurales y 0,1 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 39% a 0,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,03 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 1,8 millones de visitas prenatales, 0,4 millones de partos y 1,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

23.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 <0,09 0,10-0,19 0,20-0,49 0,50-0,99 1,00-1,49 1,50-1,99 2,00-2,49 2,50-10,00 >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 209.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 91.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 18.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 72.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	141	80
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	3	15
Obstetras y ginecólogos	2	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

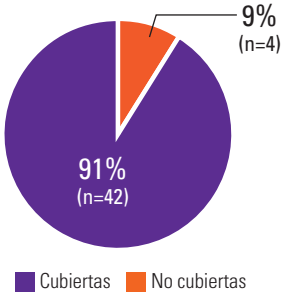
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 33%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

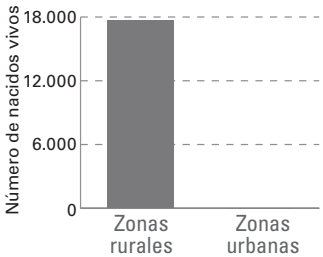
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	40
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	90%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

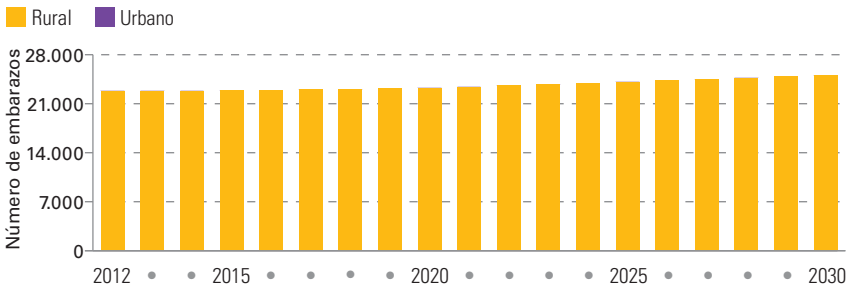
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

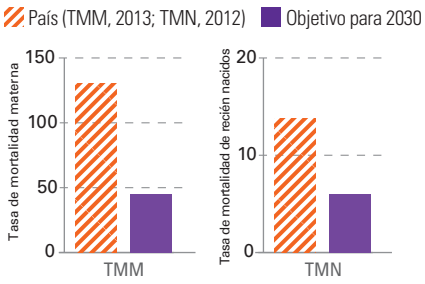
Año de creación de asociaciones profesionales	2004, –, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

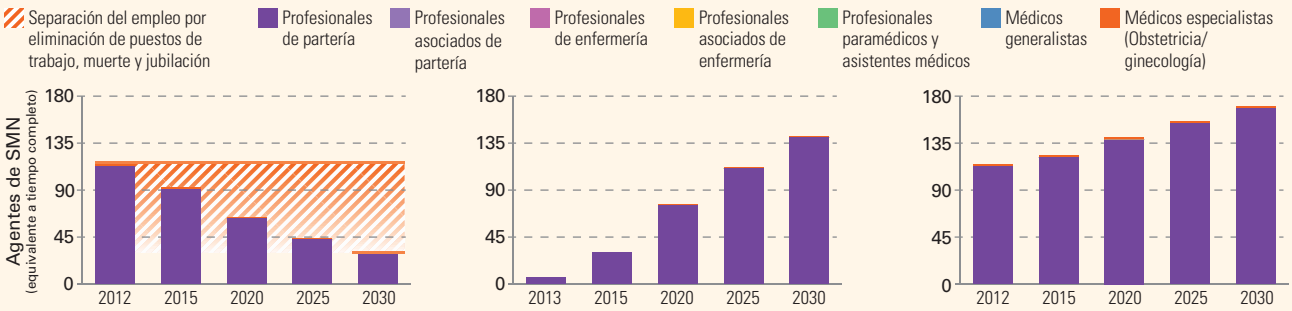
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

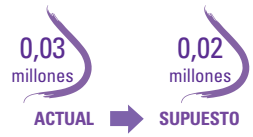
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



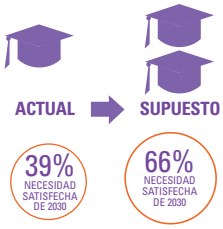
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

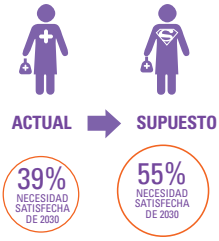


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

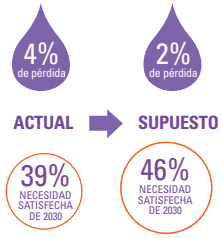
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



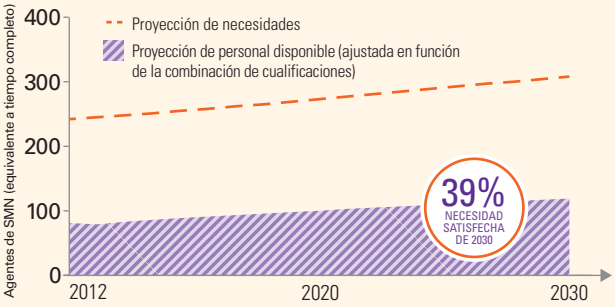
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



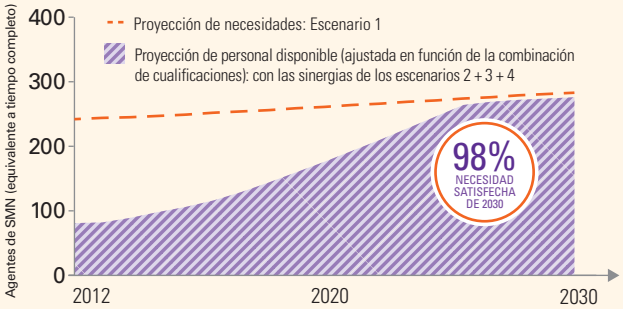
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



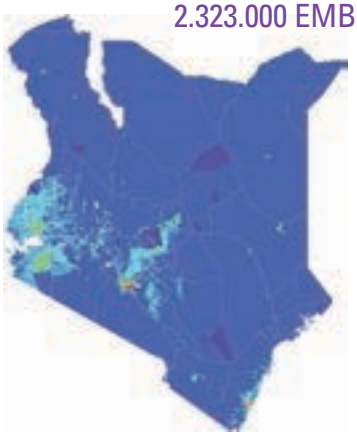
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

KENYA

En 2012, de una población total estimada de 43,2 millones, 32,7 millones (76%) vivían en zonas rurales y 10,5 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 54% a 66,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 2,8 millones de embarazos por año para 2030, 73% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 194,4 millones de visitas prenatales, 32,8 millones de partos y 131,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

2.323.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = APROX. 22.740.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 9.292.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.569.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 6.278.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	71	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	12.000	100
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	7.549	30
Obstetras y ginecólogos	600	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

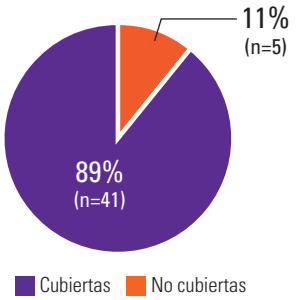
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 45%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

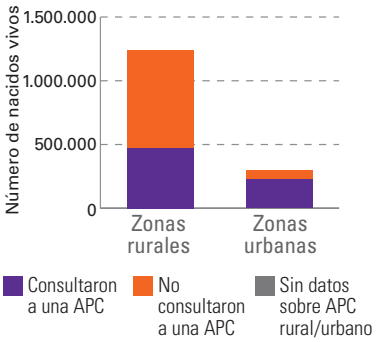
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	28
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	50/70
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

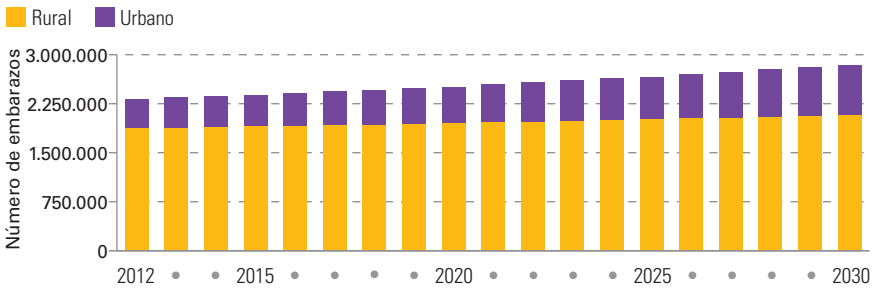
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

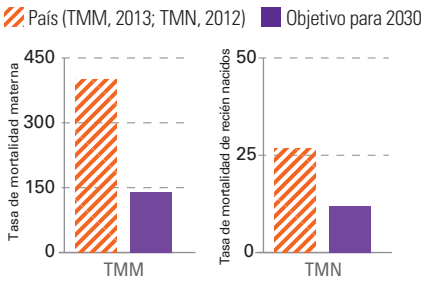
Año de creación de asociaciones profesionales	1994
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

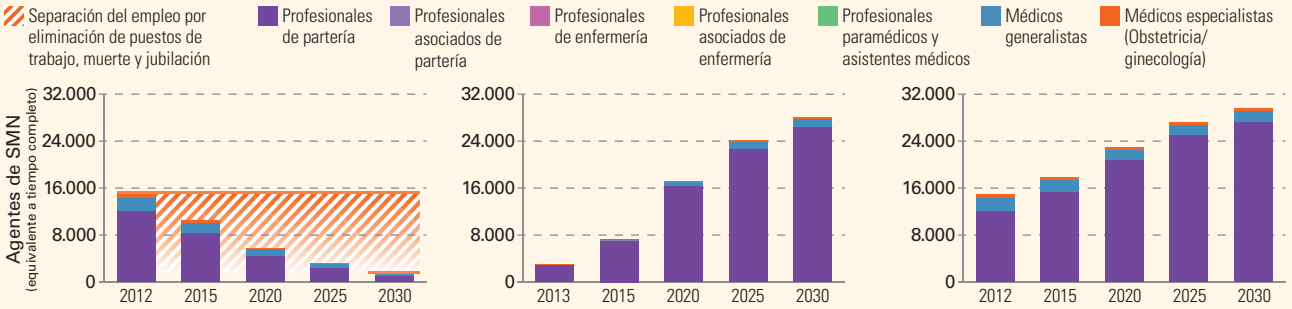
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

2,8 millones → 2,3 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

61% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

61% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

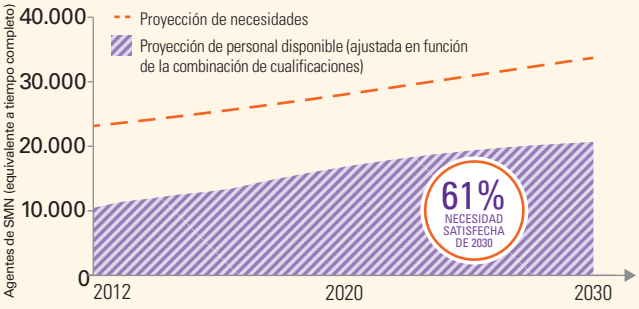
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

9% de pérdida → 4,5% de pérdida

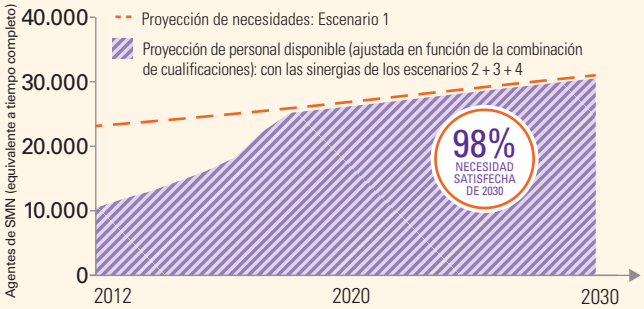
ACTUAL → SUPUESTO

61% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras matriculadas, parteras registradas; Enfermeras: incluyen a las enfermeras comunitarias registradas; Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

KIRGUISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 5,5 millones, 2,5 millones (45%) vivían en zonas rurales y 1,5 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 26% a 6,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,2 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 14,6 millones de visitas prenatales, 2,7 millones de partos y 10,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

204.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 <0,09 0,10-0,19 0,20-0,49 0,50-0,99 1,00-1,49 1,50-1,99 2,00-2,49 2,50-10,00 >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 2.598.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 817.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 150.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 600.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.277	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.729	30
Obstetras y ginecólogos	1.002	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

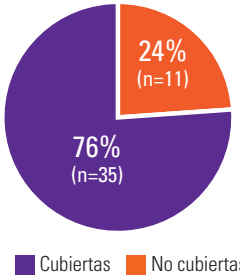
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 64%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

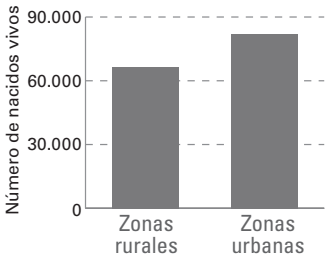
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10-
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	5
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	3.878/170
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

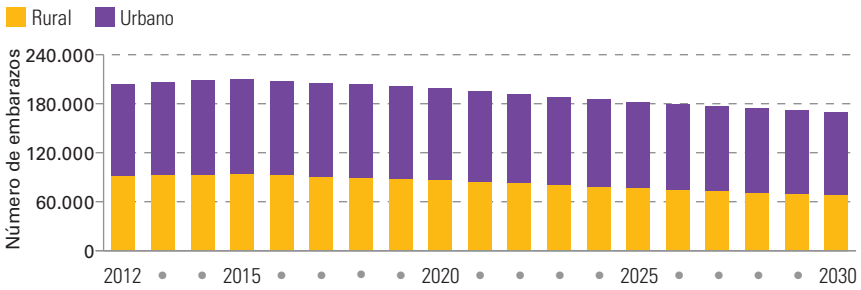
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

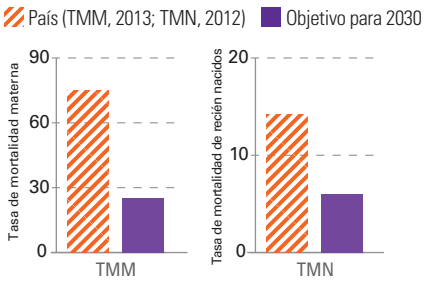
Año de creación de asociaciones profesionales	2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

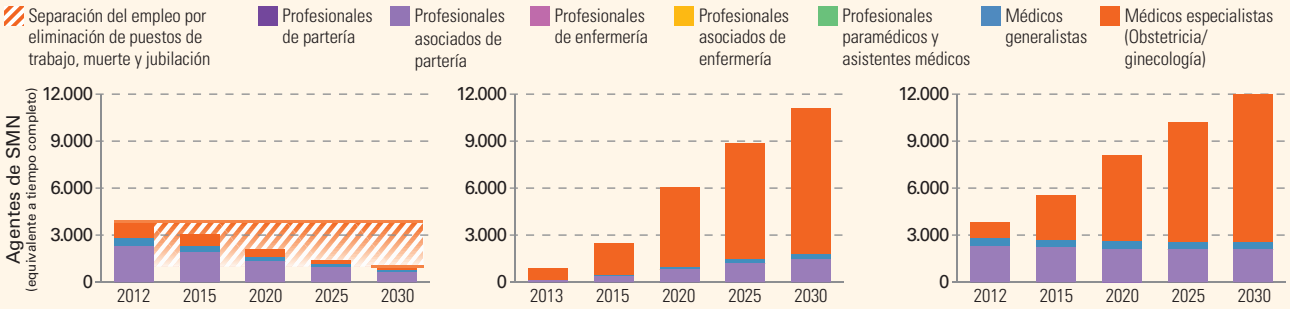
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

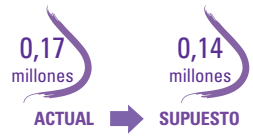
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



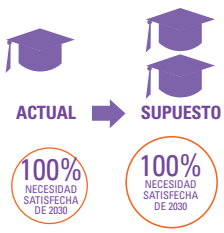
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

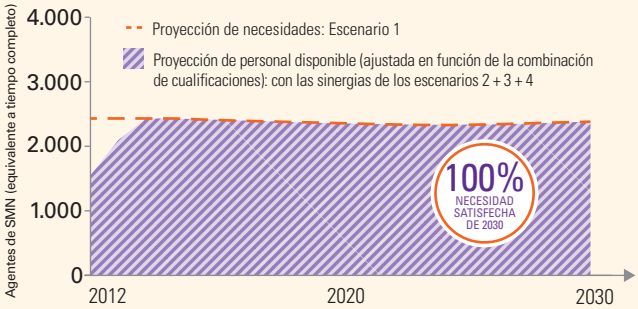


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos de familia; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

LESOTHO

En 2012, de una población total estimada de 2,1 millones, 1,6 millones (77%) vivían en zonas rurales y 0,5 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 18% a 2,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,07 millones de embarazos por año para 2030, 77% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 6 millones de visitas prenatales, 1,1 millones de partos y 4,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

80.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 1.130.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 321.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 58.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 234.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	184	80
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	180	45
Obstetras y ginecólogos	2	90

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

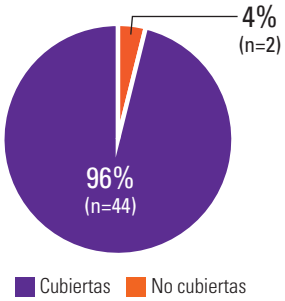
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 14%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

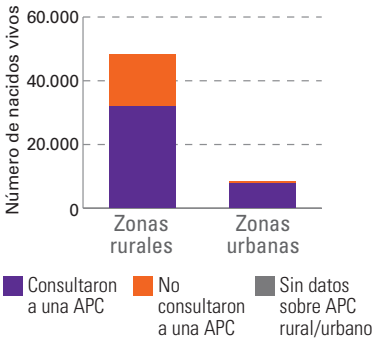
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2009
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	35
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	180/98
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	70%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

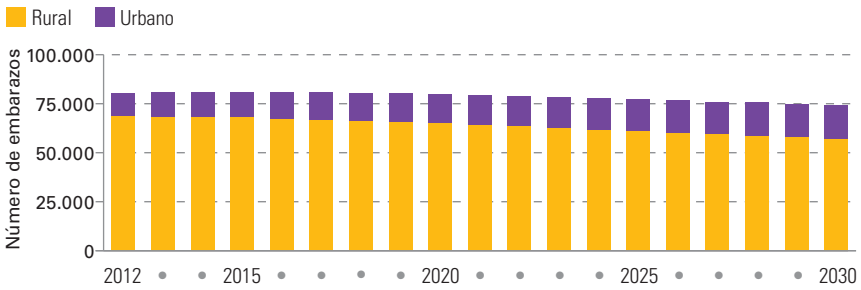
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

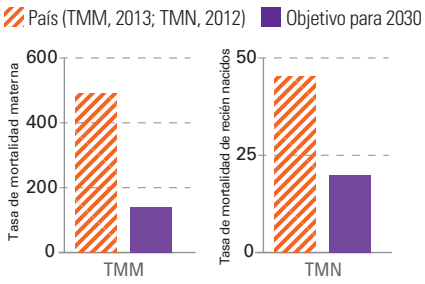
Año de creación de asociaciones profesionales	1980, 2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

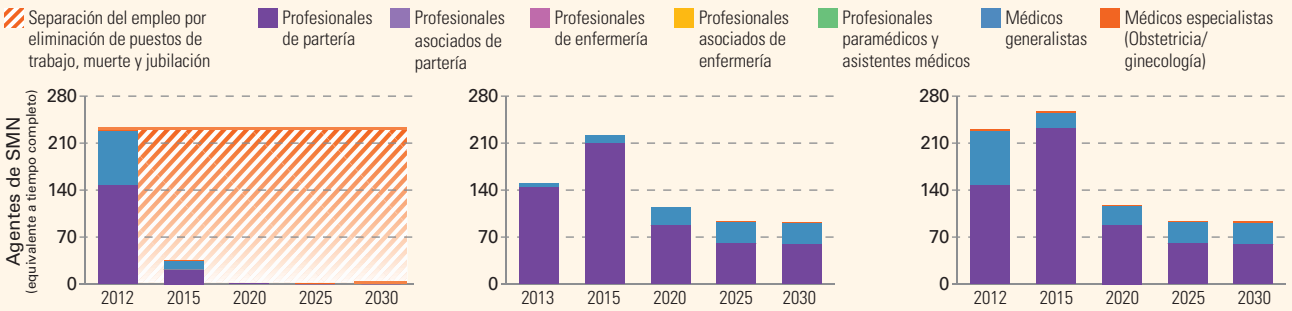
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,07 millones → 0,06 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

5% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 10% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

5% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 7% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

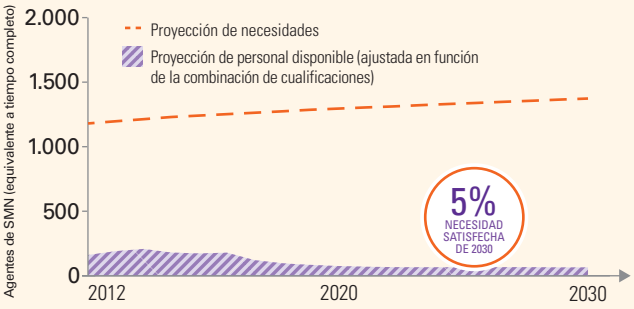
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

45% de pérdida → 22,5% de pérdida

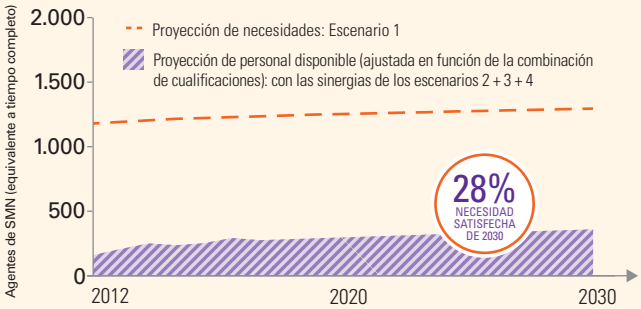
ACTUAL → SUPUESTO

5% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 9% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



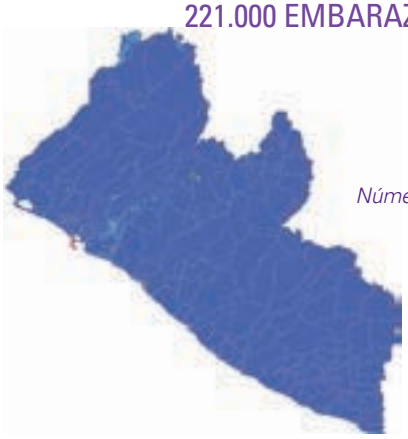
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales (GP); Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

LIBERIA

En 2012, de una población total estimada de 4,2 millones, 3,3 millones (80%) vivían en zonas rurales y 1 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 53% a 6,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,3 millones de embarazos por año para 2030, 76% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 18,8 millones de visitas prenatales, 3,3 millones de partos y 13,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

221.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 1.733.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 884.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 155.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 620.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	806	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	57	75
Enfermeras	4.922	60
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	65	80
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	800	60
Médicos generalistas	289	40
Obstetras y ginecólogos	9	90

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

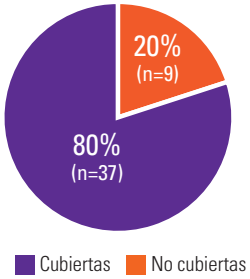
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 97%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

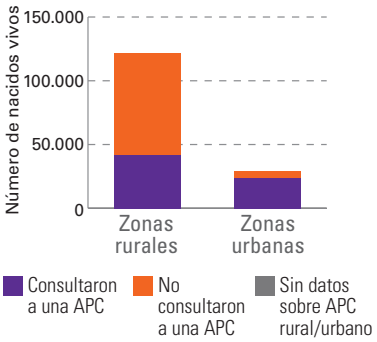
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	75
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	72/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

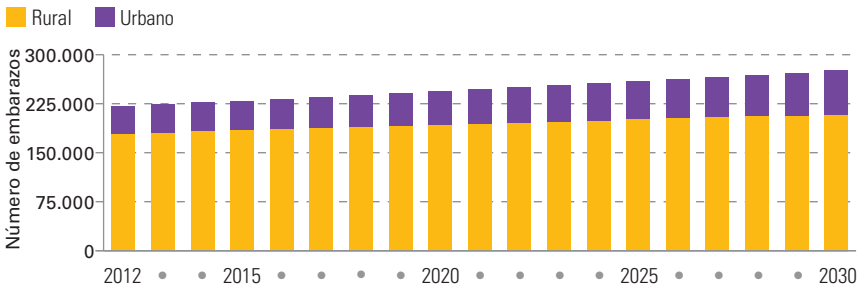
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

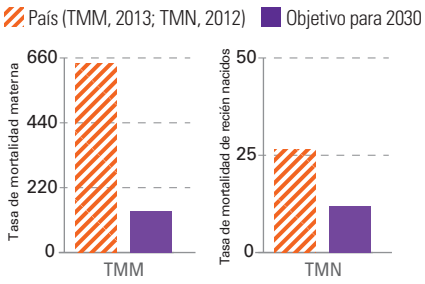
Año de creación de asociaciones profesionales	1958, 1972
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

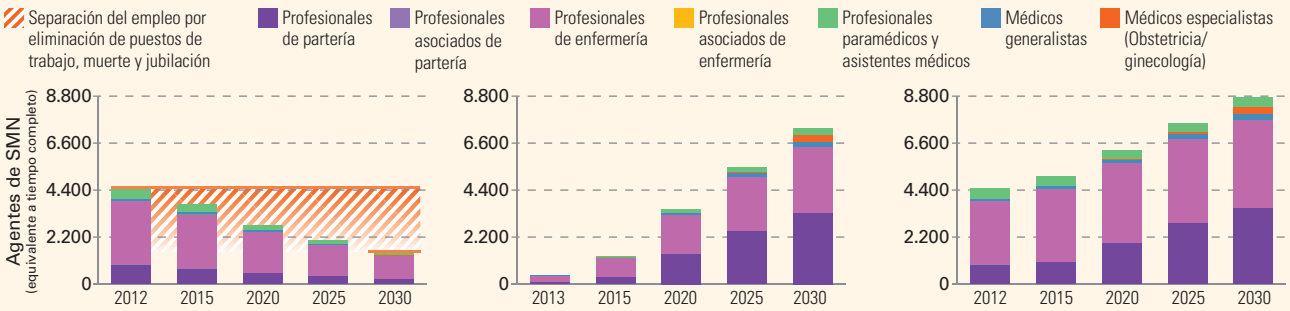
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

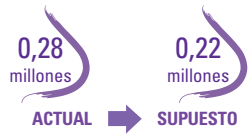
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

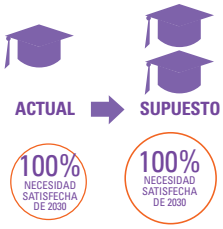
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 **El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?**



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

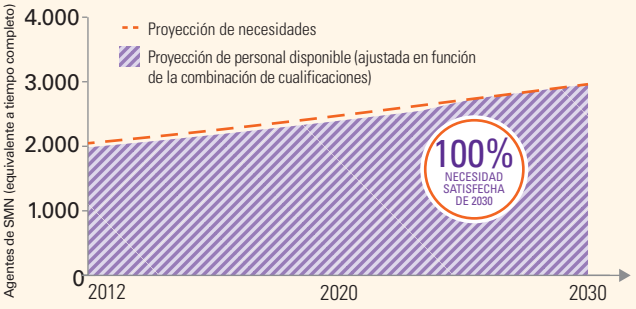
2 **El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?**



3 **La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?**

4 **La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?**

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras certificadas, parteras registradas; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras registradas; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras autorizadas para el ejercicio de la profesión (LPN); Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los asistentes médicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MADAGASCAR

En 2012, de una población total estimada de 22,3 millones, 17,6 millones (79%) vivían en zonas rurales y 5,3 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 61% a 36 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,4 millones de embarazos por año para 2030, 79% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 92,1 millones de visitas prenatales, 18 millones de partos y 71,9 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.022.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 10.480.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.089.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 798.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.192.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	3.400	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	6.000	50
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	2.109	50
Obstetras y ginecólogos	24	100

ANTERIOR AL EMBARAZO / **PRENATAL** / **EN EL PARTO** / **POSPARTO** / **POSNATAL**

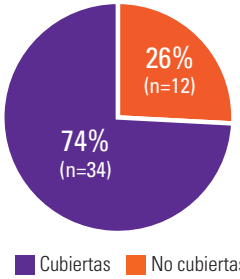
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 48%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

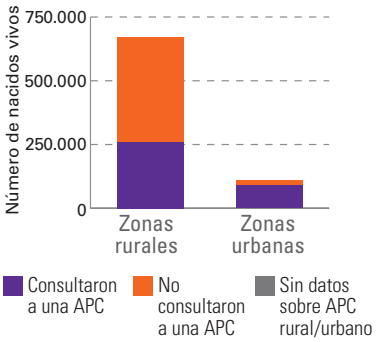
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2005
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	80
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	146/4
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

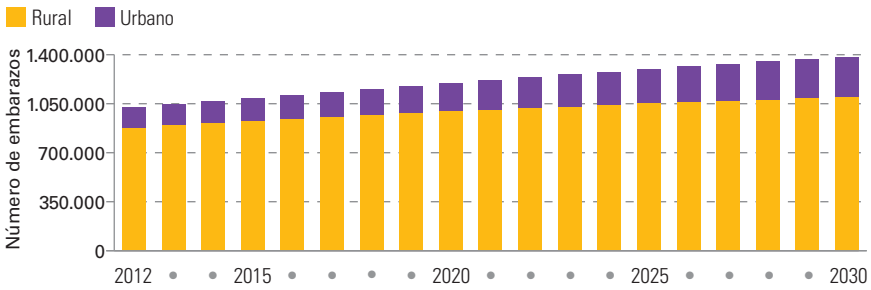
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

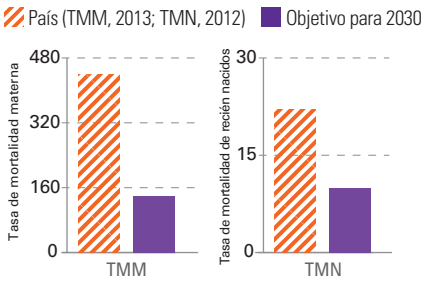
Año de creación de asociaciones profesionales	1996
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

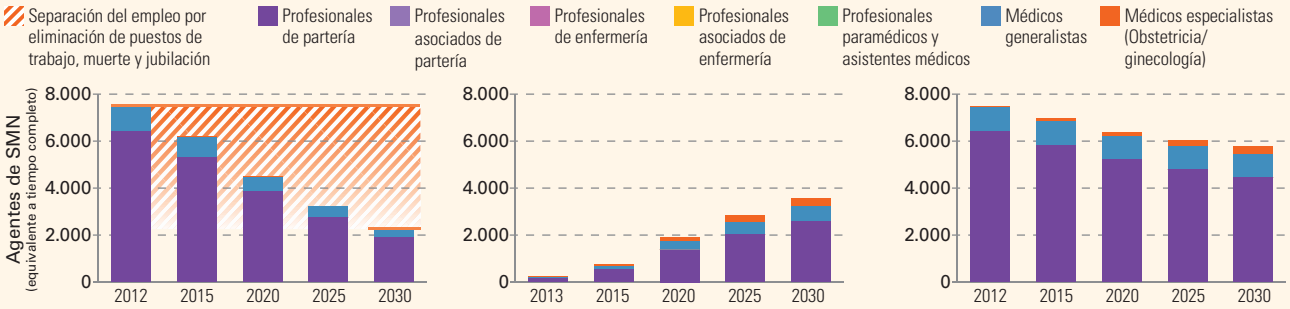
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

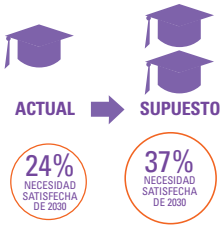


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

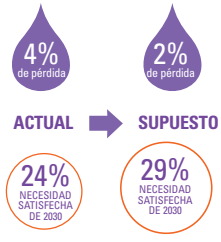
Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

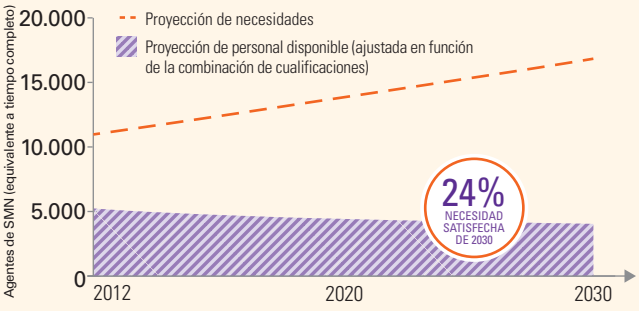


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

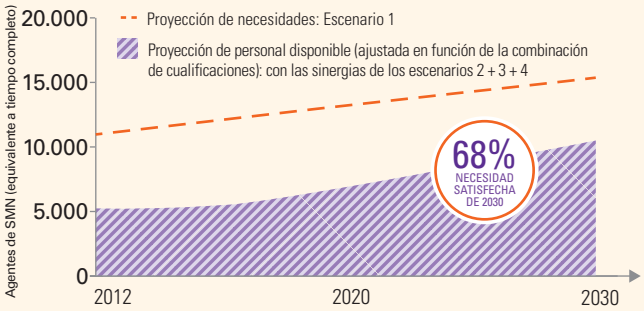
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las infirmiers généralistes; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MALAWI

En 2012, de una población total estimada de 15,9 millones, 13 millones (82%) vivían en zonas rurales y 3,5 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 63% a 26 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,3 millones de embarazos por año para 2030, 79% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 86 millones de visitas prenatales, 14,8 millones de partos y 59,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

951.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 7.775.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.802.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 655.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.619.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	48	100
Enfermeras parteras	3.037	75
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	1.033	25
Médicos generalistas	125	35
Obstetras y ginecólogos	25	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

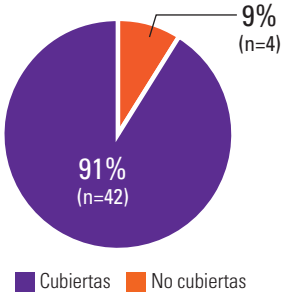
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 20%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

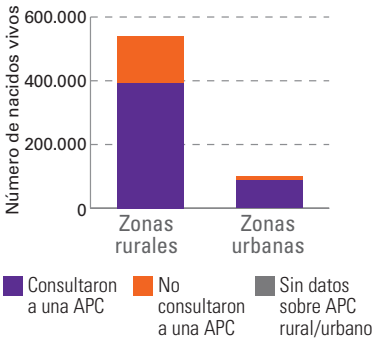
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	40
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	496/16
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	30%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

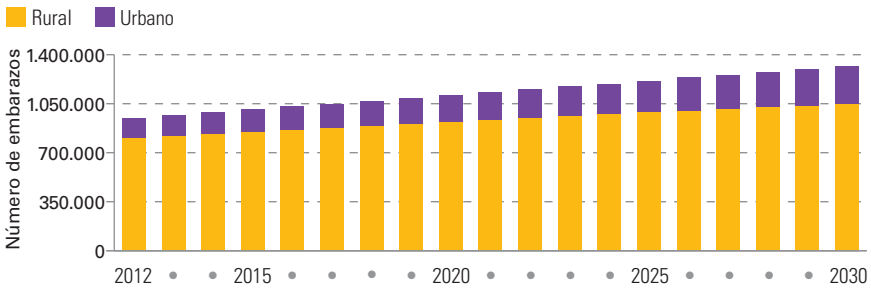
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

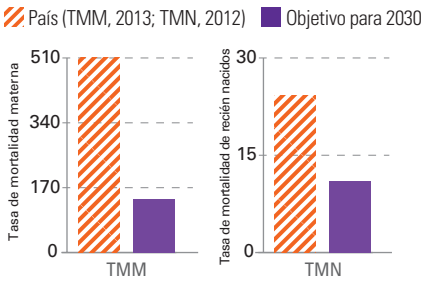
Año de creación de asociaciones profesionales	1979, 1997
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

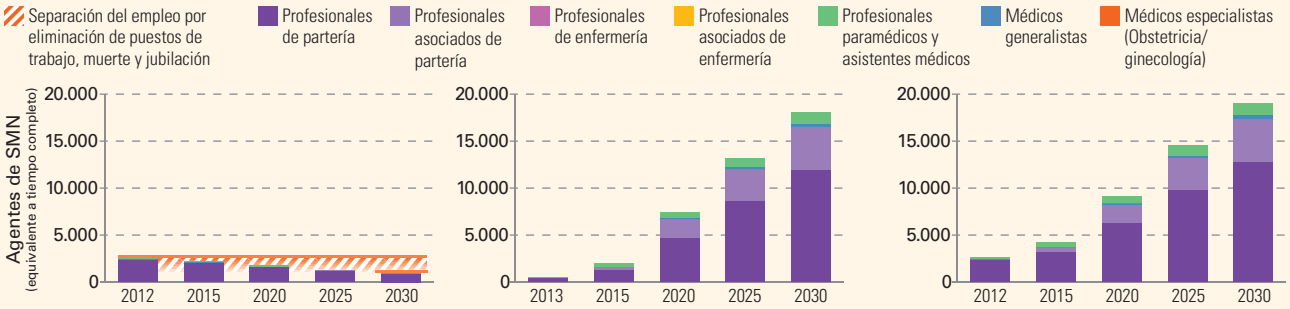
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

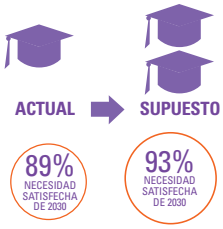


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

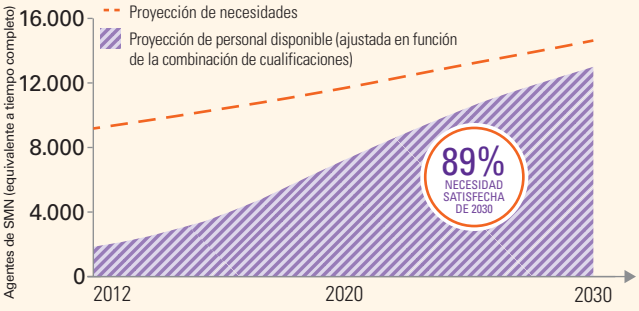
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



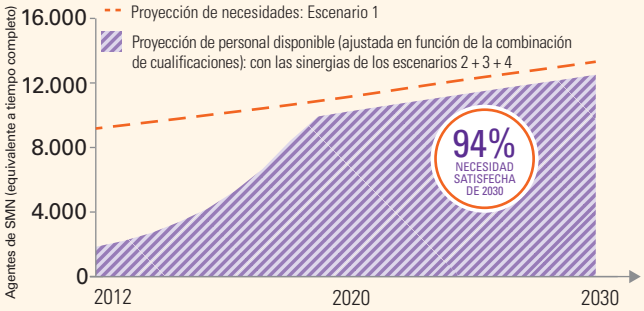
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras auxiliares: incluyen a las asistentes parteras comunitarias; Enfermeras parteras: incluyen a las técnicas enfermeras parteras (graduadas), enfermeras parteras registradas (recibidas); Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios clínicos, asistentes médicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MALI

En 2012, de una población total estimada de 14,9 millones, 9,9 millones (67%) vivían en zonas rurales y 3,3 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 75% a 26,0 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,4 millones de embarazos por año para 2030, 59% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 90 millones de visitas prenatales, 17 millones de partos y 68,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

953.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.170.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.813.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 722.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.889.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	686	100
Parteras auxiliares	1.275	100
Enfermeras parteras	674	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.455	100
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	947	30
Obstetras y ginecólogos	130	100

ANTERIOR AL EMBARAZO / **PRENATAL** / **EN EL PARTO** / **POSPARTO** / **POSNATAL**

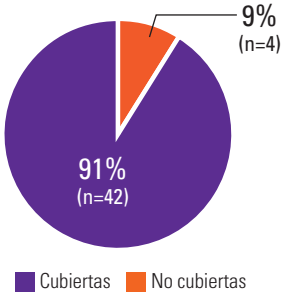
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 30%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

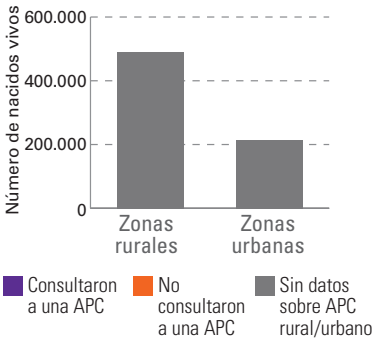
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	30
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	67/10
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

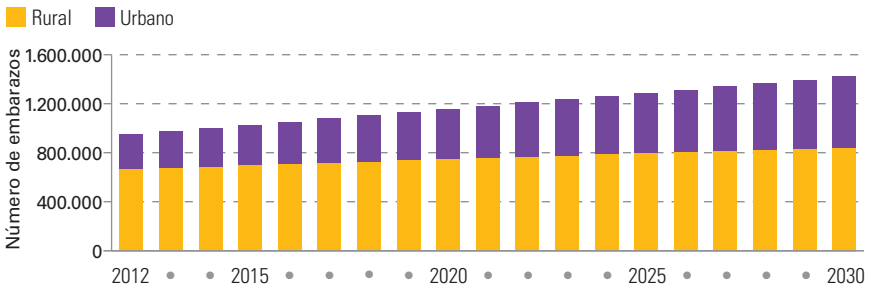
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

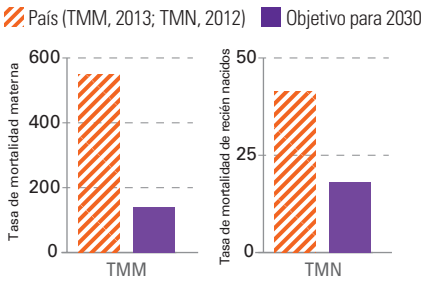
Año de creación de asociaciones profesionales	1997
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

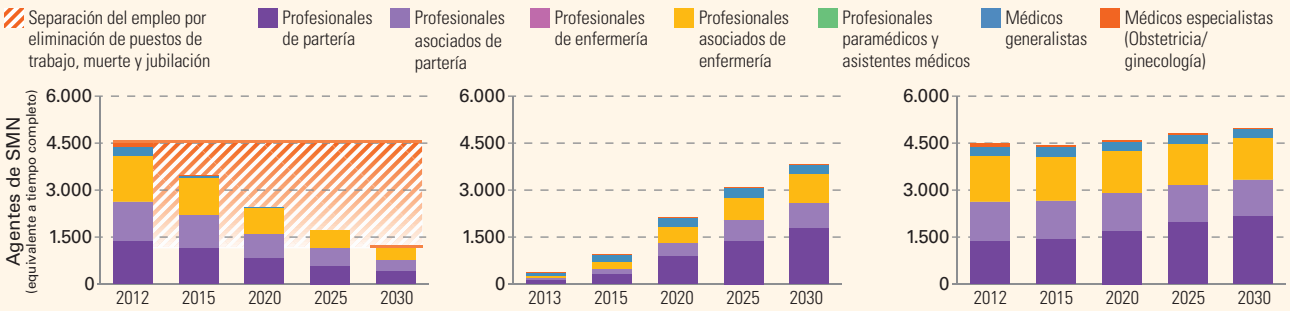
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,4 millones → 1,1 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

27% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 37% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

27% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 35% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

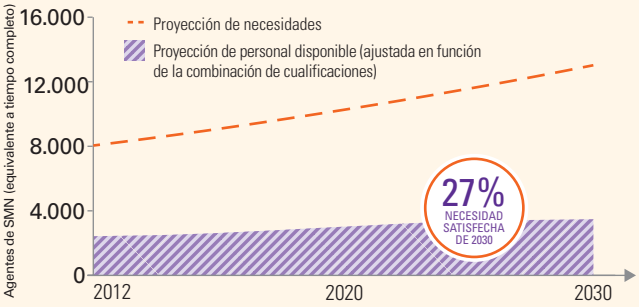
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

7% de pérdida → 3,5% de pérdida

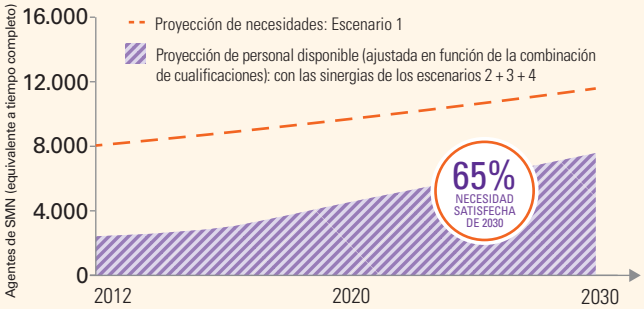
ACTUAL → SUPUESTO

27% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 33% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las matronas; Enfermeras parteras: incluyen a las infirmières obstétriciennes; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las aides soignantes; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MARRUECOS

En 2012, de una población total estimada de 32,5 millones, 13,2 millones (41%) vivían en zonas rurales y 9,2 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 21% a 39,2 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030, 44% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 76 millones de visitas prenatales, 13,1 millones de partos y 52,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.094.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 15.430.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.377.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 754.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.015.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.684	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	375	100
Enfermeras	5.200	100
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	10.288	40
Obstetras y ginecólogos	1.006	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

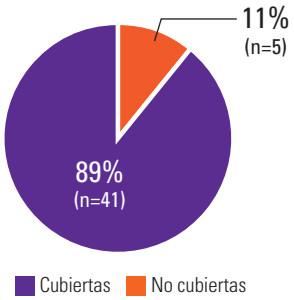
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 67%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

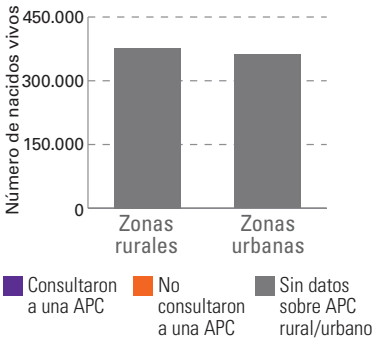
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	80
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	454/17
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	75%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

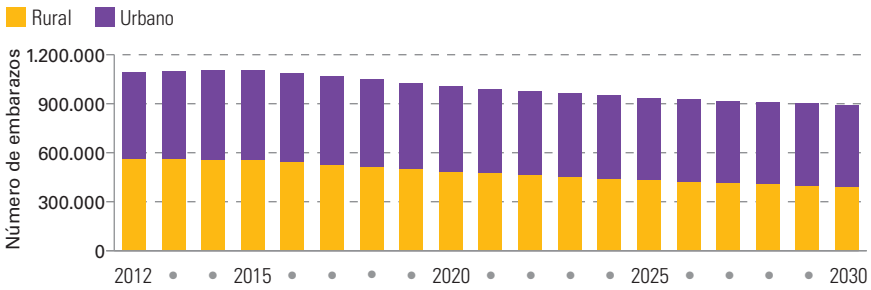
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

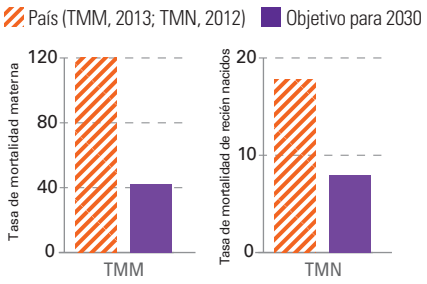
Año de creación de asociaciones profesionales	1990, 2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

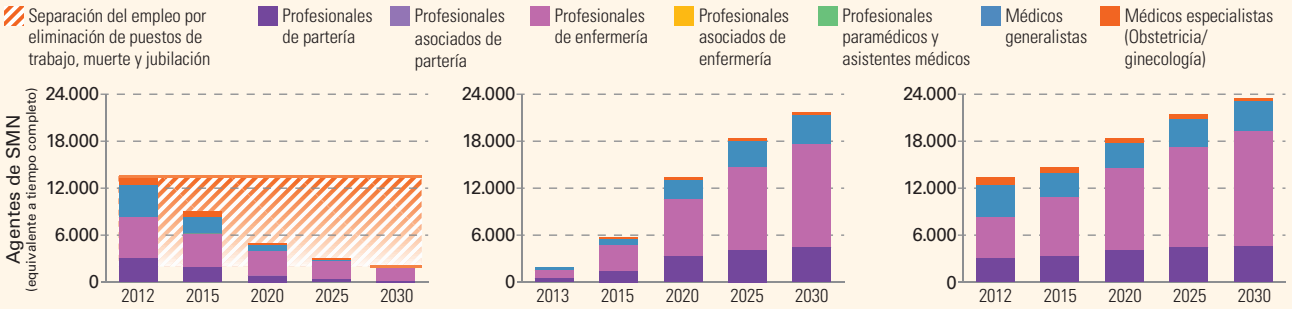
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

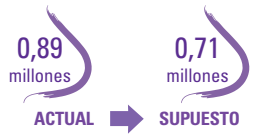
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

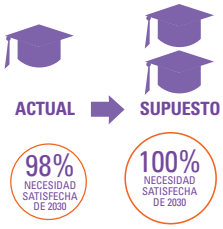
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

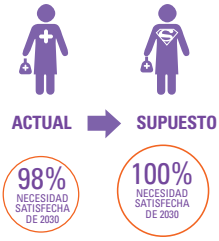


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

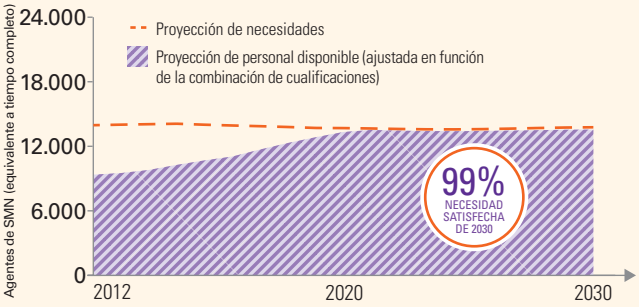


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

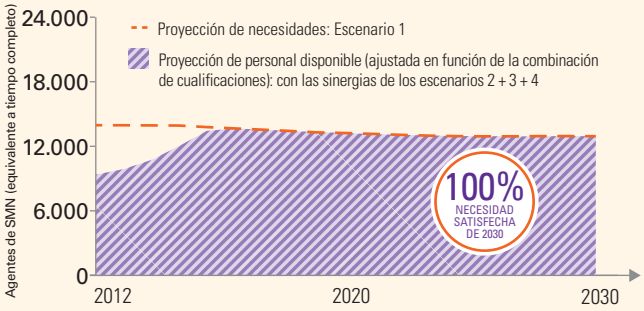


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages femmes; Enfermeras parteras: incluyen a las infirmières accoucheuses; Enfermeras: incluyen a las infirmières polyvalentes de santé maternelle et infantile; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynéco obstétriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MAURITANIA

En 2012, de una población total estimada de 3,8 millones, 3 millones (78%) vivían en zonas rurales y 0,9 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 49% a 5,6 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,2 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 16 millones de visitas prenatales, 2,8 millones de partos y 11,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

190.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 1.548.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 759.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 135.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 538.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	368	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	274	40
Obstetras y ginecólogos	33	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

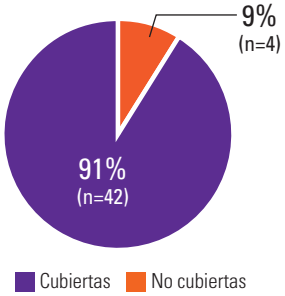
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 19%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

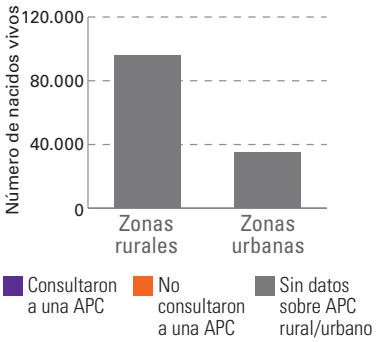
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	48/13
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

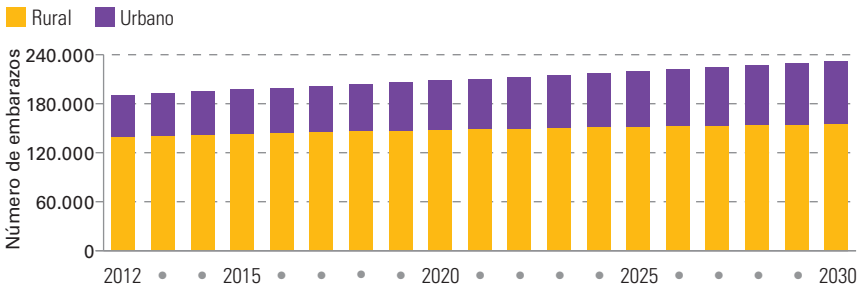
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

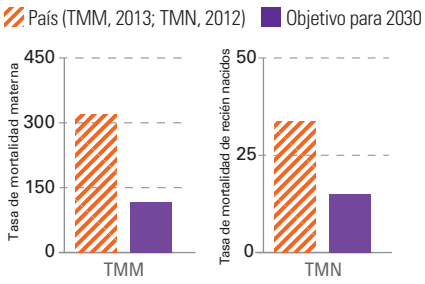
Año de creación de asociaciones profesionales	1986, 2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

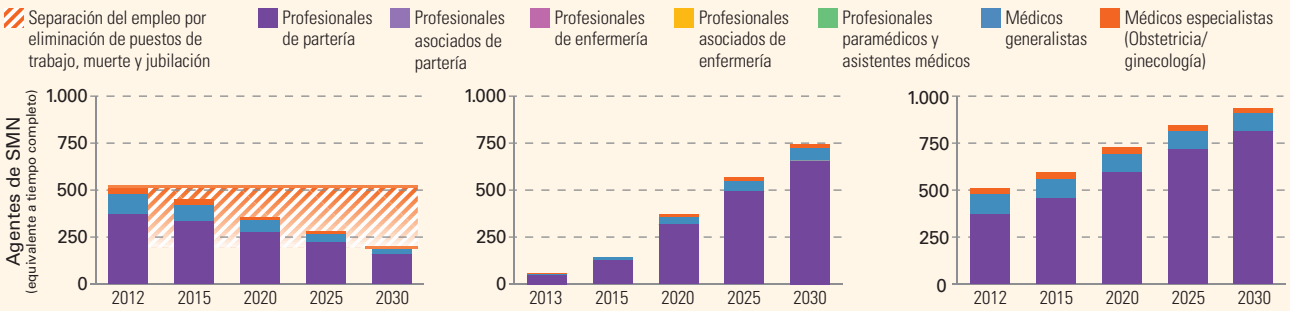
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

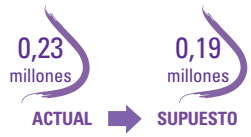
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



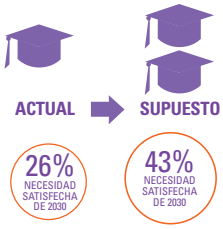
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



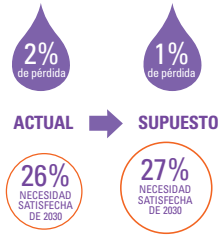
Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

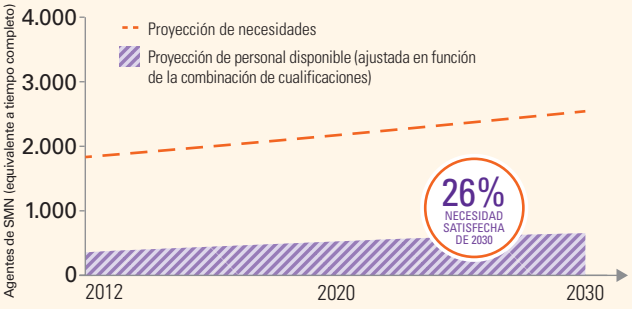


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

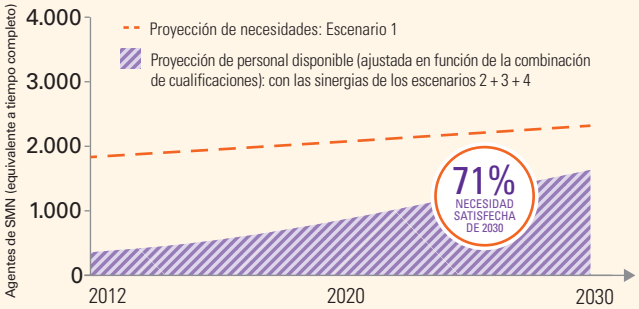
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MÉXICO

En 2012, de una población total estimada de 120,8 millones, 54,4 millones (45%) vivían en zonas rurales y 33,6 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 19% a 143,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 3,1 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 251,4 millones de visitas prenatales, 41 millones de partos y 163,9 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

3.530.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 72.514.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 14.119.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 2.301.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 9.204.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	78	100
Parteras auxiliares	23.000	100
Enfermeras parteras	16.200	20
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	–	10
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	56.433	40
Obstetras y ginecólogos	8.668	75

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

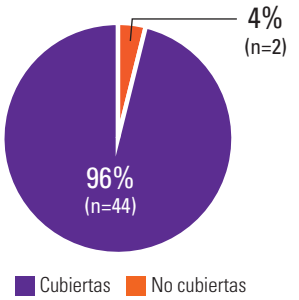
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 61%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

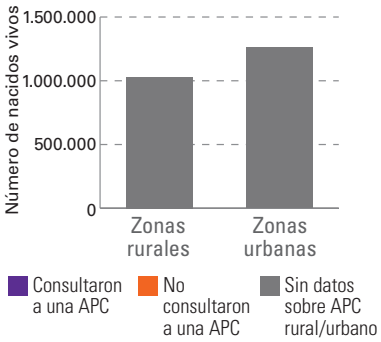
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	80
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	90%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

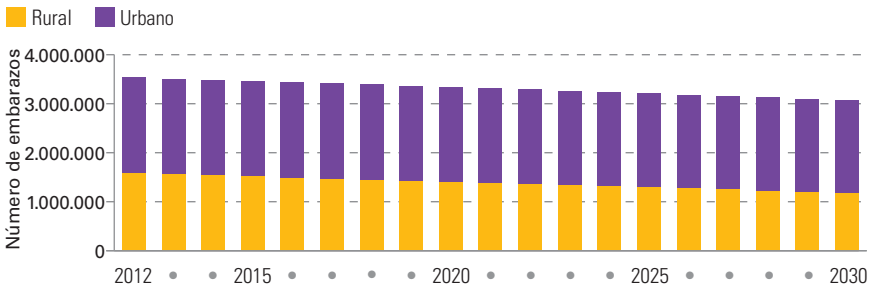
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

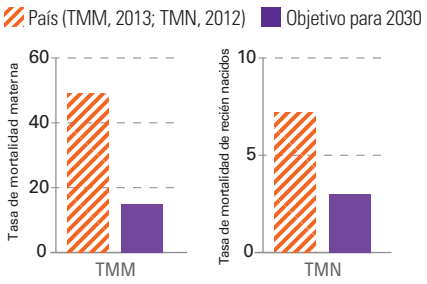
Año de creación de asociaciones profesionales	2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	No
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

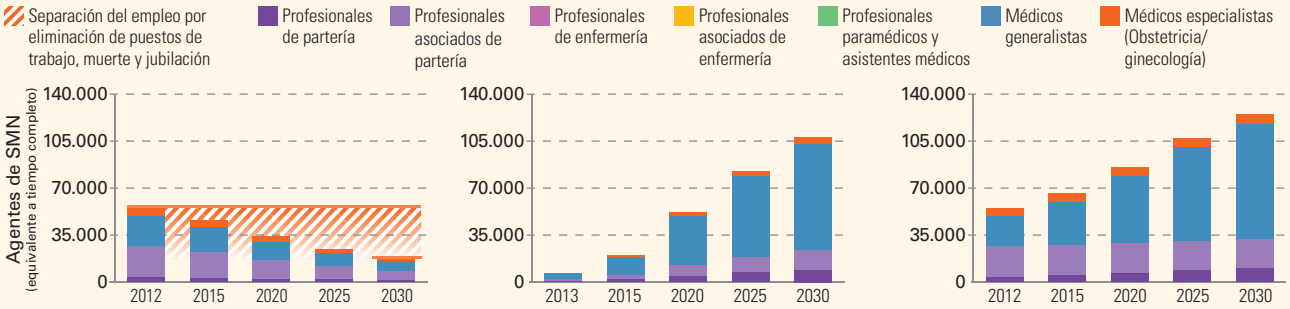
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

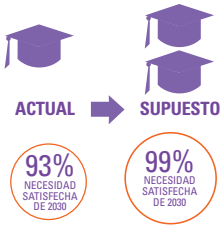


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

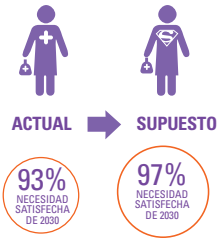
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

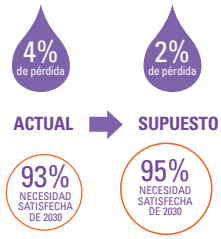
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



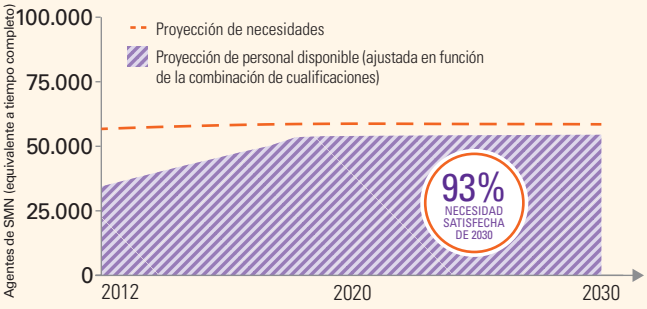
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



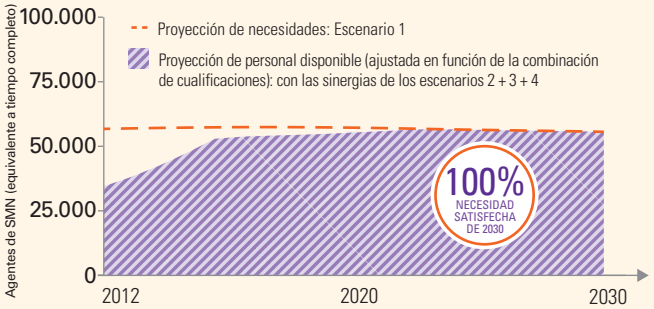
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos obstetras y ginecólogos.
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de *Acción Todos los Recién Nacidos*.

MOZAMBIQUE

En 2012, de una población total estimada de 25,2 millones, 19,4 millones (77%) vivían en zonas rurales y 5,8 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 54% a 38,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,8 millones de embarazos por año para 2030, 75% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 116,3 millones de visitas prenatales, 22,2 millones de partos y 89 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.337.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 8.728.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 5.349.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.023.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 4.093.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	3.545	60
Parteras auxiliares	720	60
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	678	15
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	3.019	20
Médicos generalistas	878	30
Obstetras y ginecólogos	65	60

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

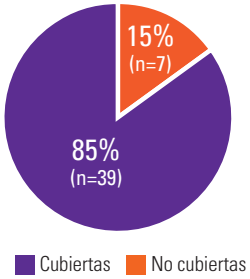
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 17%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

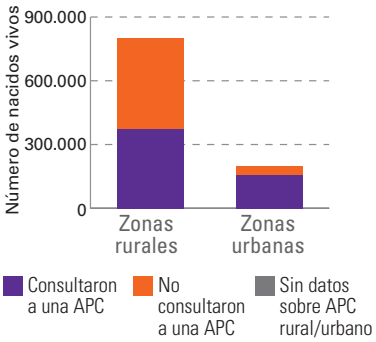
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	580/16
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	96%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

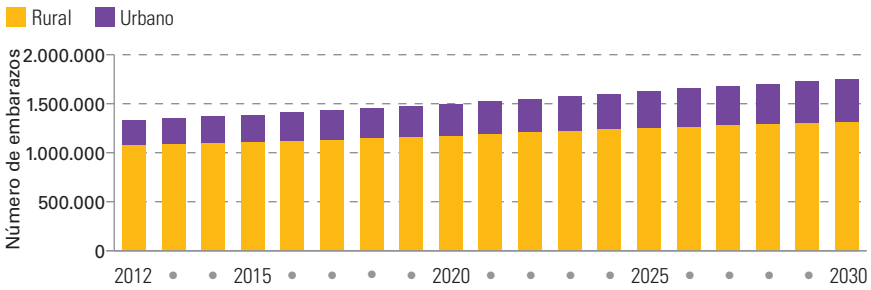
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

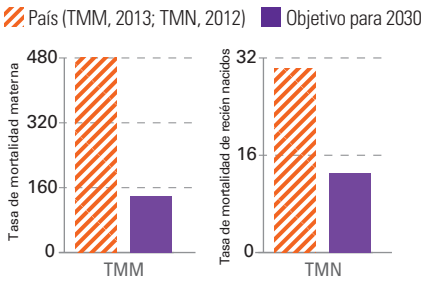
Año de creación de asociaciones profesionales	1989, 2004
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

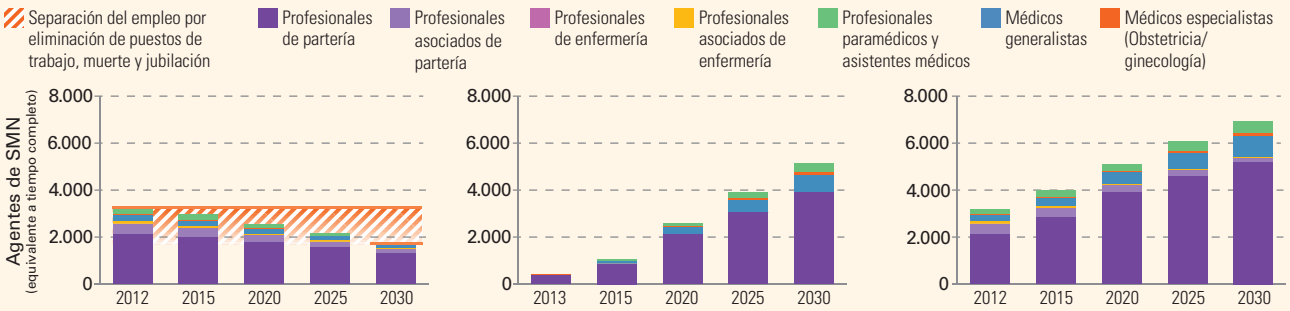
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,8 millones → 1,4 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

25% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 38% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

25% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 35% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

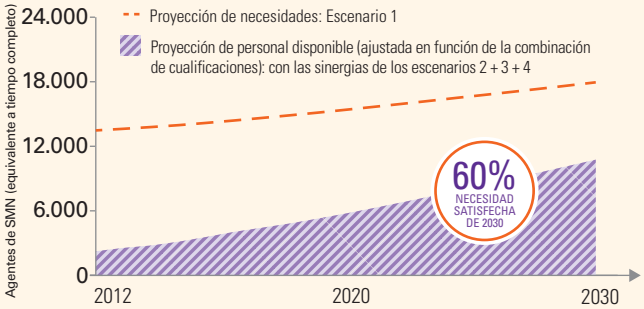
0% de pérdida → 0% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

25% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 25% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las enfermeras de salud materno-infantil (nivel básico, medio y superior); Parteras auxiliares: incluyen a las parteras primarias; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras primarias; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos (obstetras y ginecólogos); Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los técnicos quirúrgicos (nivel medio y superior), técnicos médicos (nivel medio), agentes médicos (nivel básico). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere al cuadro de enfermeras de salud materno-infantil (nivel superior). La información respecto del número de graduadas en 2012/como % de todas las parteras que ejercen su profesión se refiere a los cuadros de enfermeras de salud materno-infantil (nivel básico, medio y superior).
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

MYANMAR

En 2012, de una población total estimada de 52,8 millones, 39,7 millones (75%) vivían en zonas rurales y 15,5 millones (29%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 11% a 58,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,3 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 109 millones de visitas prenatales, 16,6 millones de partos y 66,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.559.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 26.352.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 6.237.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 948.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.793.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	20.617	80
Parteras auxiliares	22.757	85
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	28.254	80
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	29.832	20
Obstetras y ginecólogos	267	80

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

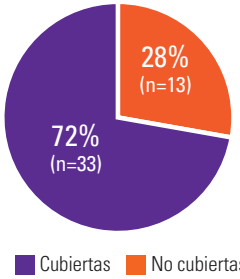
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 87%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

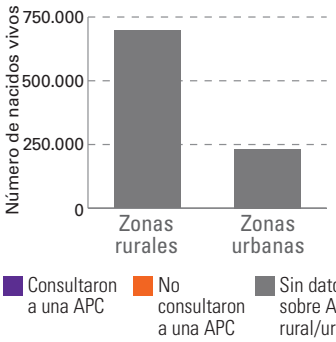
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	10
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	929/5
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

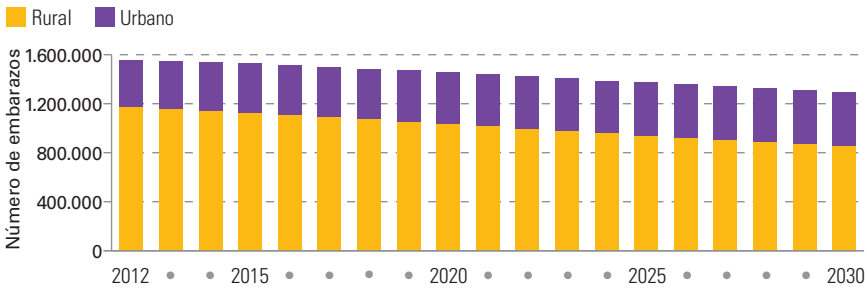
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

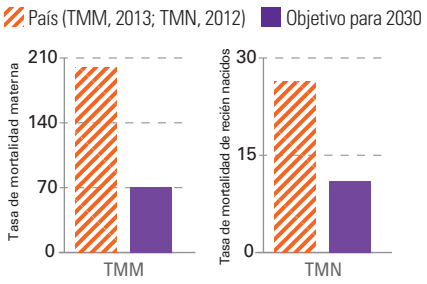
Año de creación de asociaciones profesionales	1948
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

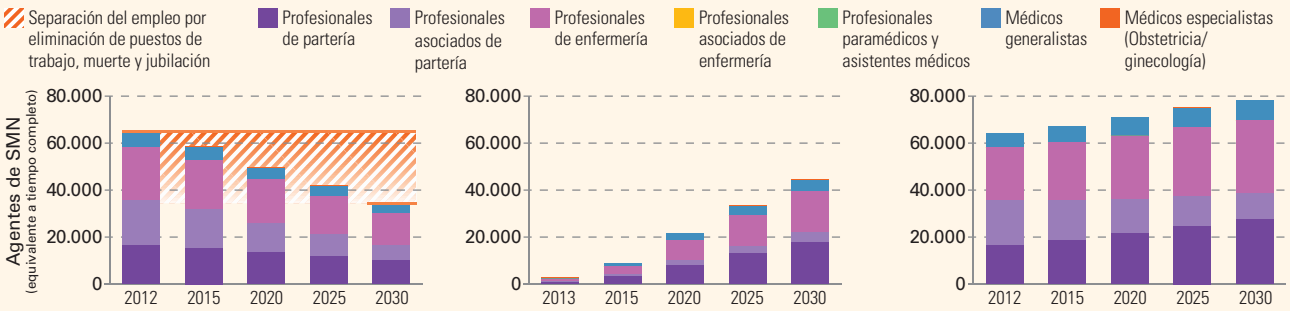
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,3 millones → 1,0 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

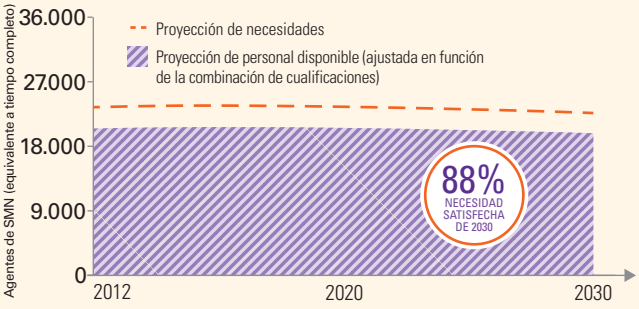
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

1% de pérdida → 0,5% de pérdida

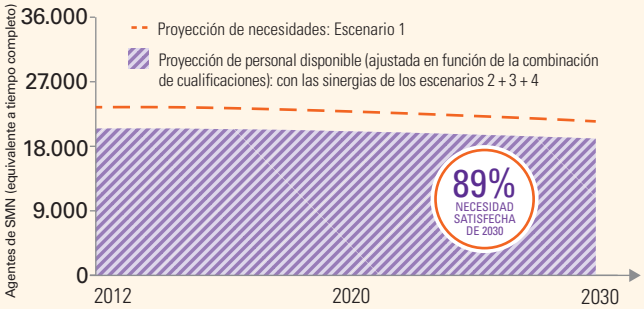
ACTUAL → SUPUESTO

88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 88% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras auxiliares (voluntarias), visitadoras de salud femenina; Enfermeras: incluyen a las enfermeras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos.
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

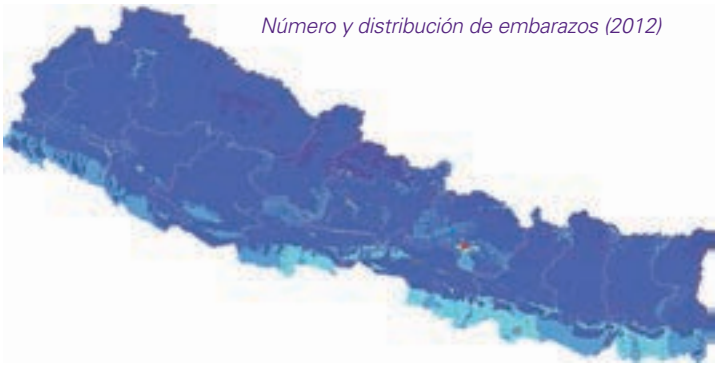
NEPAL

En 2012, de una población total estimada de 27,5 millones, 23 millones (84%) vivían en zonas rurales y 7,4 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 20% a 32,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030, 85% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 70,2 millones de visitas prenatales, 10,9 millones de partos y 43,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

974.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 13.501.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.894.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 606.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 2.423.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	4.029	60
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	3.711	100
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	5.384	30
Obstetras y ginecólogos	2.500	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

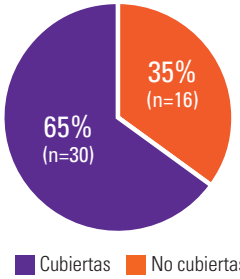
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 55%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

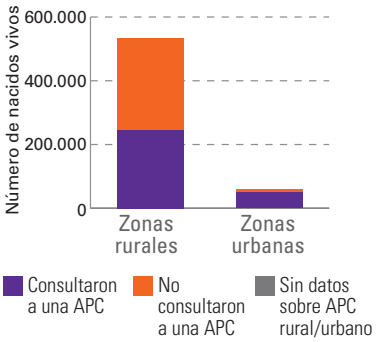
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	1.300/32
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	40%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

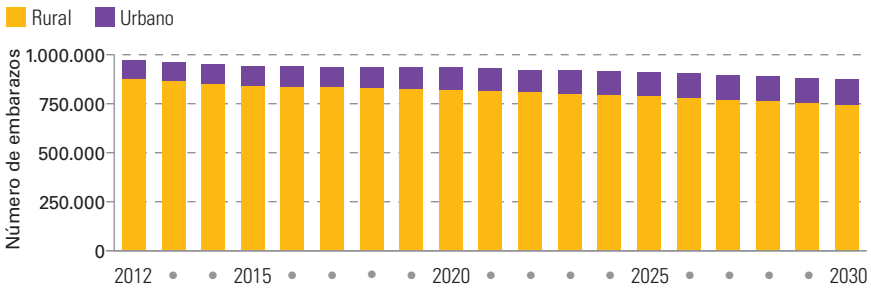
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	0
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

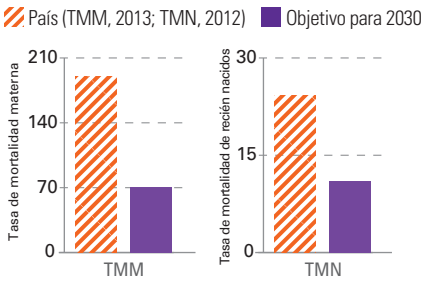
Año de creación de asociaciones profesionales	1962, 2010
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

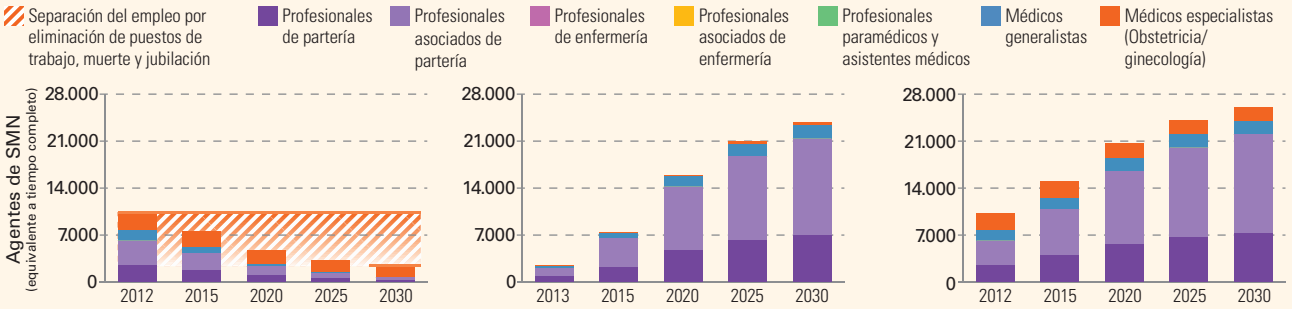
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



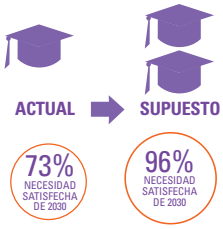
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

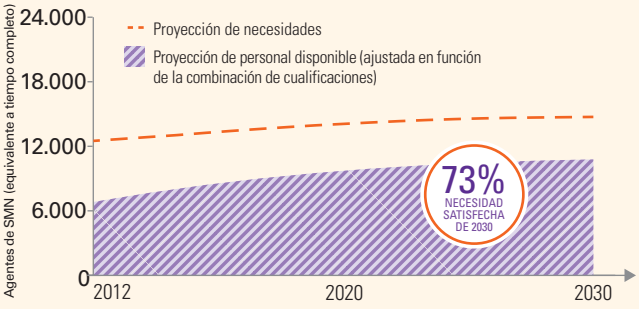
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



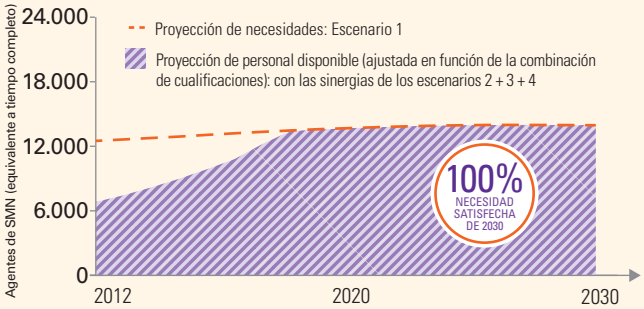
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras: incluyen a las enfermeras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares (ANM); Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

NIGER

En 2012, de una población total estimada de 17,2 millones, 13,8 millones (80%) vivían en zonas rurales y 3,6 millones (21%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 7,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 101% a 34,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 2 millones de embarazos por año para 2030, 75% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 116,5 millones de visitas prenatales, 23 millones de partos y 92 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.109.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.164.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.438.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 877.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.507.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	1.090	100
Parteras auxiliares	32	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	3.782	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	3.554	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	145	–
Médicos generalistas	958	–
Obstetras y ginecólogos	49	100

ANTERIOR AL EMBARAZO · **PRENATAL** · **EN EL PARTO** · **POSPARTO** · **POSNATAL**

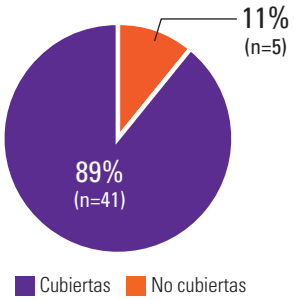
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 55%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

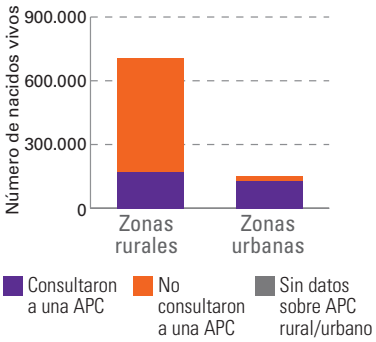
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2008
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	70
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	78/7
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

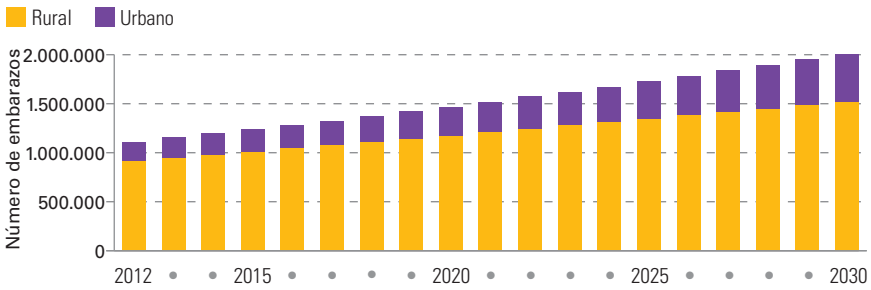
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

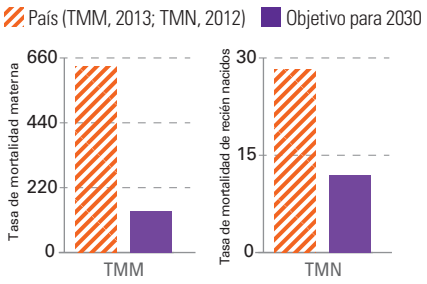
Año de creación de asociaciones profesionales	1954, 1975, 1988
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

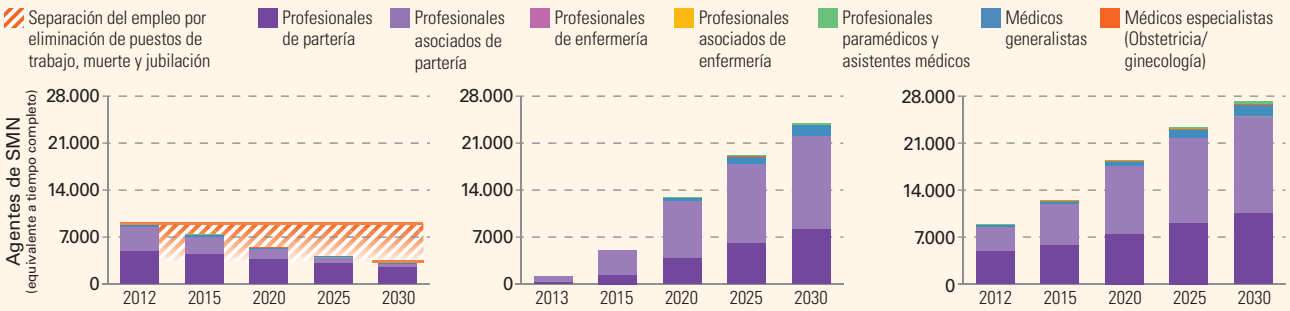
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

2,0 millones → 1,6 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 89% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

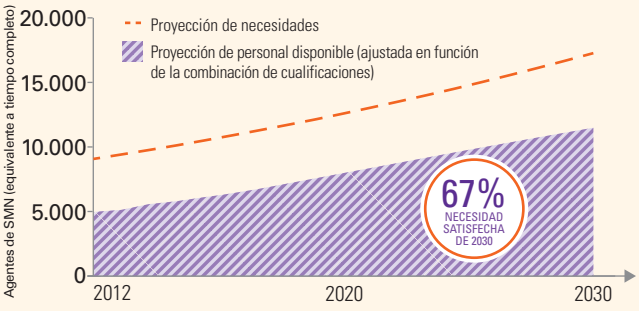
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

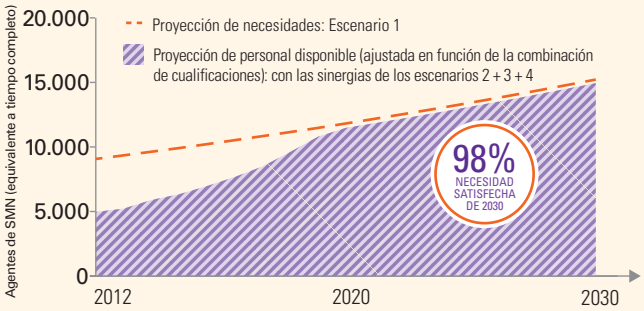
ACTUAL → SUPUESTO

67% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 69% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



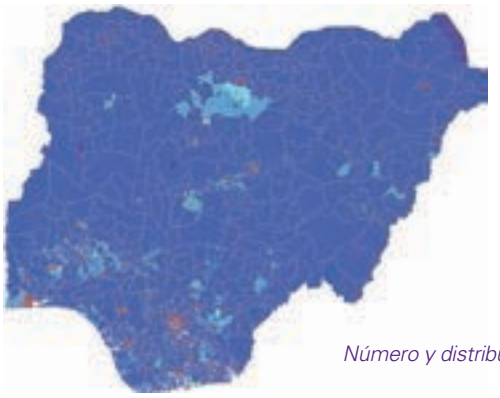
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes; Parteras auxiliares: incluyen a las assistantes sages-femmes; Enfermeras: incluyen a las infirmiers diplômés d'etat; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las agents de santé de base (ASB); Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes, capacitaires en chirurgie de district (CCD); Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médecins spécialistes (gynéco-obstétriciens); Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los aides-anesthésistes, aides-chirurgiens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

NIGERIA

En 2012, de una población total estimada de 168,8 millones, 109,5 millones (65%) vivían en zonas rurales y 38,2 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 62% a 273,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 12,8 millones de embarazos por año para 2030, 59% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 837,4 millones de visitas prenatales, 163,8 millones de partos y 655,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

9.366.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

- **EN EL EMBARAZO** (todas las mujeres en edad reproductiva) = **58.924.000** visitas de planificación familiar
- **PRENATAL** (embarazos x 4) = **37.464.000** visitas de rutina
- **EN EL PARTO** = **7.330.000** parteras capacitadas
- **POSPARTO** (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = **29.319.000** visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	101.286	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	77.382	22
Médicos generalistas	20.284	30
Obstetras y ginecólogos	968	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

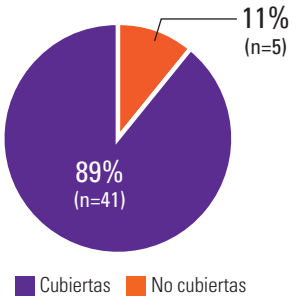
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 97%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

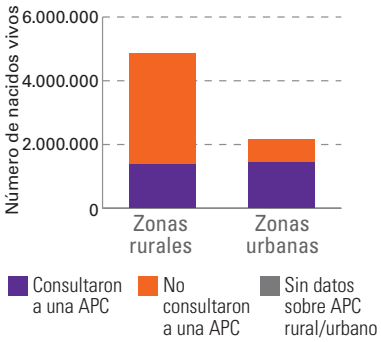
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2006
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	130
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	7.173/7
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

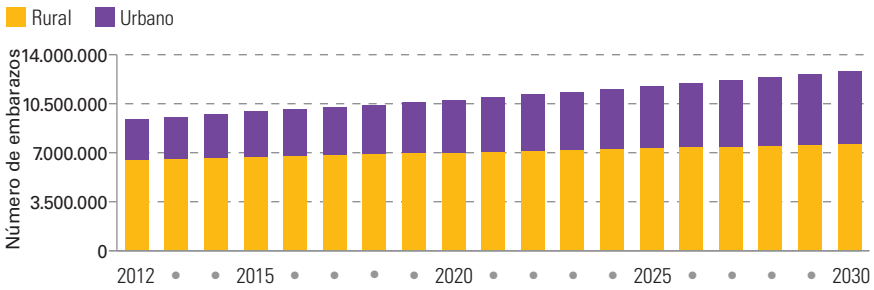
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

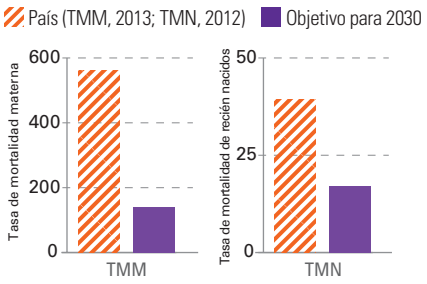
Año de creación de asociaciones profesionales	1977
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

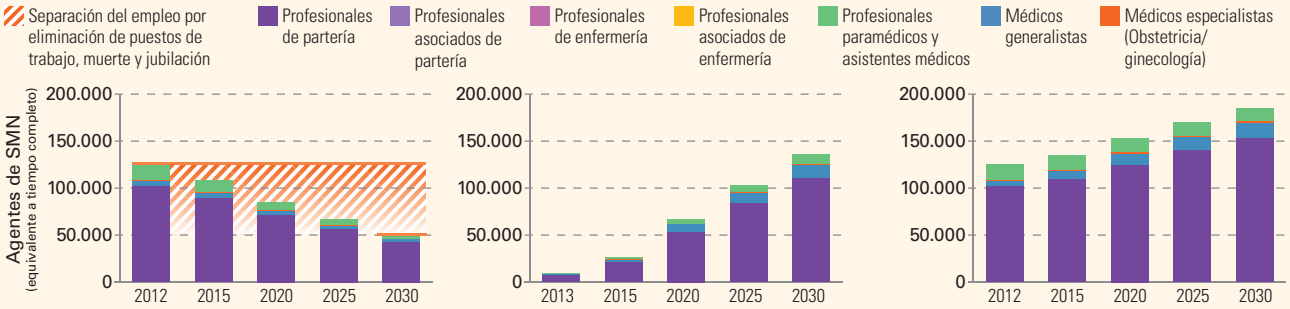
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

12,8 millones → 10,3 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 98% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

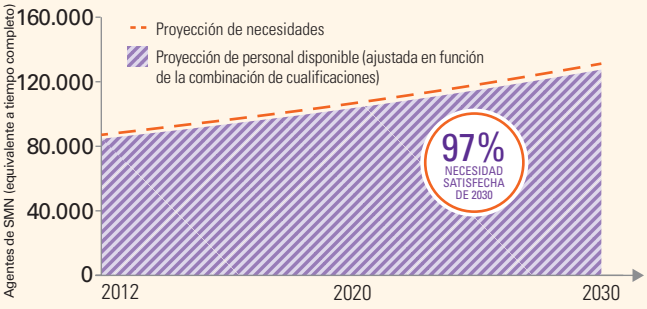
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

2% de pérdida → 1% de pérdida

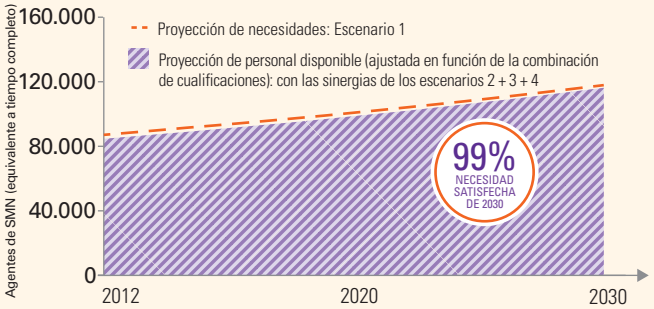
ACTUAL → SUPUESTO

97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



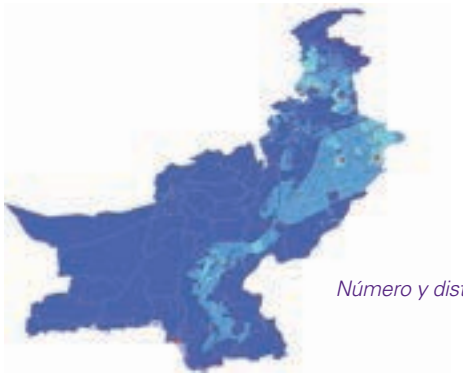
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras, parteras comunitarias, enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos (obstetras y ginecólogos); Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los agentes de divulgación sanitaria comunitarios recién iniciados en el ejercicio de la profesión, funcionarios sanitarios comunitarios, agentes de divulgación sanitaria. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere al cuadro de parteras. La información respecto del número de graduadas en 2012/como % de todas las parteras que ejercen su profesión se refiere a los cuadros de parteras, parteras comunitarias y enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

PAKISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 179,2 millones, 111,9 millones (62%) vivían en zonas rurales y 46,2 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 29% a 231,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 6,8 millones de embarazos por año para 2030, 56% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 536,2 millones de visitas prenatales, 90,3 millones de partos y 361,1 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

7.175.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 72.281.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 28.701.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 4.831.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 19.325.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	14.790	85
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	41.016	17
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	160.000	34
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	138.421	15
Obstetras y ginecólogos	1.795	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

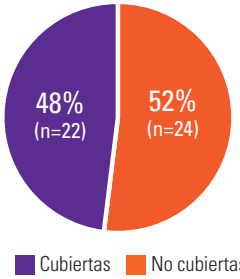
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 42%

$$\frac{\text{tiempo de personal disponible}}{\text{tiempo de personal necesario}}$$

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

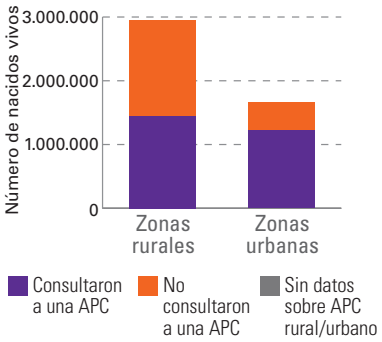
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	1
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	25
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	6.306/43
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	55%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

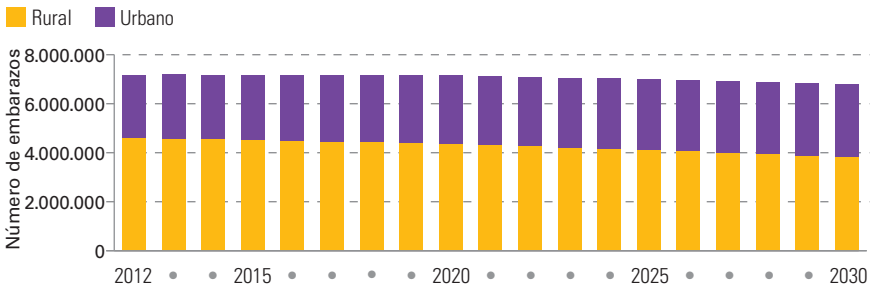
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	1
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

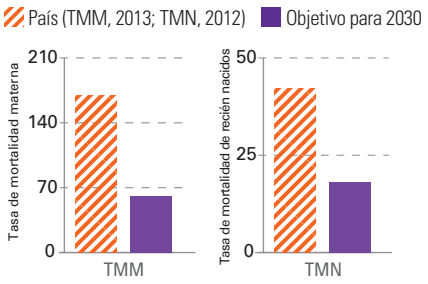
Año de creación de asociaciones profesionales	2005
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	No
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

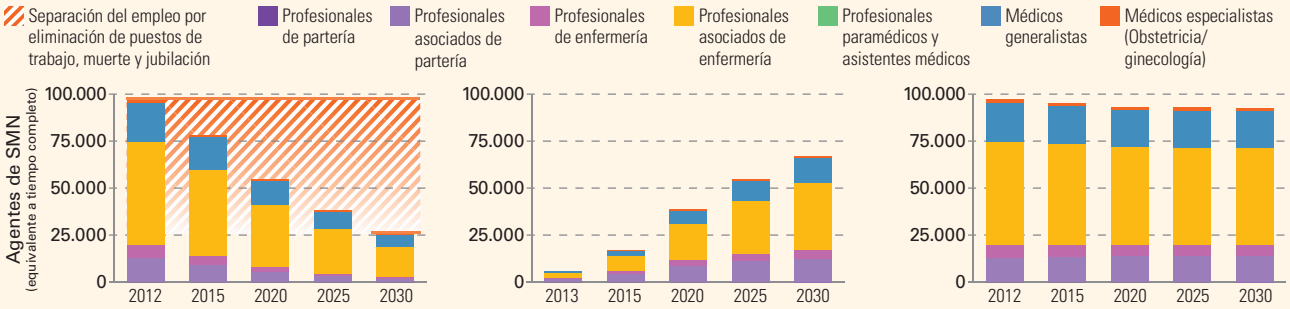
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

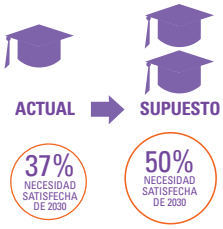


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

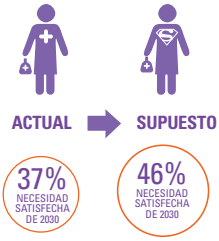
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

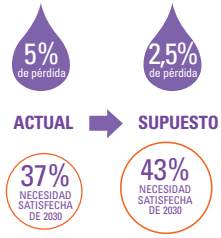
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



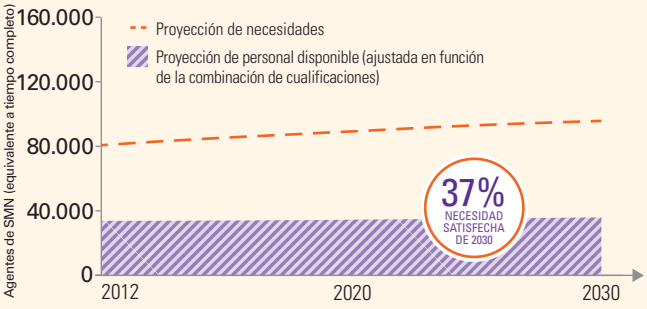
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



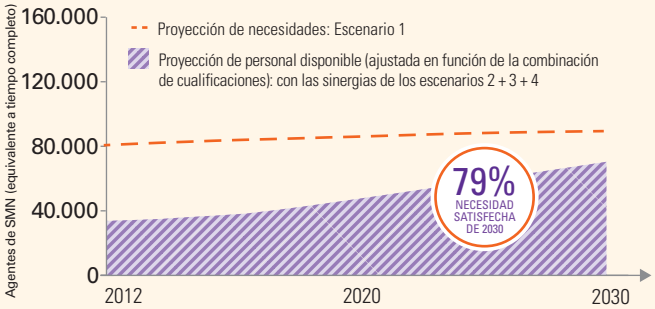
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



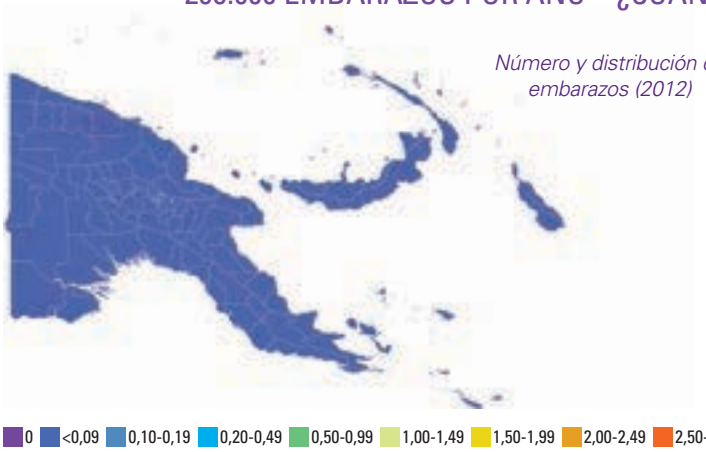
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras comunitarias (CMWs), parteras visitadoras de salud femenina (LHV); Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las visitadoras de salud femenina, agentes de bienestar familiar; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere al cuadro de parteras comunitarias. La información respecto del número de graduadas en 2012/como % de todas las parteras que ejercen su profesión se refiere a los cuadros de parteras comunitarias y parteras visitadoras de salud femenina.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos.*

PAPUA NUEVA GUINEA

En 2012, de una población total estimada de 7,2 millones, 6,5 millones (90%) vivían en zonas rurales y 1,8 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 40% a 10 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,3 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 21,9 millones de visitas prenatales, 4,3 millones de partos y 17,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

268.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 3.110.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.073.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 212.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 847.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	293	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	1.800	100
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	–	–
Médicos generalistas	175	30
Obstetras y ginecólogos	28	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

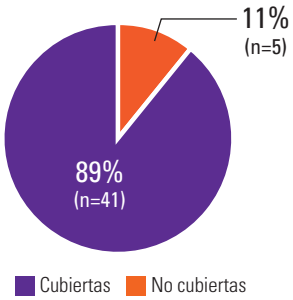
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 49%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

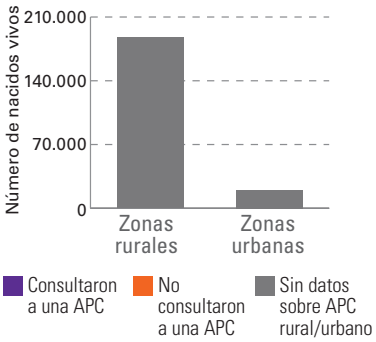
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	1
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	100
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	79/27
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	95%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

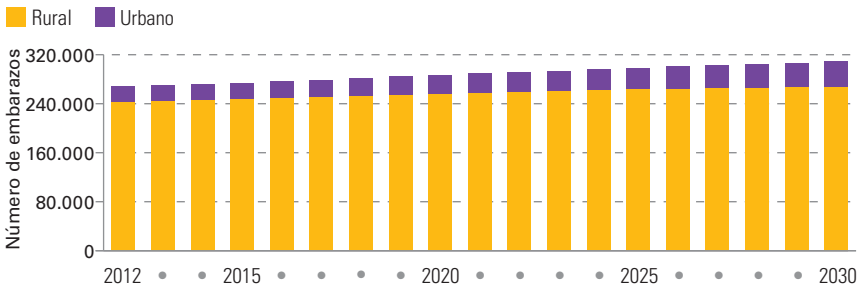
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

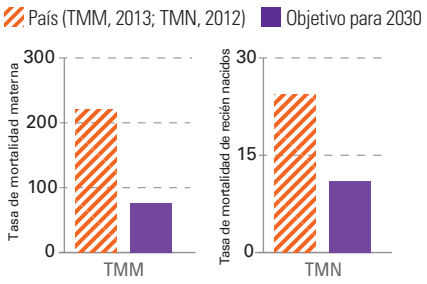
Año de creación de asociaciones profesionales	1950, 2009, 2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

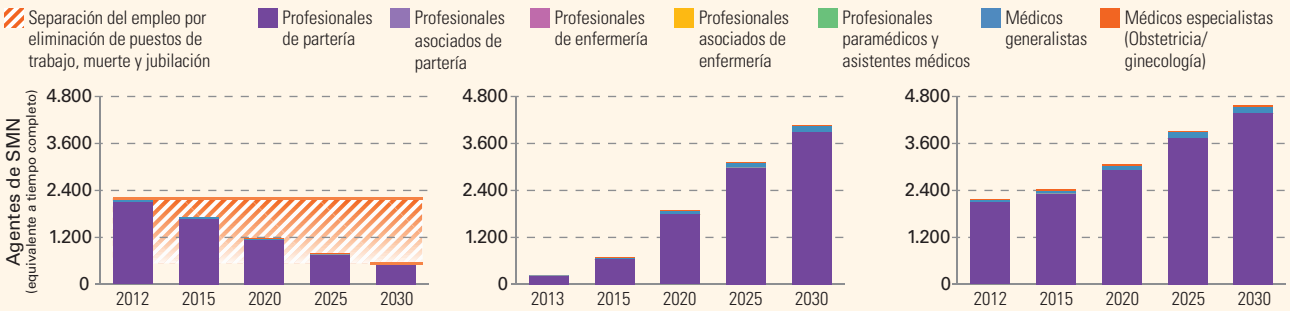
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

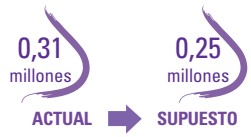
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



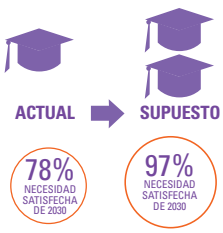
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

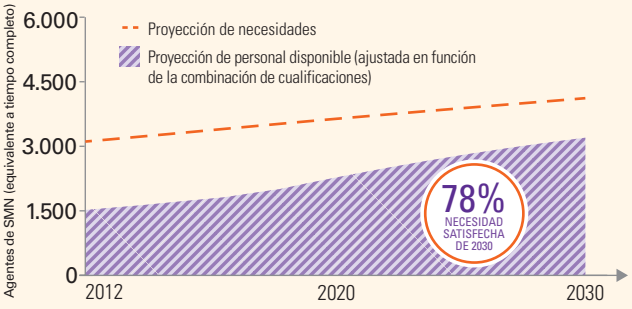
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras registradas; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

PERÚ

En 2012, de una población total estimada de 30 millones, 12,9 millones (43%) vivían en zonas rurales y 8 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 22% a 36,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1 millones de embarazos por año para 2030, 47% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 79,4 millones de visitas prenatales, 11,4 millones de partos y 45,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.078.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 16.947.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.311.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 620.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.479.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	11.533	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	33.491	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	13.347	50
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	50.722	50
Médicos generalistas	33.669	20
Obstetras y ginecólogos	2.197	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

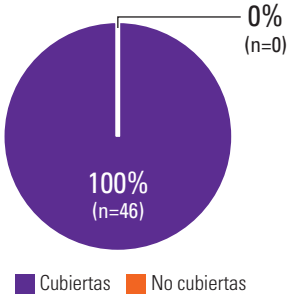
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 100%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

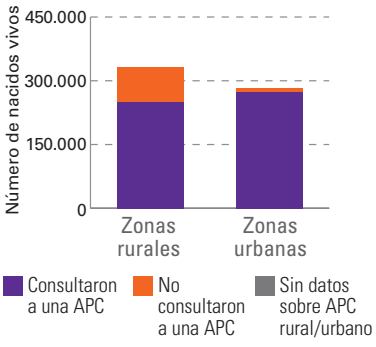
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	5
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	1.000/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

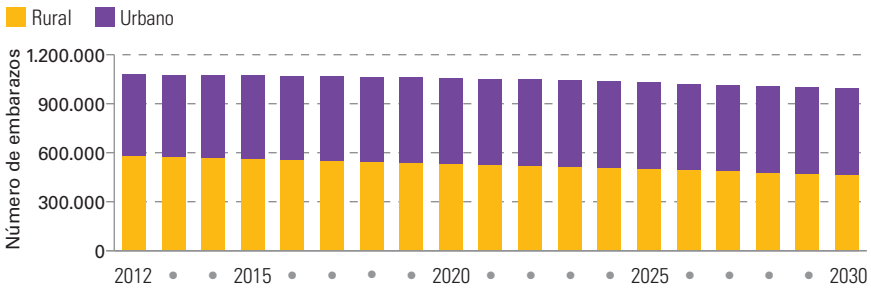
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

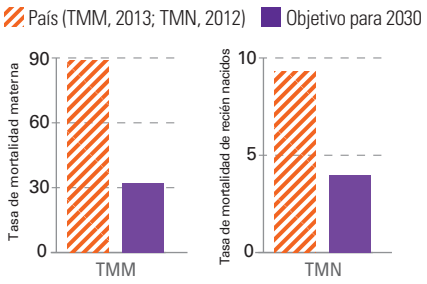
Año de creación de asociaciones profesionales	1975
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

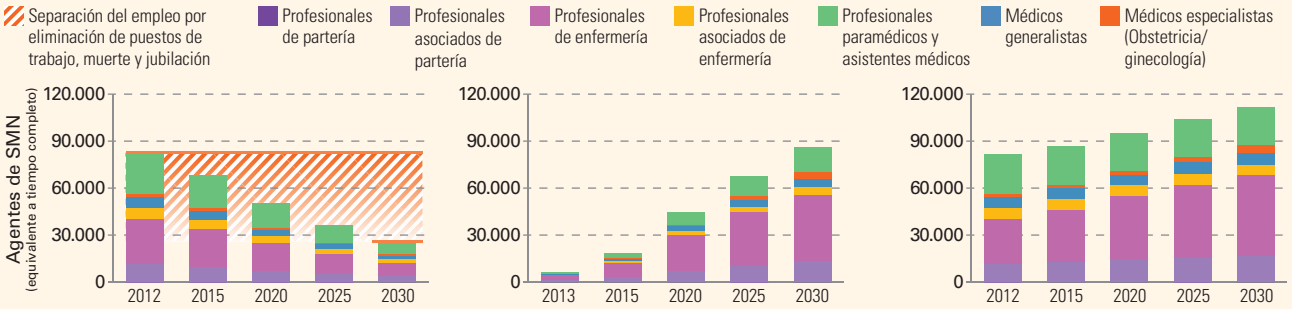
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

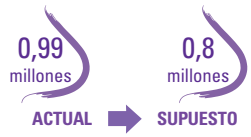
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



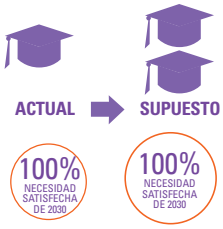
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

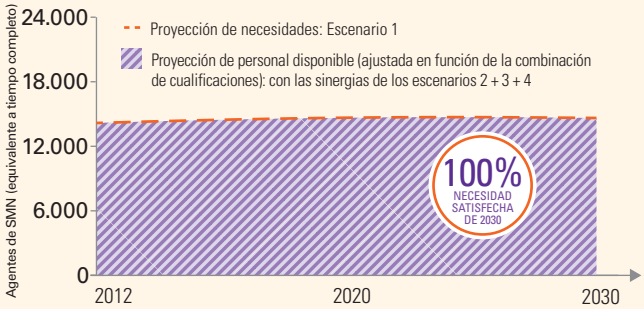


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



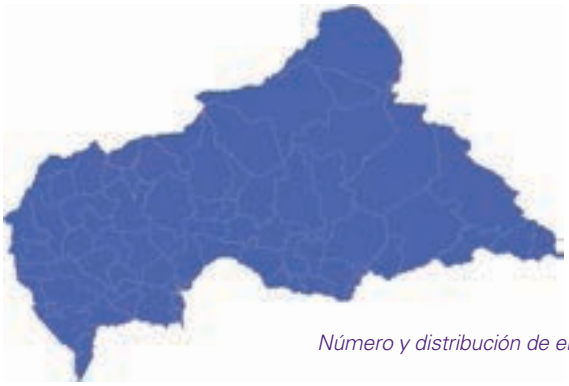
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a los profesionales de obstetricia; Enfermeras: incluyen a las enfermeras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a los auxiliares sanitarios; Médicos generalistas: incluyen a los médicos (generales); Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médicos obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los técnicos sanitarios. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de *Acción Todos los Recién Nacidos*.

REPÚBLICA CENTROAFRICANA

En 2012, de una población total estimada de 4,5 millones, 3,3 millones (72%) vivían en zonas rurales y 1,1 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 40% a 6,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,2 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 17,7 millones de visitas prenatales, 3,2 millones de partos y 12,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

221.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 1.817.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 883.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 160.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 641.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	241	100
Parteras auxiliares	273	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	270	5
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	342	10
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	72	5
Obstetras y ginecólogos	8	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

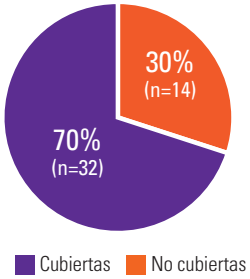
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 18%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

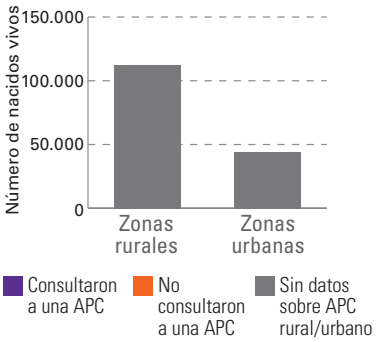
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2009
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	21/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

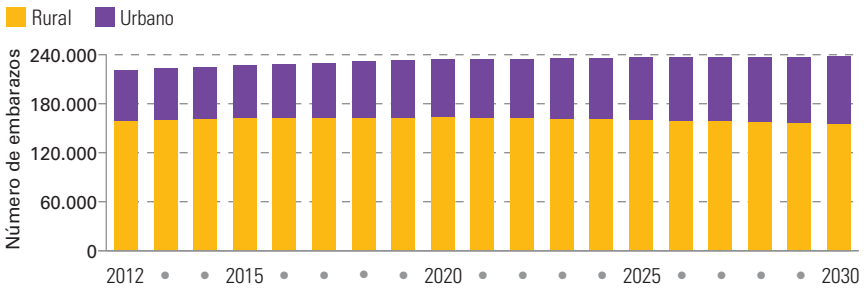
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

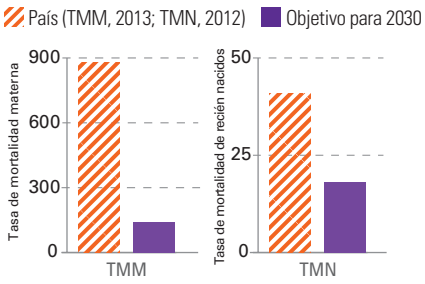
Año de creación de asociaciones profesionales	1983
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

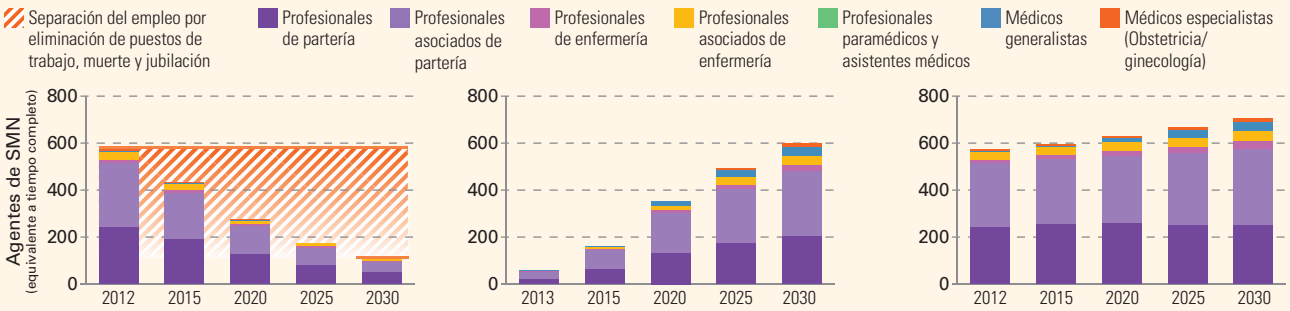
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

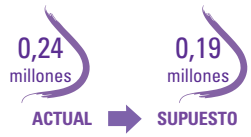
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



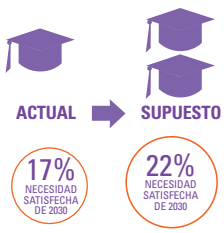
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

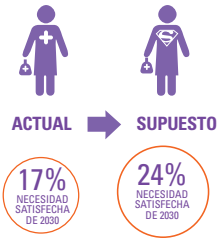


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

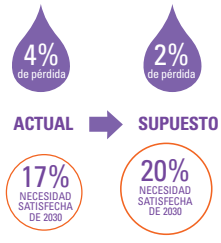
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



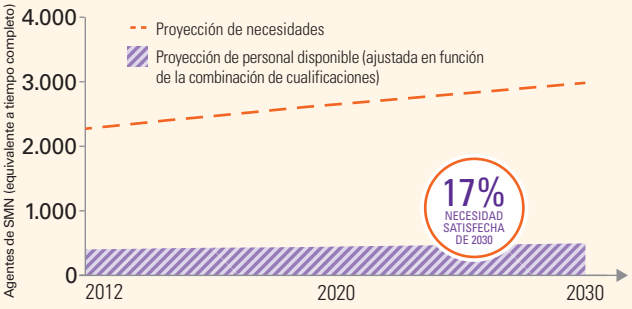
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



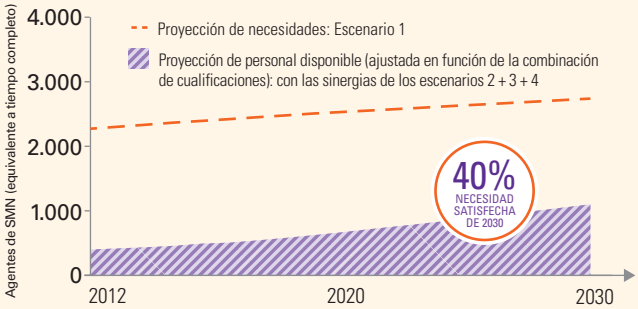
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes; Parteras auxiliares: incluyen a las assistantes accoucheuses; Enfermeras: incluyen a las infirmières; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las assistants de santé; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médecins obs.gyn. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

En 2012, de una población total estimada de 65,7 millones, 49,4 millones (75%) vivían en zonas rurales y 15 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 58% a 103,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 5,2 millones de embarazos por año para 2030, 71% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 352,7 millones de visitas prenatales, 63,6 millones de partos y 254,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

4.048.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 25.382.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 16.194.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 2.922.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 11.687.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	0	95
Parteras auxiliares	1.555	95
Enfermeras parteras	555	85
Enfermeras	57.703	40
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	–	85
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	5.832	25
Obstetras y ginecólogos	200	95

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

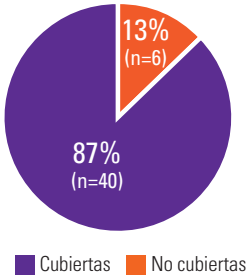
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 53%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

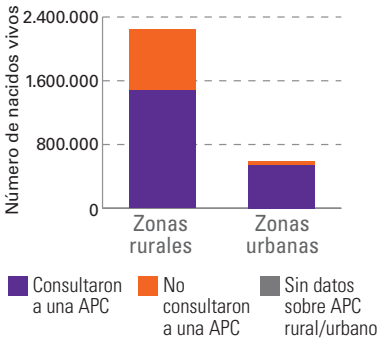
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	*nd*

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

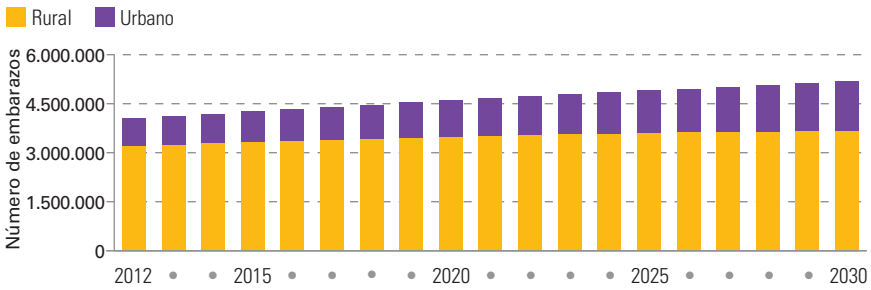
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

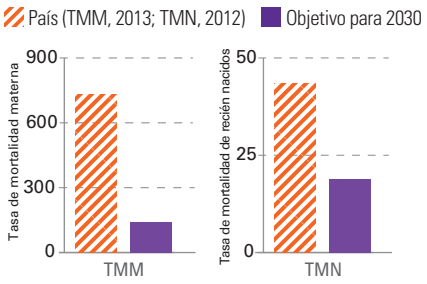
Año de creación de asociaciones profesionales	1992, 2000, 2012
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

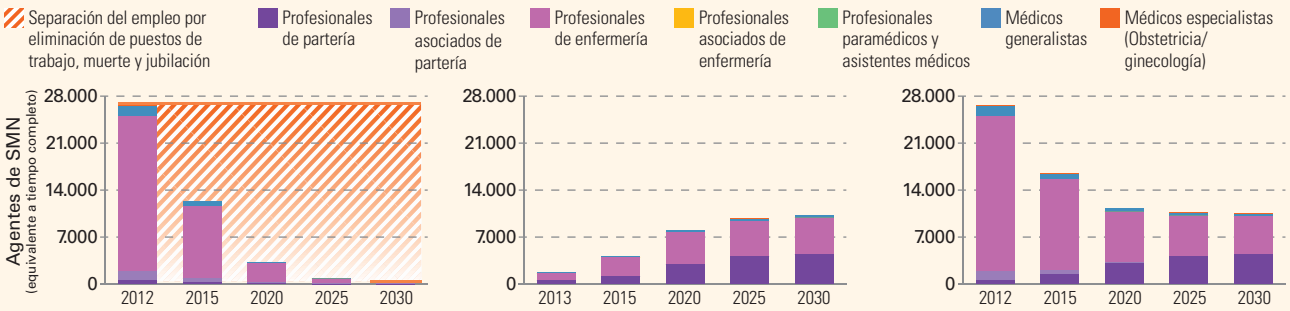
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

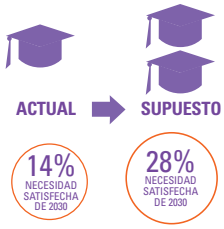


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

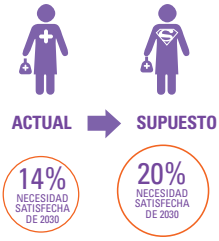
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

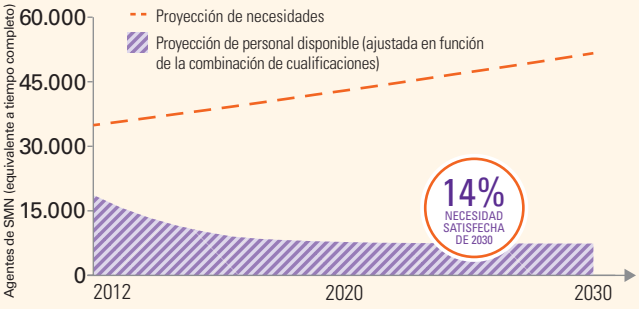


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

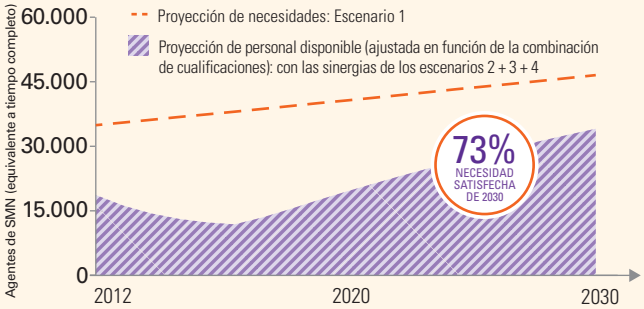


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



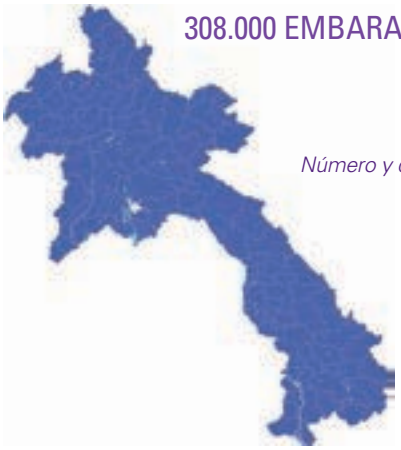
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes (nuevo cuadro); Parteras auxiliares: incluyen a las aide accoucheuses; Enfermeras parteras: incluyen a las accoucheuses du niveau supérieur; Enfermeras: incluyen a las infirmières polyvalentes; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las accoucheuses brevetée ou diplômée; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralists; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los médecins spécialistes (ginecología/obstetricia). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

En 2012, de una población total estimada de 6,6 millones, 5,9 millones (89%) vivían en zonas rurales y 1,8 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 33% a 8,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,3 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 22,6 millones de visitas prenatales, 3,4 millones de partos y 13,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

308.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 3.010.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.232.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 186.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 745.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	673	90
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	495	30
Obstetras y ginecólogos	105	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

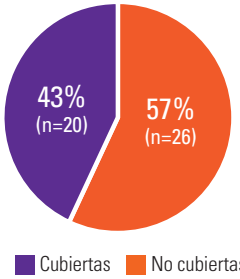
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 19%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

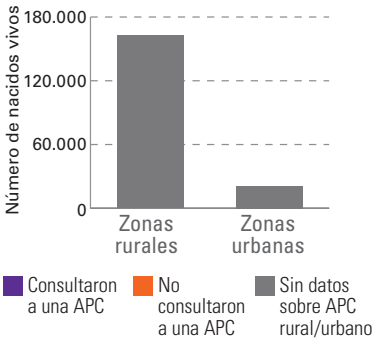
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10-
Años de estudio requeridos (redondeo)	1.5
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	189/28
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

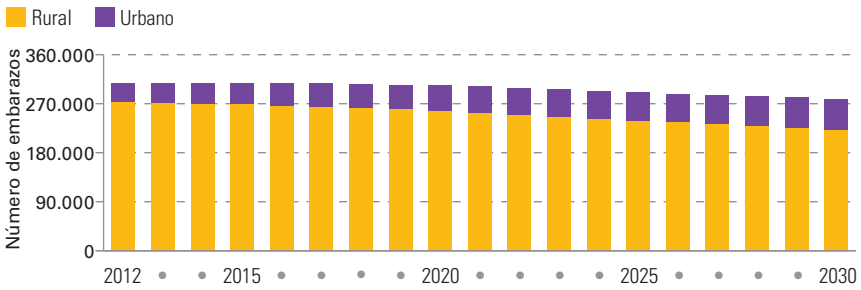
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

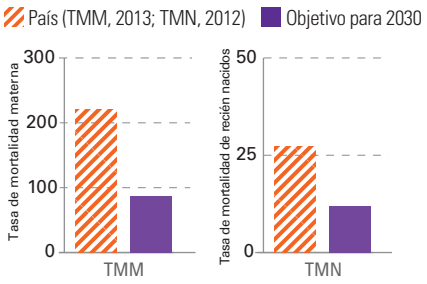
Año de creación de asociaciones profesionales	2007
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	No
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	No
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

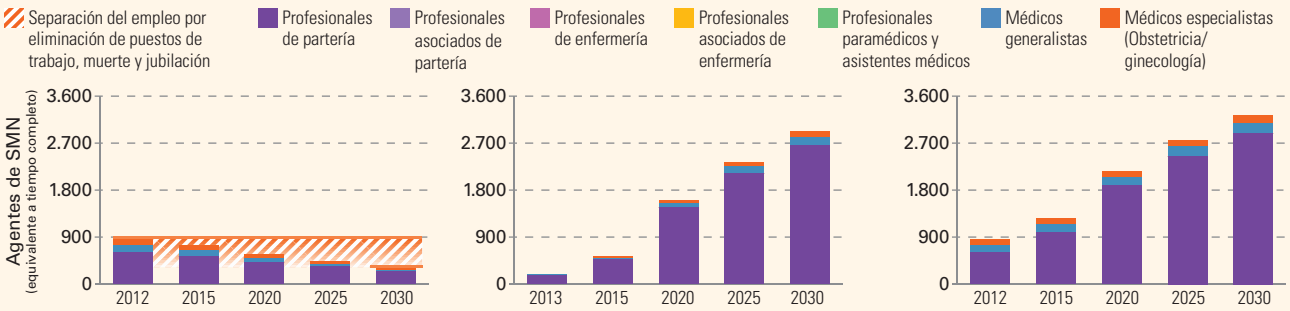
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,28 millones → 0,22 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

60% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 91% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

60% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 85% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

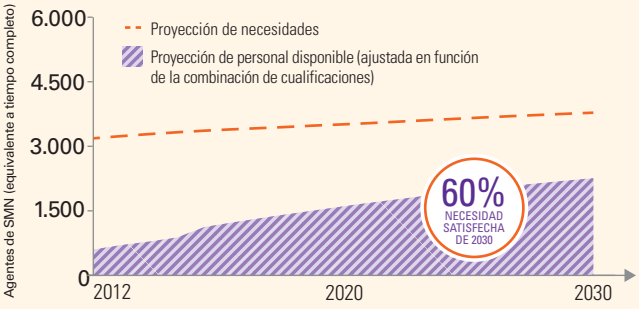
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

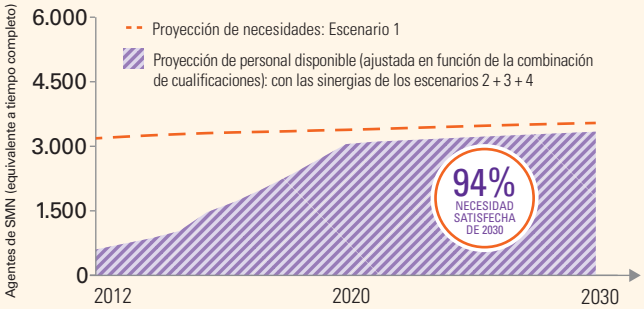
ACTUAL → SUPUESTO

60% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



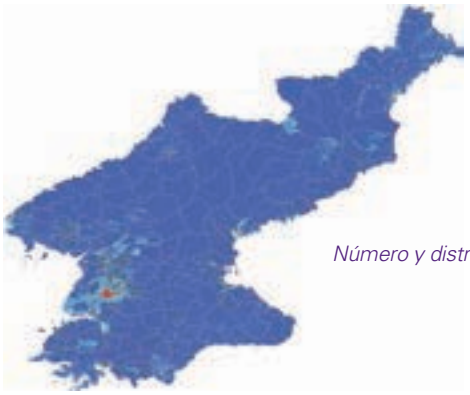
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras comunitarias; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas, médicos de familia; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

En 2012, de una población total estimada de 24,8 millones, 19,6 millones (79%) vivían en zonas rurales y 6,6 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 8% a 26,7 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 73,6 millones de visitas prenatales, 6,9 millones de partos y 27,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

967.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 12.243.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.870.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 361.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.446.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	7.368	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	500	30
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	46.588	10
Obstetras y ginecólogos	8.440	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

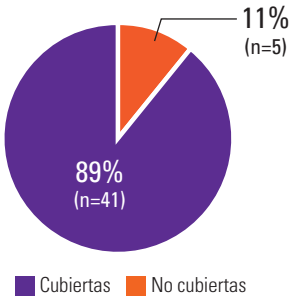
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 100%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

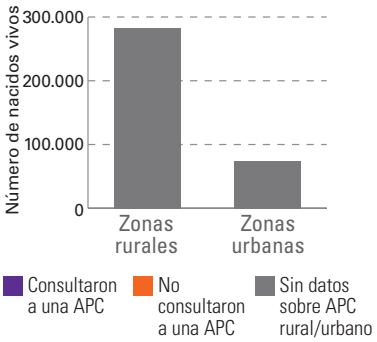
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	235/3
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

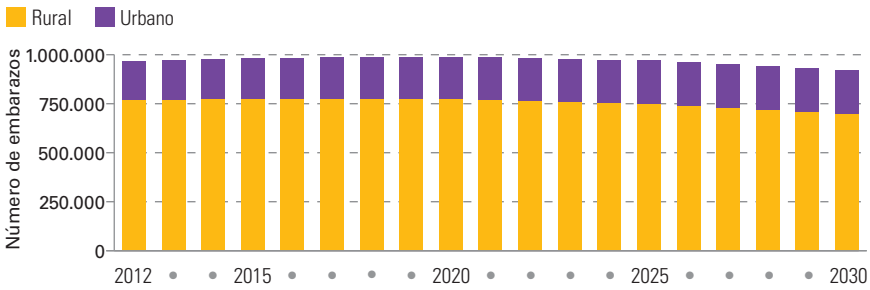
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	2
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	No/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

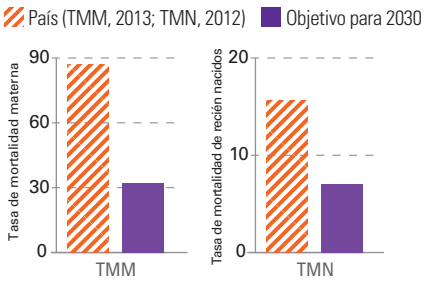
Año de creación de asociaciones profesionales	1991
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

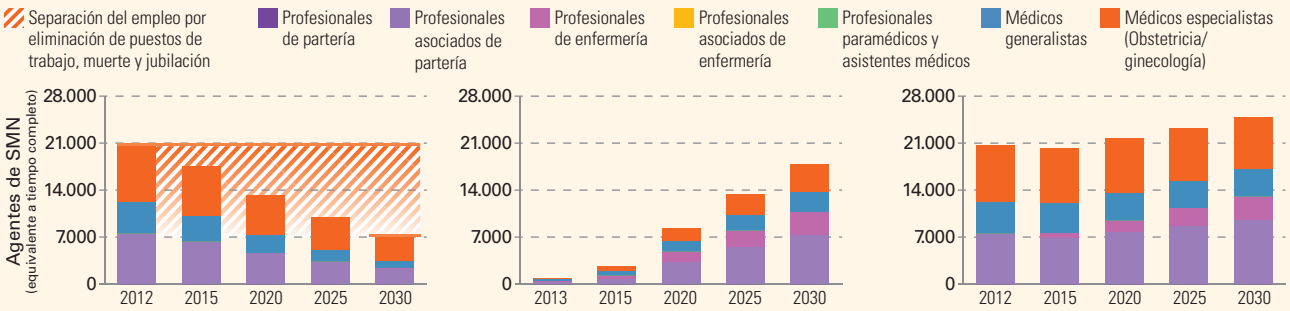
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

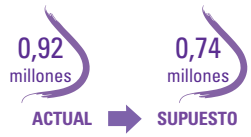
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

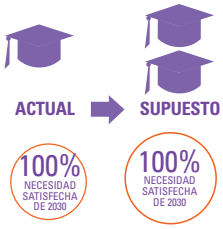
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos de familia; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

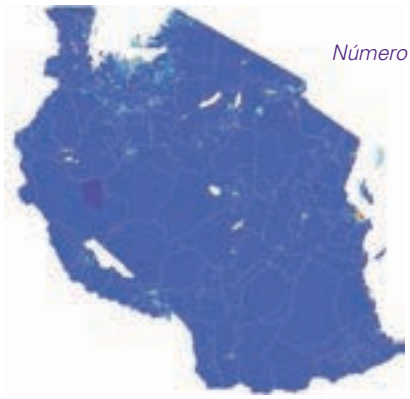
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA

En 2012, de una población total estimada de 47,8 millones, 40,1 millones (84%) vivían en zonas rurales y 10,9 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,2. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 66% a 79,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 3,6 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 232,1 millones de visitas prenatales, 43,6 millones de partos y 174,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

2.588.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 21.530.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 10.353.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.946.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 7.782.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	20.800	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	8.787	50
Médicos generalistas	1.135	50
Obstetras y ginecólogos	122	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

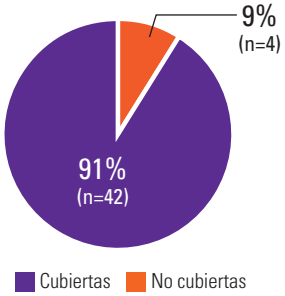
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 74%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

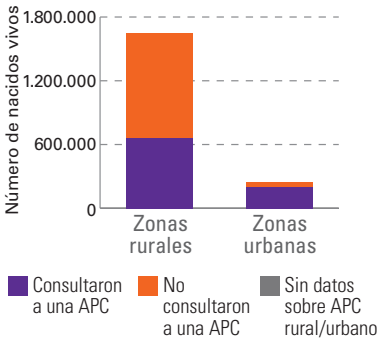
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2009
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	–
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	2.944/14
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	0%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

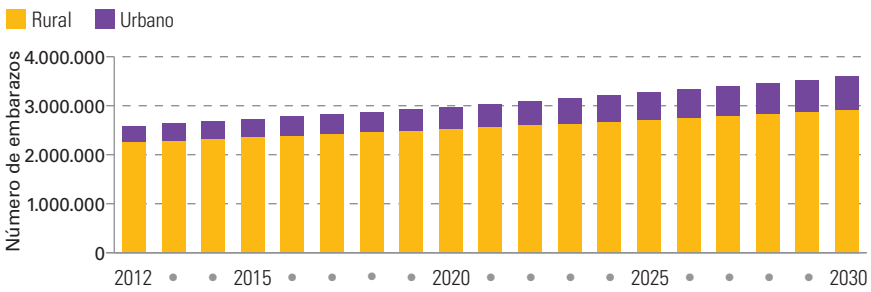
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

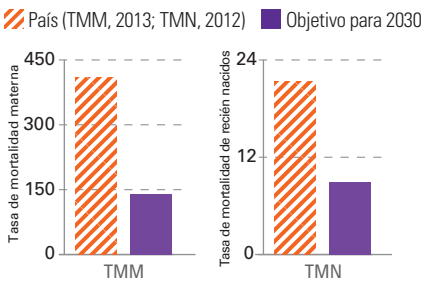
Año de creación de asociaciones profesionales	1992, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

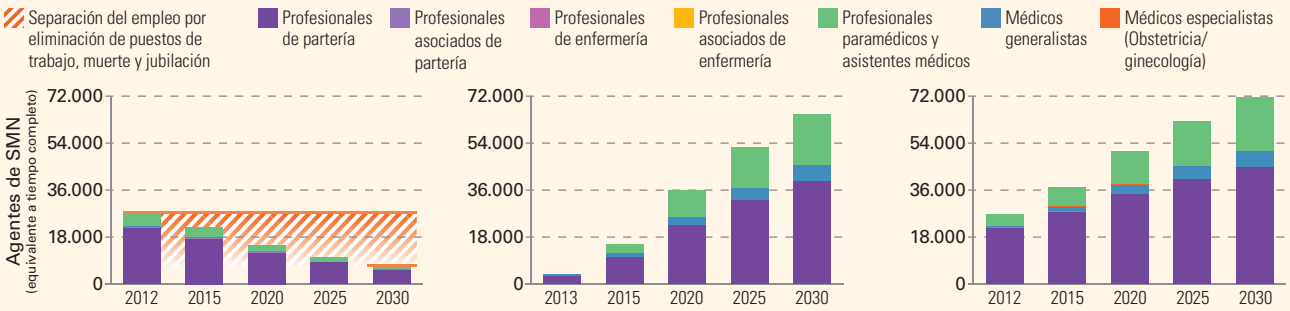
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

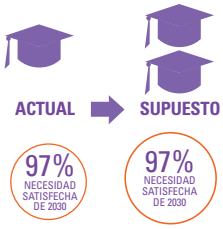


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

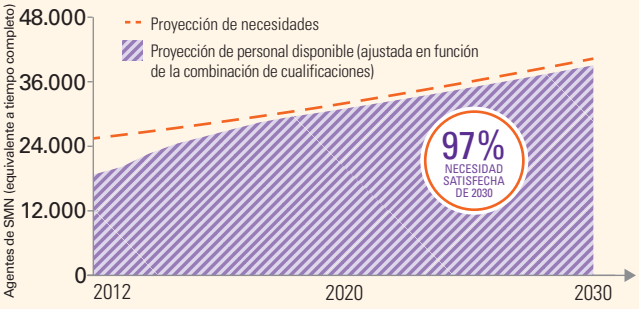
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



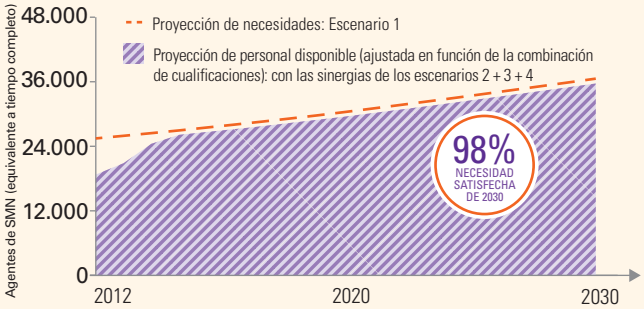
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



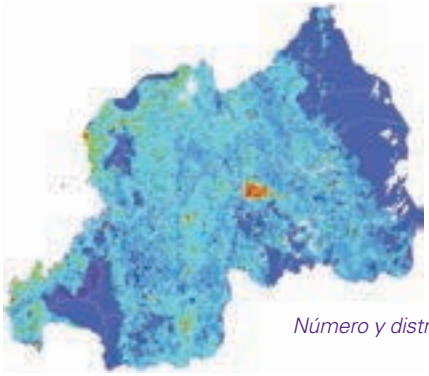
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras (matriculadas y registradas), funcionarios de partería, funcionarios asistentes de enfermería; Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los especialistas (obstetras y ginecólogos); Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios clínicos (CO), funcionarios médicos asistentes (AMO), asistentes clínicos (CA). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

RWANDA

En 2012, de una población total estimada de 11,5 millones, 10 millones (88%) vivían en zonas rurales y 2,8 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 55% a 17,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,7 millones de embarazos por año para 2030, 83% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 50,3 millones de visitas prenatales, 8,7 millones de partos y 34,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

610.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 6.151.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.441.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 421.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) / **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.685.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	622	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	5	75
Enfermeras	8.273	50
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	625	60
Obstetras y ginecólogos	35	100

ANTERIOR AL EMBARAZO / PRENATAL / EN EL PARTO / POSPARTO / POSNATAL

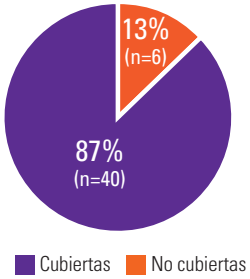
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 59%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

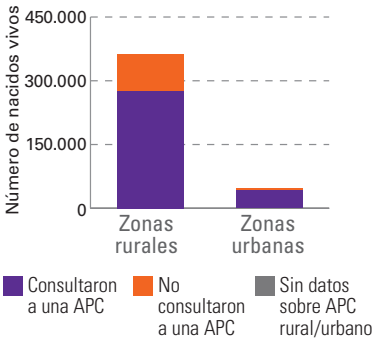
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	100
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	170/27
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

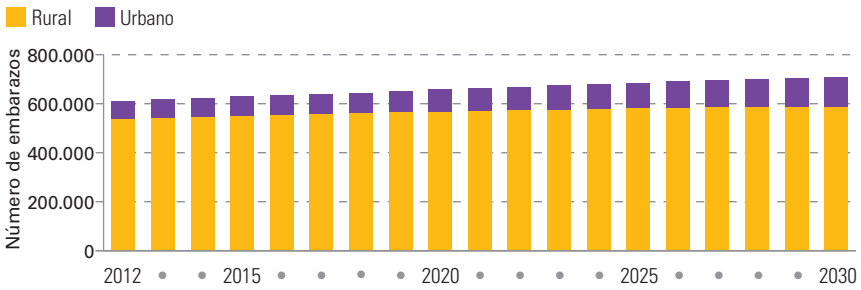
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

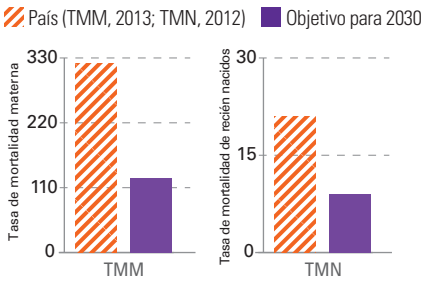
Año de creación de asociaciones profesionales	2011, 2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

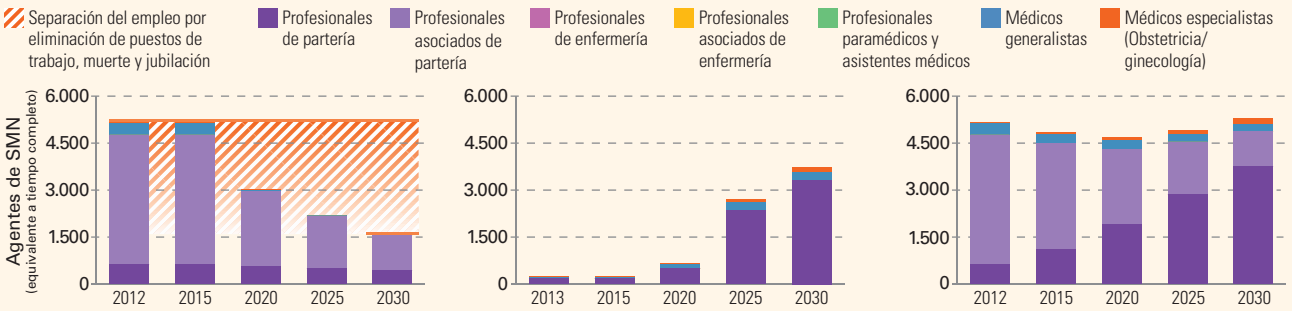
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

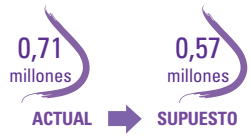
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



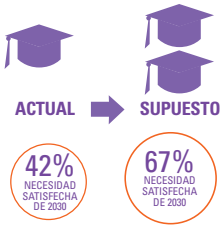
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

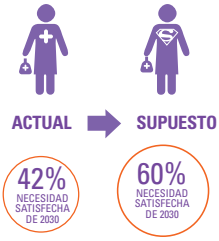


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

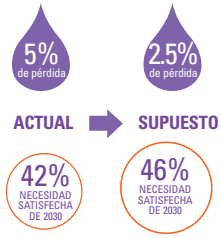
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



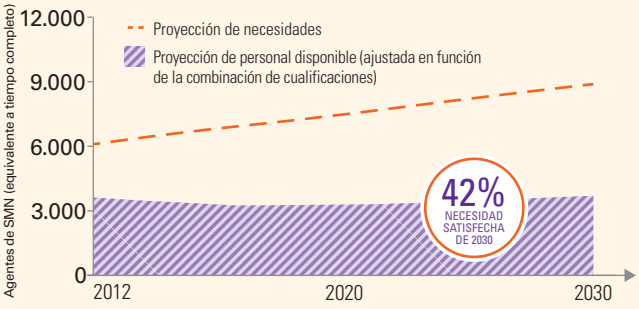
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



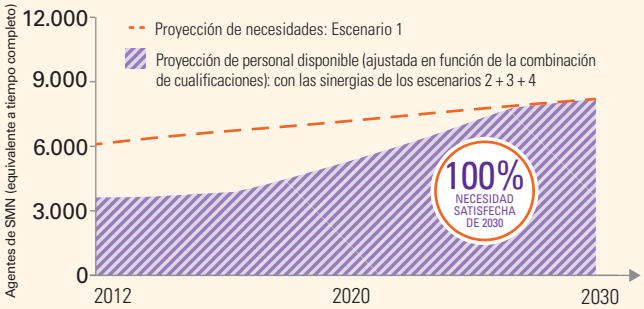
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



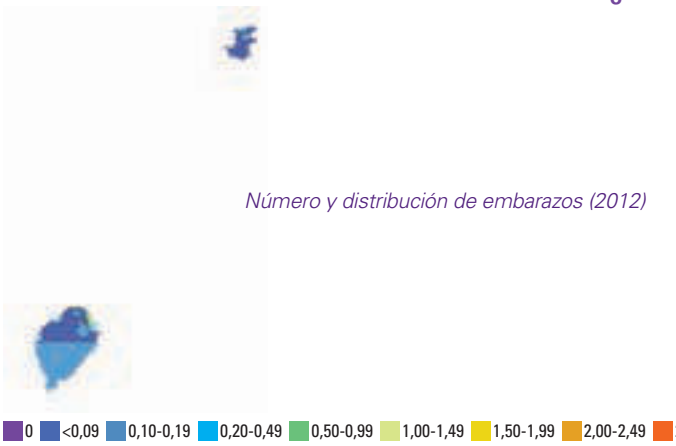
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras matriculadas A2; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos.
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SANTO TOMÉ Y PRÍNCIPE

En 2012, de una población total estimada de 0,19 millones, 0,12 millones (63%) vivían en zonas rurales y 0,05 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 48% a 0,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,01 millones de embarazos por año para 2030, 60% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 0,9 millones de visitas prenatales, 0,1 millones de partos y 0,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

11.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 105.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 44.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 7.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 29.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	31	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	20	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	2	100
Médicos generalistas	*nd*	*nd*
Obstetras y ginecólogos	2	100

ANTERIOR AL EMBARAZO

PRENATAL

EN EL PARTO

POSPARTO

POSNATAL

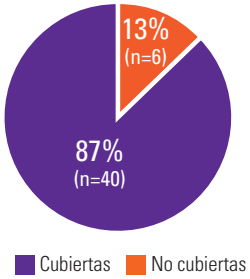
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 38%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

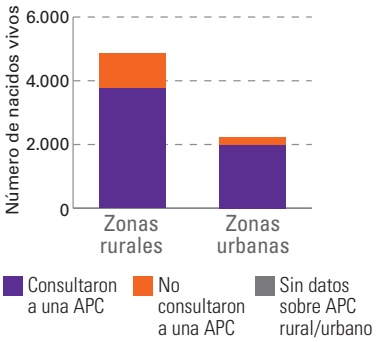
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

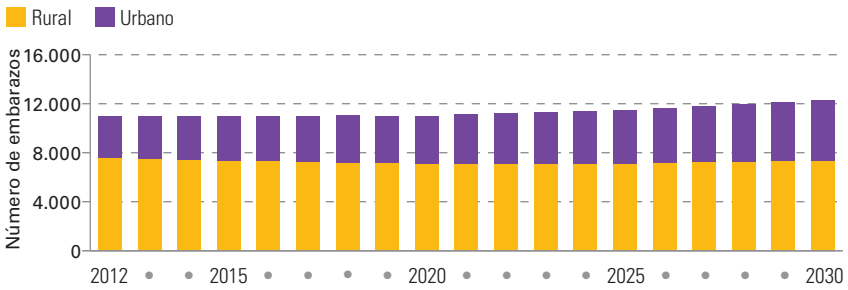
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	4
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

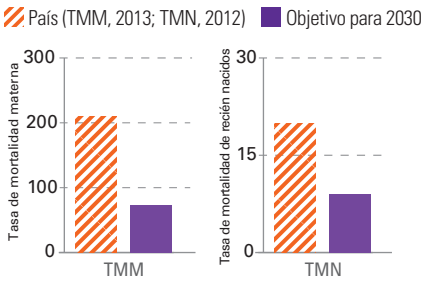
Año de creación de asociaciones profesionales	2013, –, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

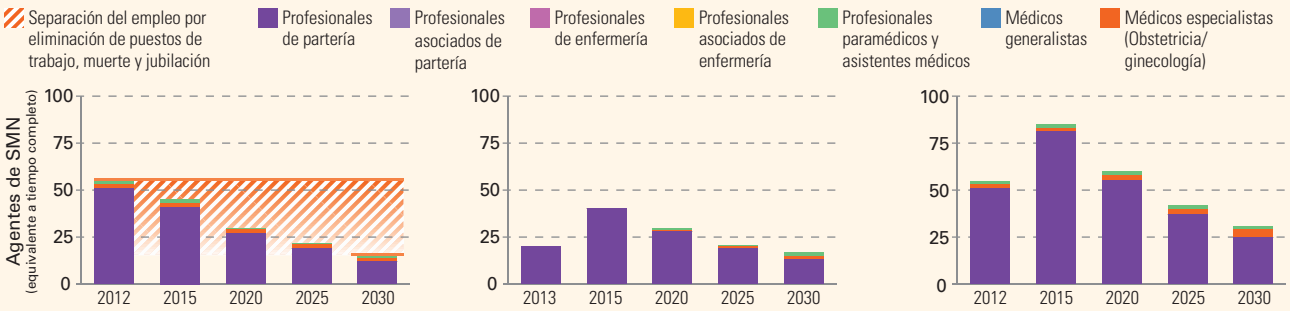
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

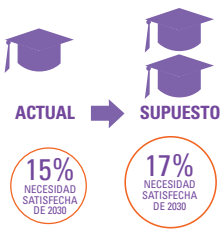


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

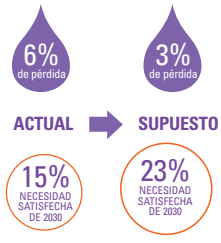
Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

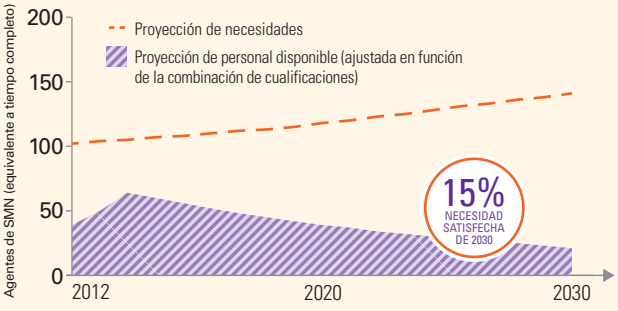


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

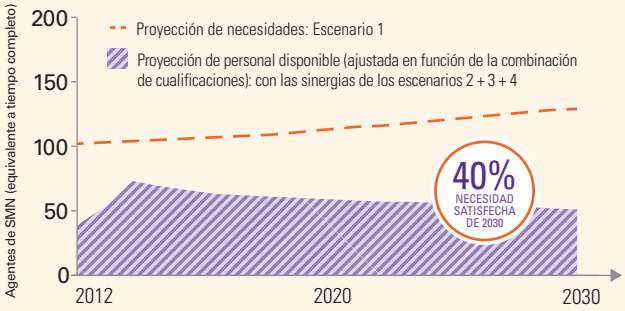
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los paramédicos em obstetricia. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

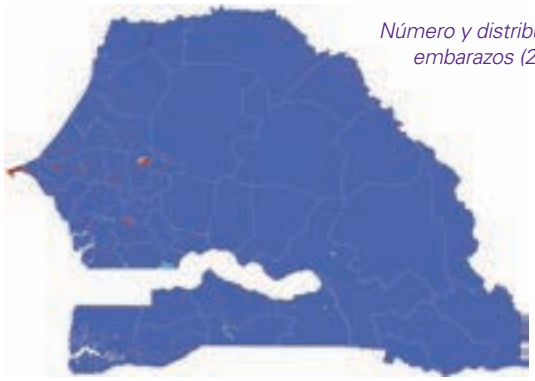
SENEGAL

En 2012, de una población total estimada de 13,7 millones, 7,4 millones (54%) vivían en zonas rurales y 3,3 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 59% a 21,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1 millones de embarazos por año para 2030, 53% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 66 millones de visitas prenatales, 11,7 millones de partos y 46,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

769.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

- **EN EL EMBARAZO** (todas las mujeres en edad reproductiva) = 5.724.000 visitas de planificación familiar
- **PRENATAL** (embarazos x 4) = 3.075.000 visitas de rutina
- **EN EL PARTO** = 543.000 parteras capacitadas
- **POSPARTO** (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.173.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	3.946	100
Parteras auxiliares	1.751	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	1.295	50
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.011	25
Obstetras y ginecólogos	160	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → PRENATAL → EN EL PARTO → POSPARTO → POSNATAL

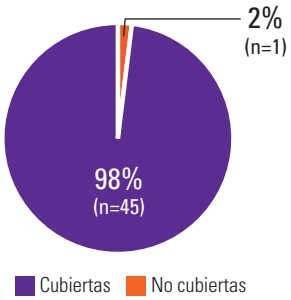
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 50%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

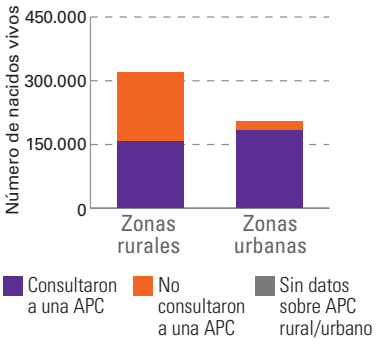
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	10
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	393/10
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

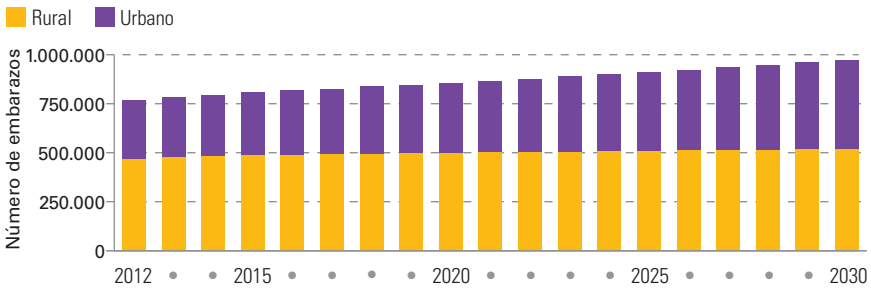
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

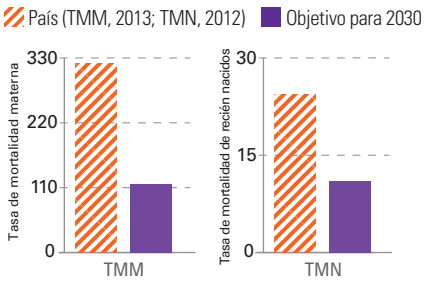
Año de creación de asociaciones profesionales	1963
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

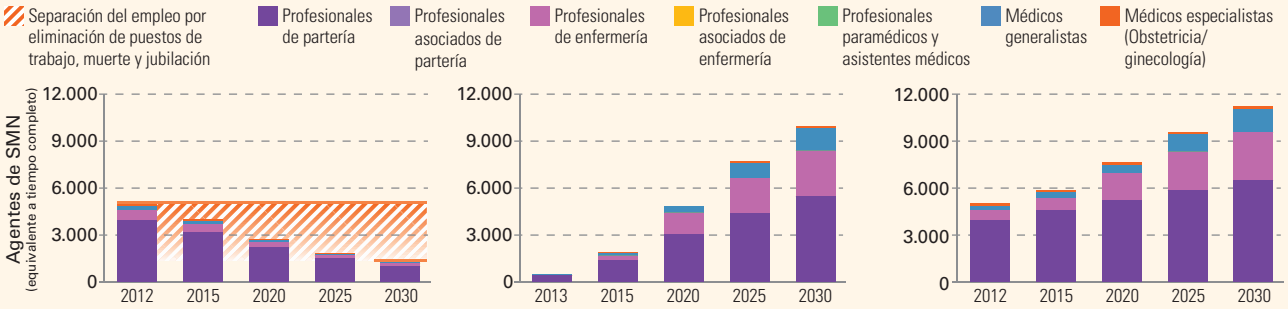
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

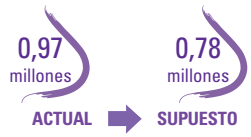
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

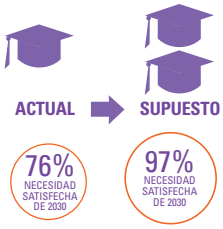
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

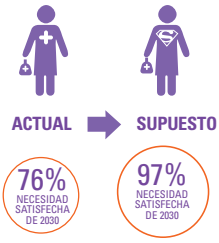


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

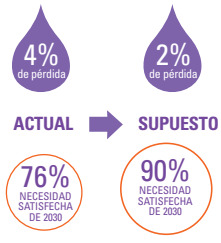
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



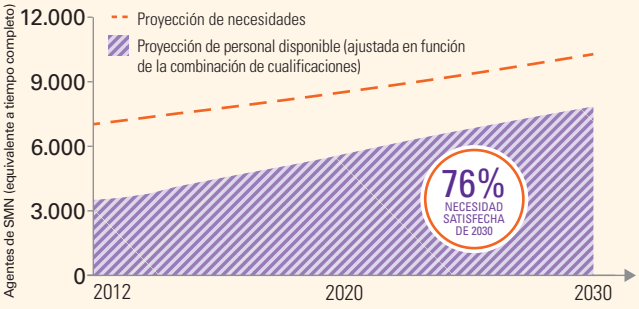
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



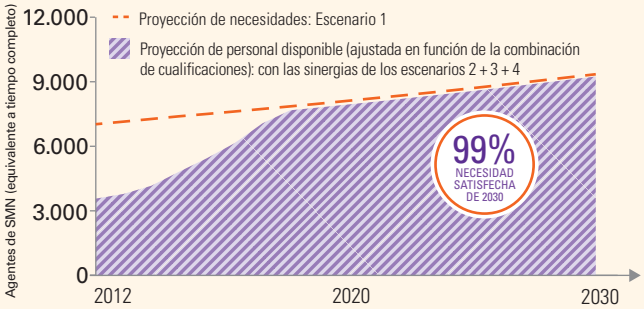
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las sages-femmes; Parteras auxiliares: incluyen a las matronas; Enfermeras: incluyen a las infirmiers d'etat; Médicos generalistas: incluyen a los médecins généralistes; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gyneco obstétriciens. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

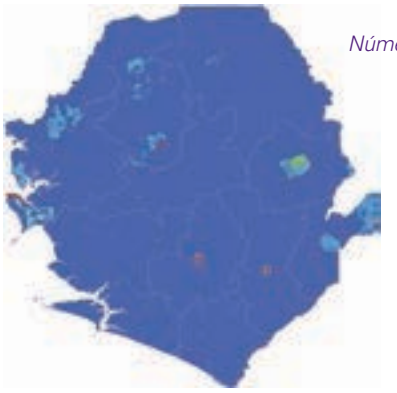
SIERRA LEONE

En 2012, de una población total estimada de 6 millones, 4 millones (67%) vivían en zonas rurales y 1,5 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 35% a 8,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,4 millones de embarazos por año para 2030, 67% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 29,9 millones de visitas prenatales, 4,5 millones de partos y 18 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

382.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 2.329.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.527.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 229.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 918.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	286	90
Parteras auxiliares	2.376	90
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.018	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	65	50
Médicos generalistas	45	–
Obstetras y ginecólogos	7	51

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

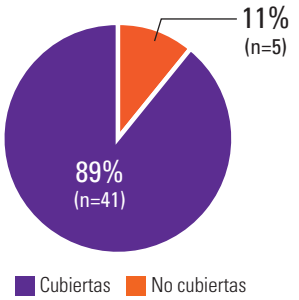
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 24%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

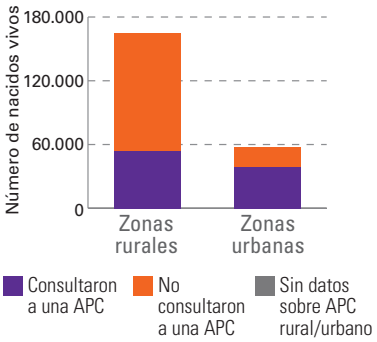
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	121/42
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	99%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

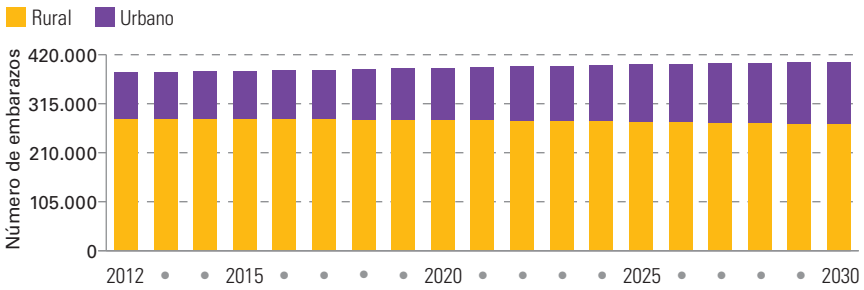
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

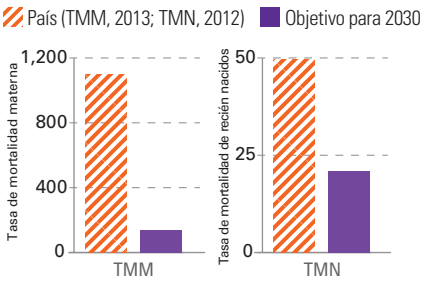
Año de creación de asociaciones profesionales	1969
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

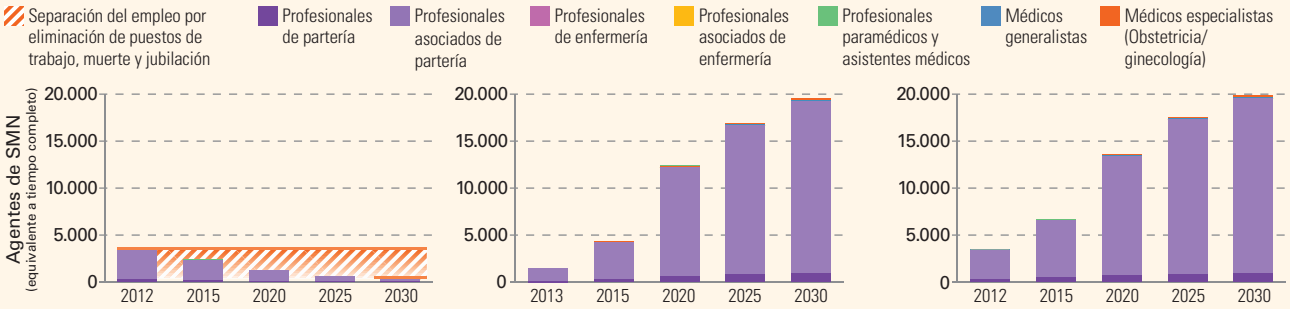
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

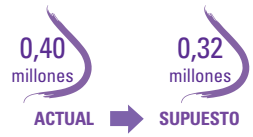
PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



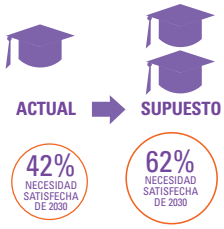
¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

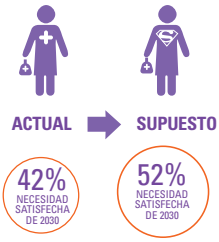


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

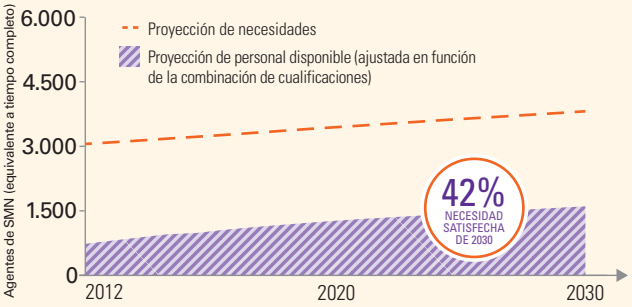


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

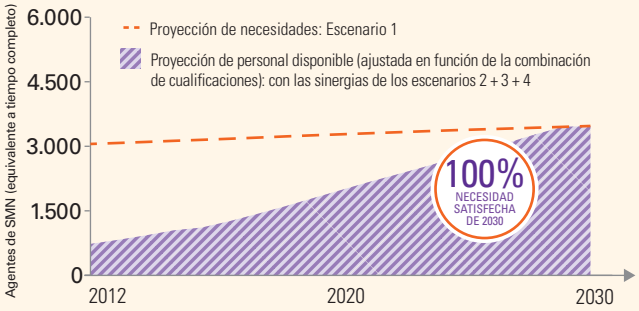


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las asistentes de salud materna e infantil (MCHA), asistentes de enfermería; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras comunitarias matriculadas a nivel estatal (SECHN); Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos, especialistas médicos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios sanitarios comunitarios (CHO). Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SOMALIA

En 2012, de una población total estimada de 10,2 millones, 7,7 millones (76%) vivían en zonas rurales y 2,2 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 6,6. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 66% a 16,9 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 57,8 millones de visitas prenatales, 10,6 millones de partos y 42,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

637.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.501.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.549.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 469.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.876.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	65	100
Parteras auxiliares	612	100
Enfermeras parteras	218	70
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.838	50
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	339	27
Obstetras y ginecólogos	21	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

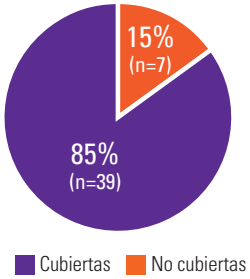
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 22%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

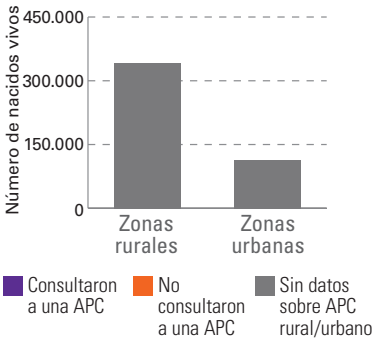
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	*nd*

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

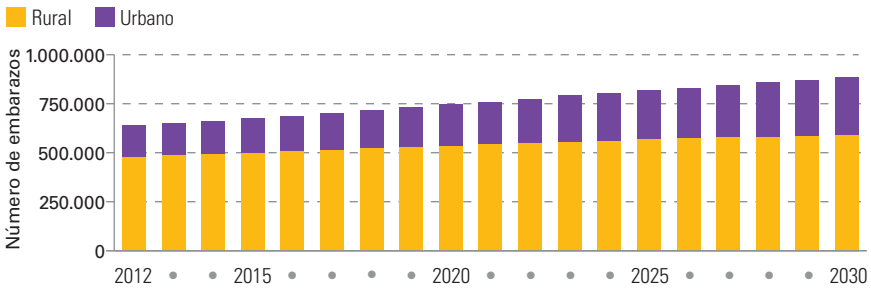
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

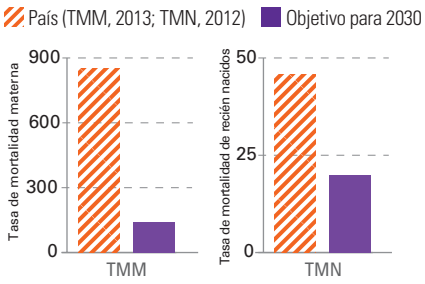
Año de creación de asociaciones profesionales	2013
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

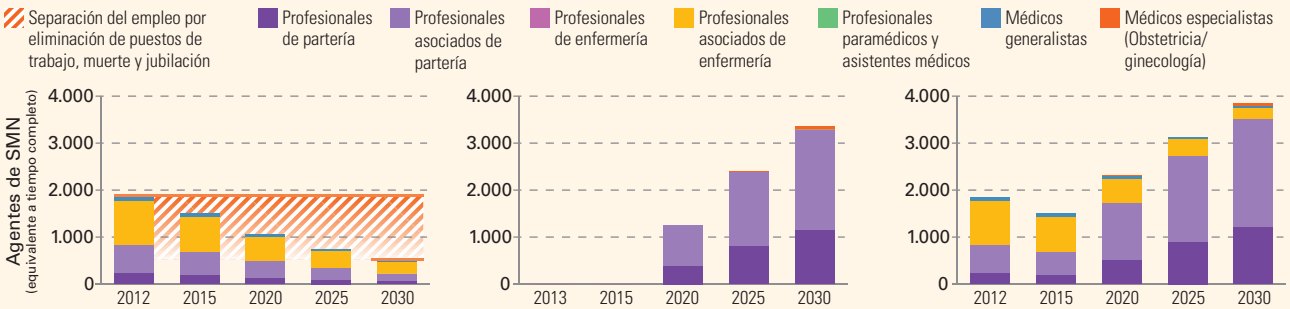
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

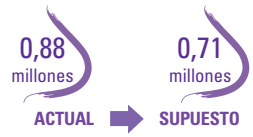
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

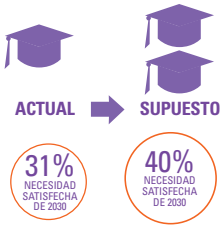
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

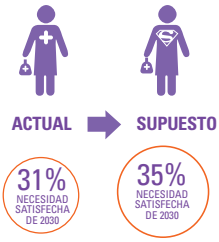


Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

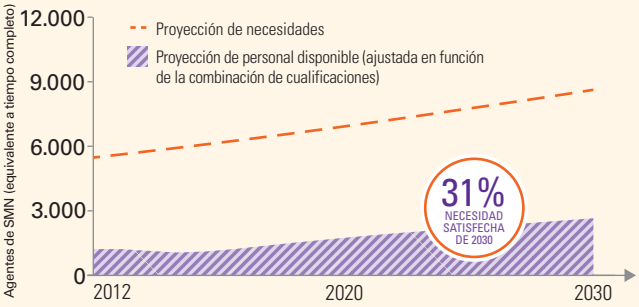


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

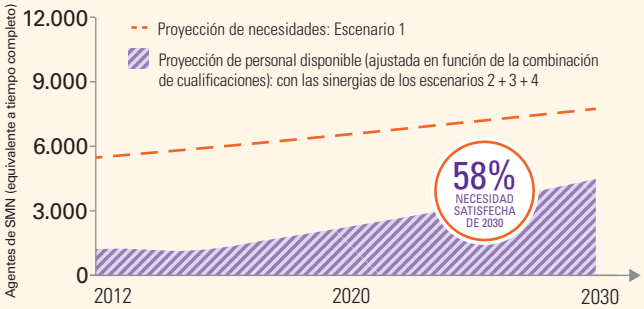


4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras auxiliares; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SUDÁFRICA

En 2012, de una población total estimada de 52,4 millones, 20,8 millones (40%) vivían en zonas rurales y 14,1 millones (27%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 11% a 58,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,4 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 109,3 millones de visitas prenatales, 20,1 millones de partos y 80,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.531.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 23.554.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 6.123.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.125.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 4.501.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	–	–
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	124.045	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	39.541	–
Obstetras y ginecólogos	–	–

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

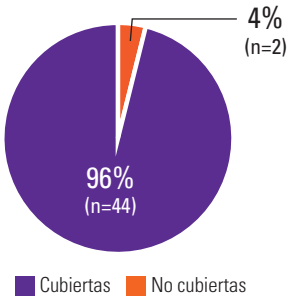
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 97%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

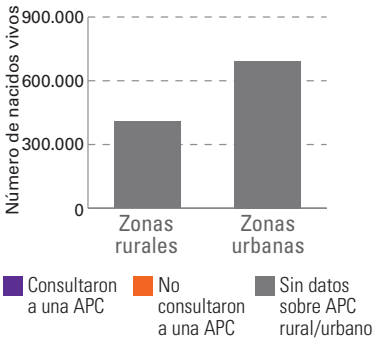
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	1
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	No, *nd*
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	*nd*
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	958/–
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

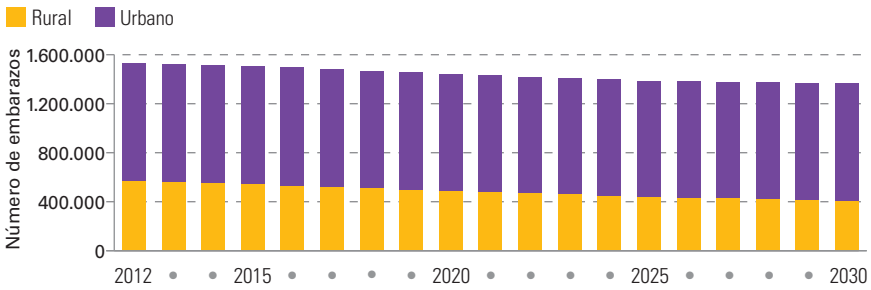
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

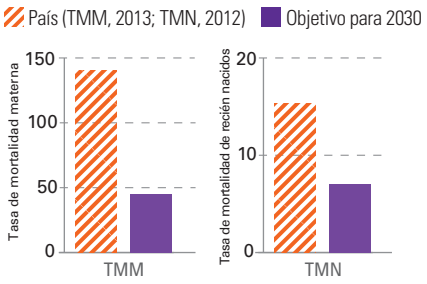
Año de creación de asociaciones profesionales	1996, 2001
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

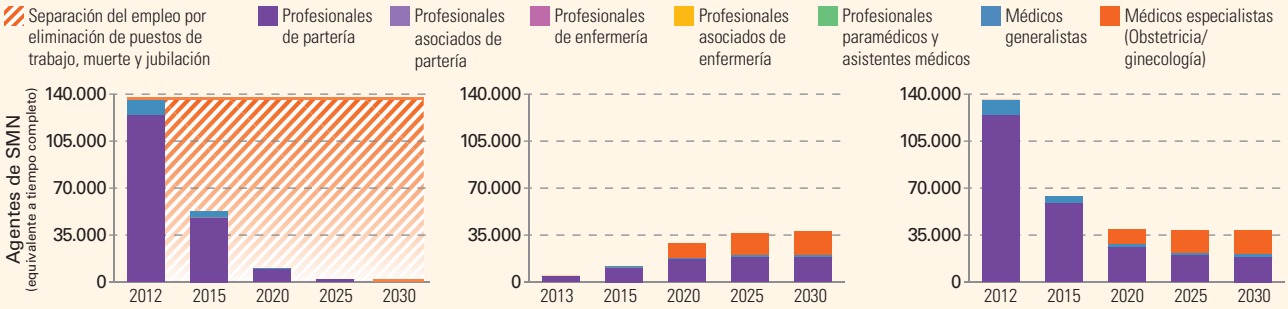
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 **El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?**

1,4 millones → 1,1 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 **El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?**

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 **La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?**

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

4 **La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?**

25% de pérdida → 12,5% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las especialistas parteras (parteras con formación avanzada); Enfermeras: incluyen a las enfermeras profesionales; Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los ginecólogos, obstetras. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SUDÁN

En 2012, de una población total estimada de 37,2 millones, 24 millones (64%) vivían en zonas rurales y 9 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 48% a 55,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 2,1 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 149,3 millones de visitas prenatales, 27,1 millones de partos y 108,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.784.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 12.998.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 7.134.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.294.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 5.177.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	478	100
Parteras auxiliares	67	100
Enfermeras parteras	689	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	13.455	–
Médicos generalistas	7,226	50
Obstetras y ginecólogos	316	80

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

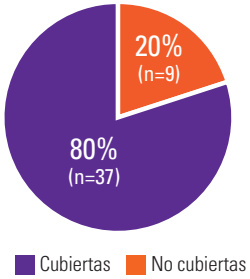
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 32%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

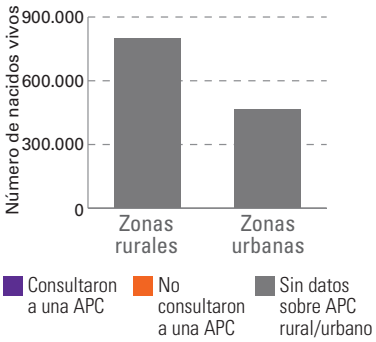
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	33%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

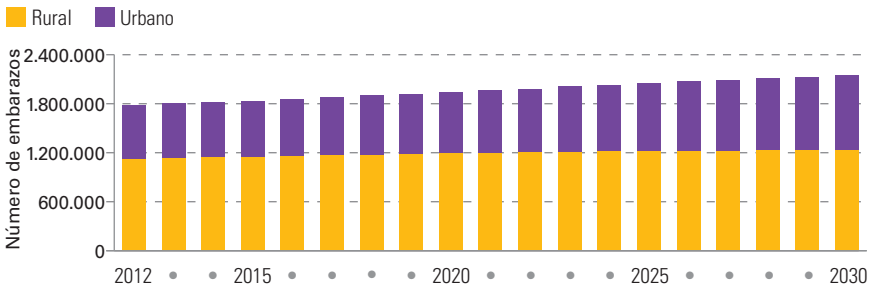
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

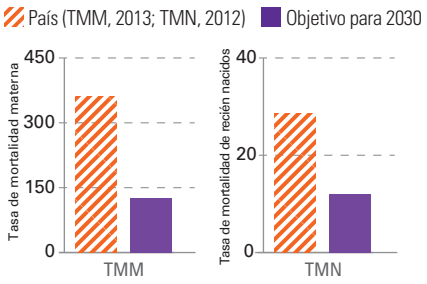
Año de creación de asociaciones profesionales	2008
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	No
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	No
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

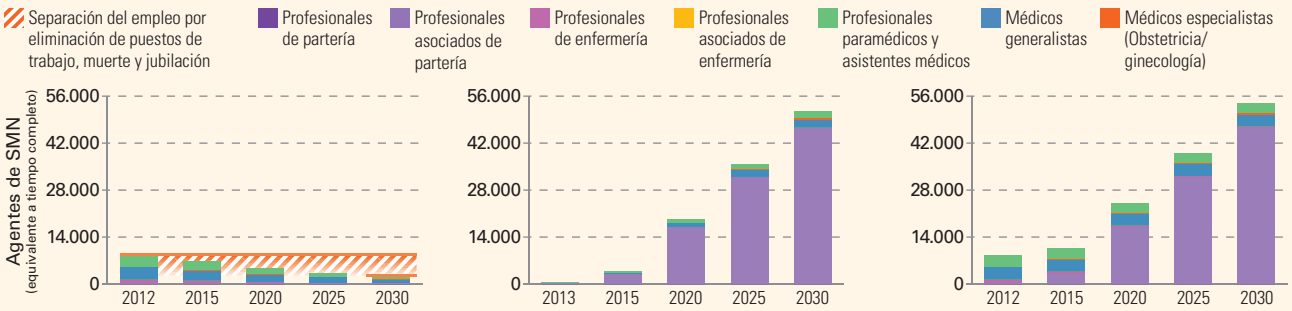
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



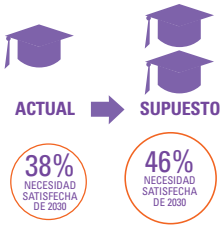
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

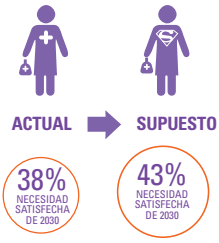
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

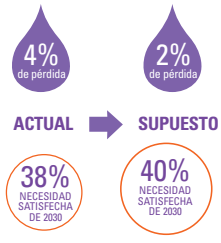
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



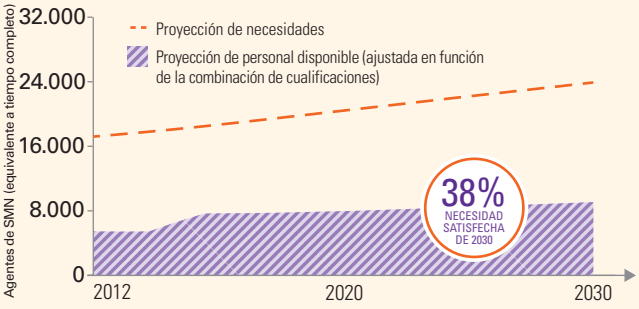
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



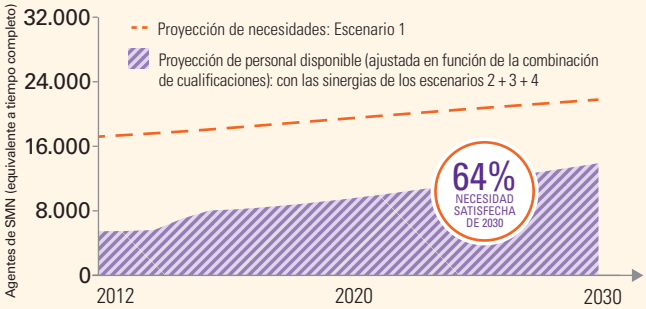
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



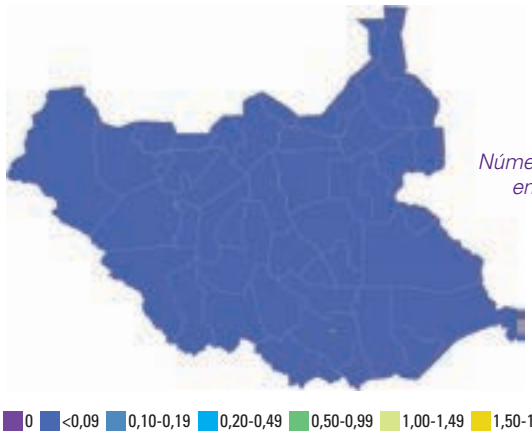
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras, visitadoras de salud; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras técnicas/comunitarias; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los asistentes médicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SUDÁN DEL SUR

En 2012, de una población total estimada de 10,8 millones, 9,8 millones (91%) vivían en zonas rurales y 2,6 millones (24%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 60% a 17,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,7 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 49,5 millones de visitas prenatales, 9 millones de partos y 35,9 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

558.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 4.142.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.234.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 405.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.621.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	307	100
Parteras auxiliares	237	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	238	40
Médicos generalistas	150	40
Obstetras y ginecólogos	–	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

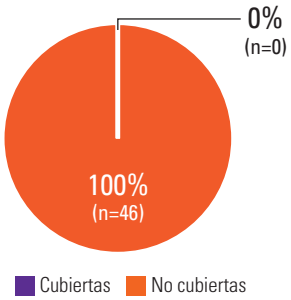
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA =

$$\frac{\text{tiempo de personal disponible}}{\text{tiempo de personal necesario}} = 6\%$$

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

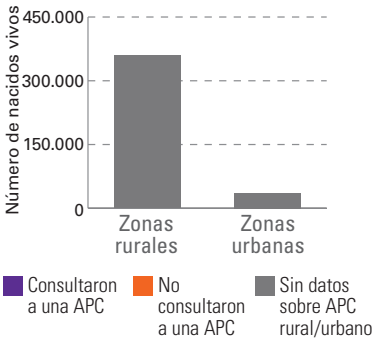
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	50
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	–/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

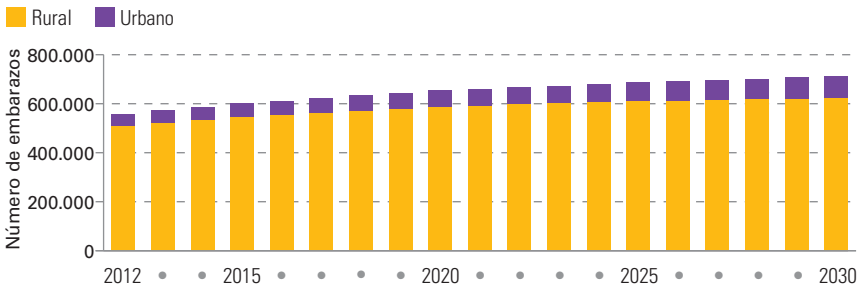
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

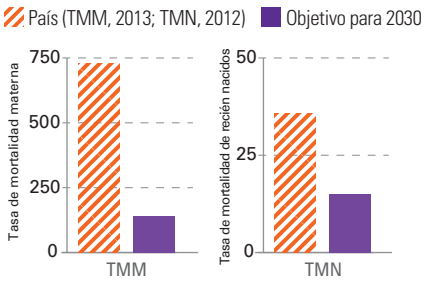
Año de creación de asociaciones profesionales	2011
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

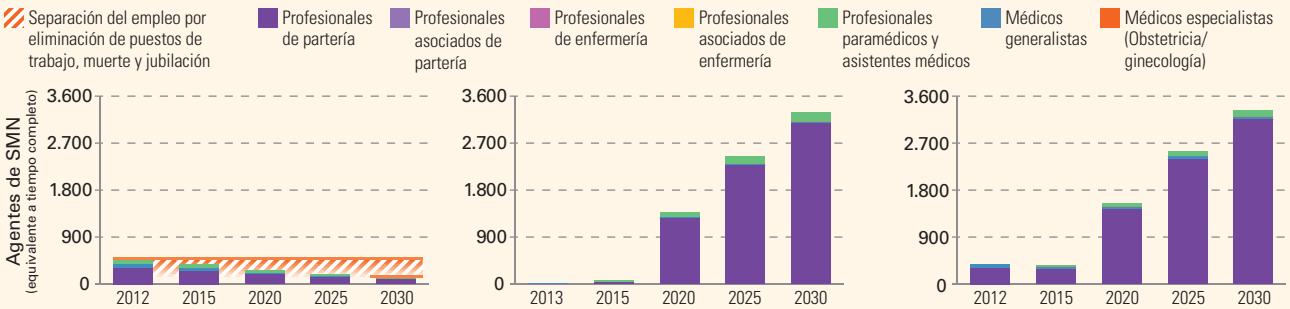
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



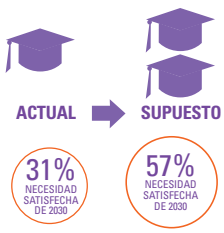
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

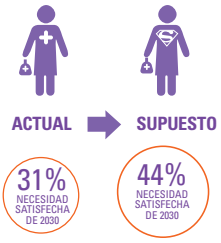
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

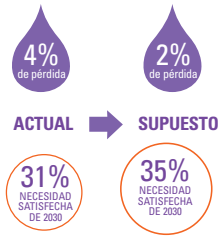
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



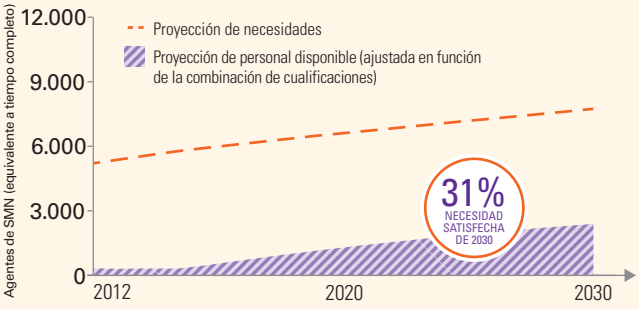
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



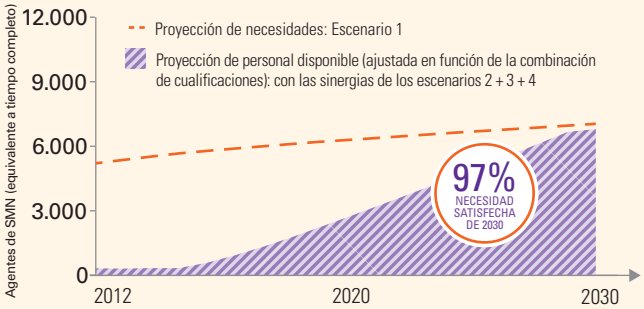
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



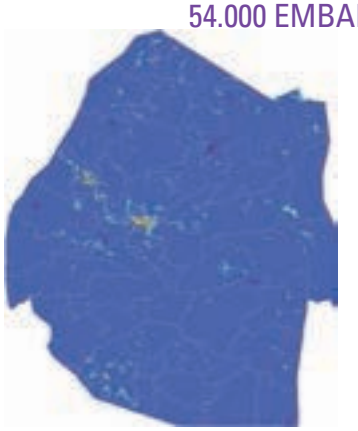
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras registradas, enfermeras parteras registradas, enfermeras parteras certificadas y matriculadas, visitadoras de salud; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras de aldea, parteras comunitarias; Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios clínicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

SWAZILANDIA

En 2012, de una población total estimada de 1,2 millones, 0,9 millones (69%) vivían en zonas rurales y 0,3 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,4. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 23% a 1,5 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,05 millones de embarazos por año para 2030, 74% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 4,1 millones de visitas prenatales, 0,7 millones de partos y 2,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

54.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 729.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 217.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 38.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 151.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	1.200	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	70	100
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	–	–
Médicos generalistas	259	30
Obstetras y ginecólogos	4	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

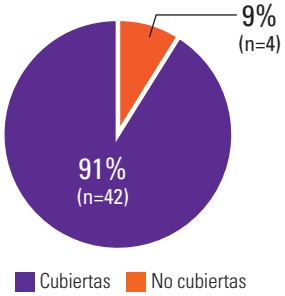
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 88%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

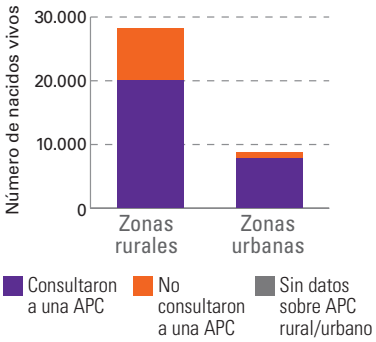
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2011
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	25
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	113/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	86%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

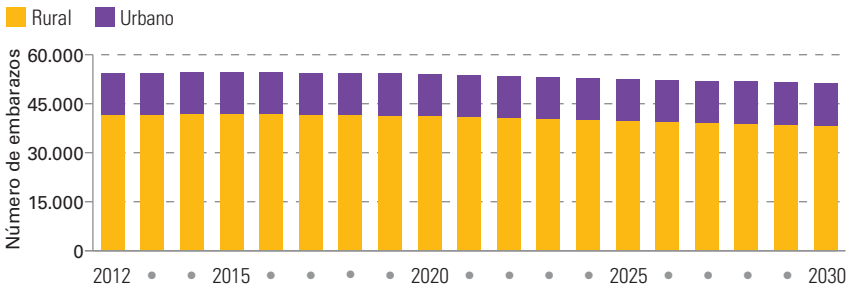
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	5
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

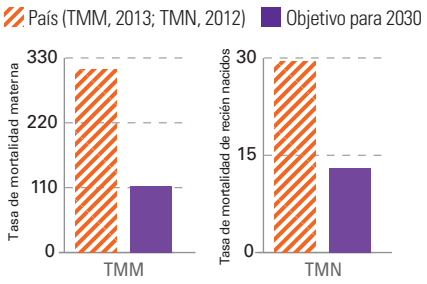
Año de creación de asociaciones profesionales	1965, 2002, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

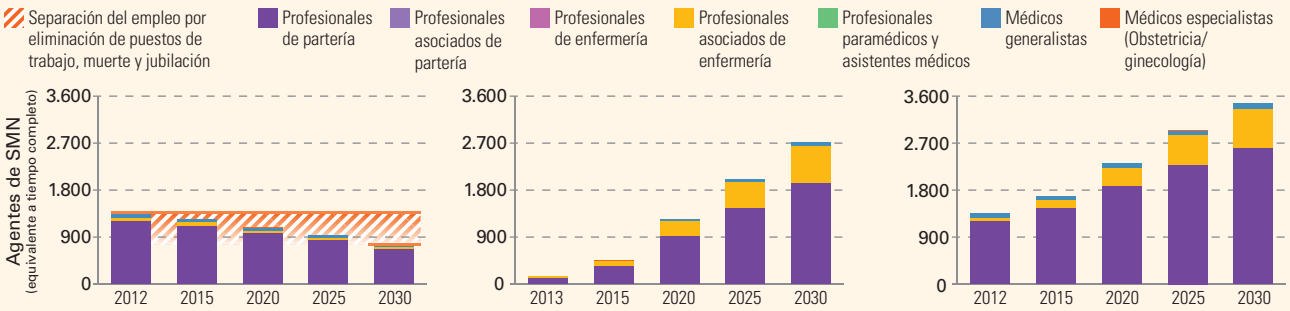
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,05 millones → 0,04 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

87% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 91% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

87% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 90% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

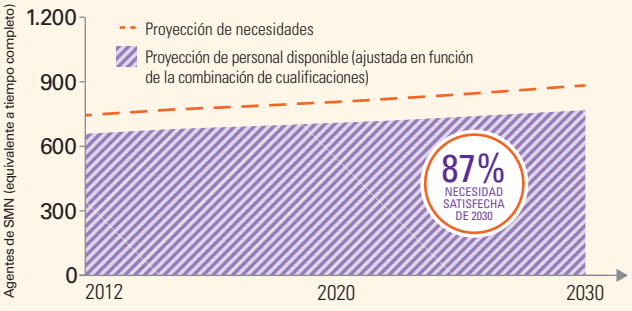
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

0% de pérdida → 0% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

87% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 87% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las asistentes de enfermería; Médicos generalistas: incluyen a los médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los paramédicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

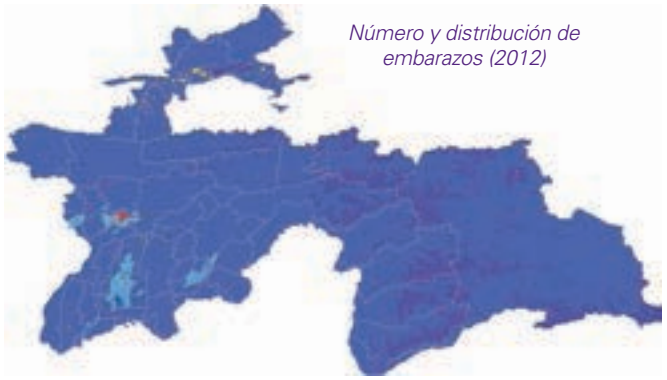
TAYIKISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 8 millones, 4,2 millones (52%) vivían en zonas rurales y 2,1 millones (26%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 42% a 11,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,4 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 30,6 millones de visitas prenatales, 5,2 millones de partos y 20,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

396.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 3.621.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 1.585.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 269.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4)

POSNATAL (recién nacidos x 4)

= 1.075.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	4.376	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	16.908	23
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	1.568	20
Médicos generalistas	4.040	18
Obstetras y ginecólogos	1.407	100

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

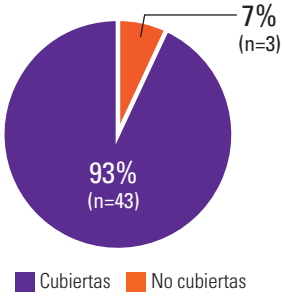
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 100%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

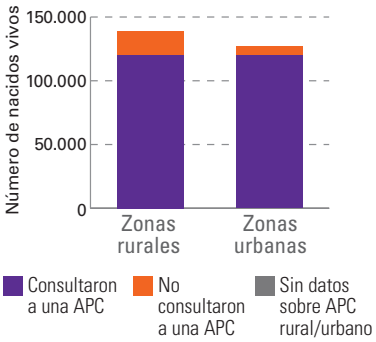
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	4
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2008
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	530/12
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	78%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

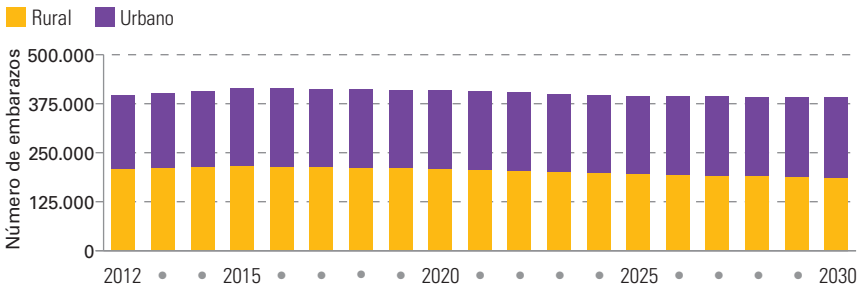
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

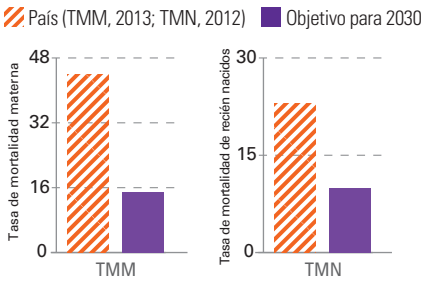
Año de creación de asociaciones profesionales	1987, 1997
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

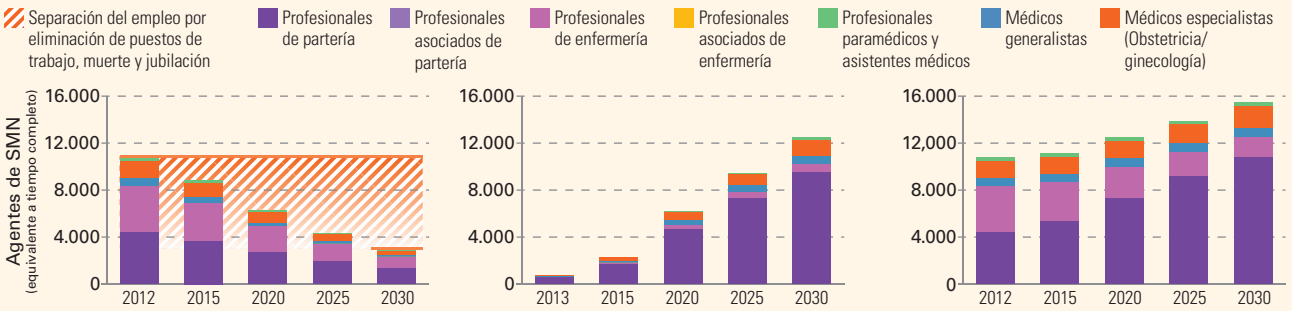
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA

1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras de familia, enfermeras de instituciones de atención de salud primaria; Médicos generalistas: incluyen a los médicos (terapeutas), médicos de familia; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los auxiliares médicos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

TOGO

En 2012, de una población total estimada de 6,6 millones, 4,3 millones (64%) vivían en zonas rurales y 1,6 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 51% a 10 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,4 millones de embarazos por año para 2030, 68% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 31,4 millones de visitas prenatales, 5,2 millones de partos y 20,7 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

Número y distribución de embarazos (2012)

381.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	396	100
Parteras auxiliares	399	100
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	818	–
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	569	–
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	378	–
Médicos generalistas	154	–
Obstetras y ginecólogos	16	100

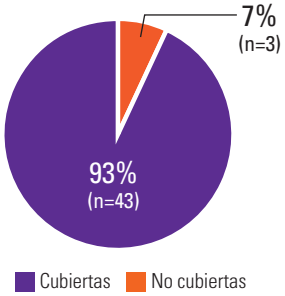
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = **45%**

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

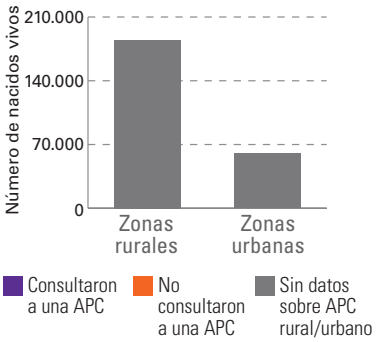
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, –
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	75
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	76/19
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

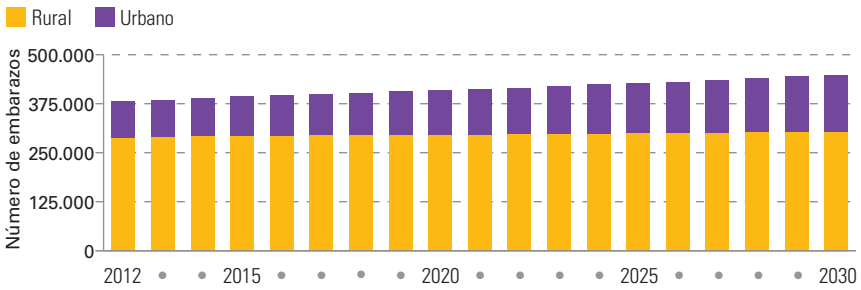
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

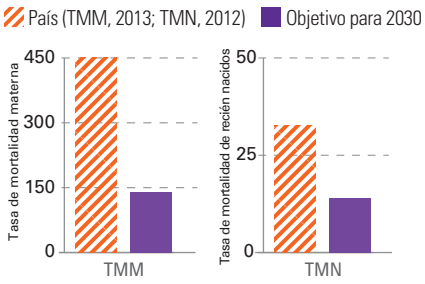
Año de creación de asociaciones profesionales	1966
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

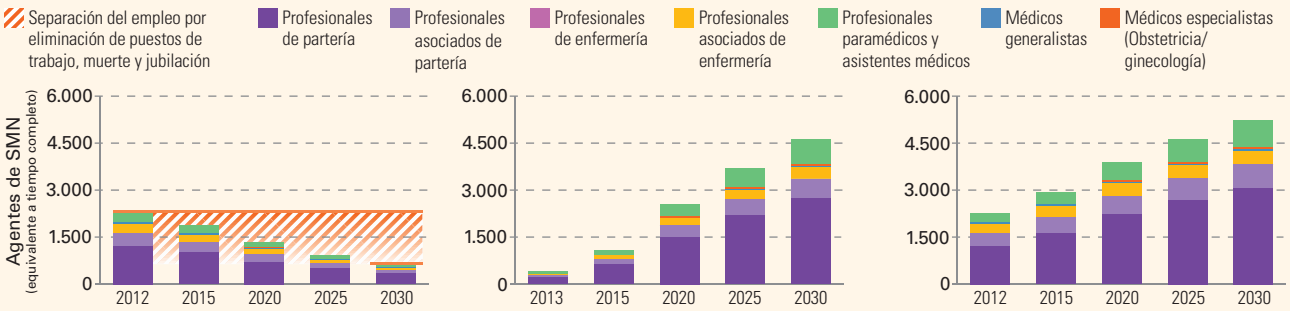
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

0,45 millones → 0,36 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 97% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 93% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

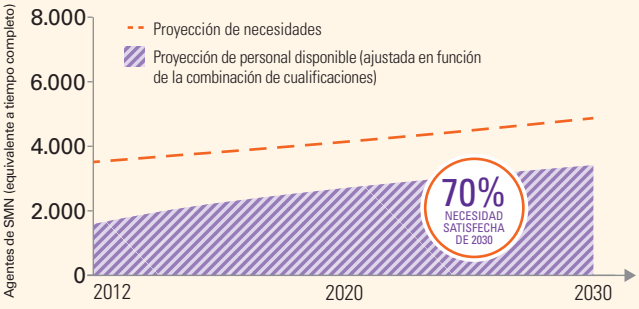
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

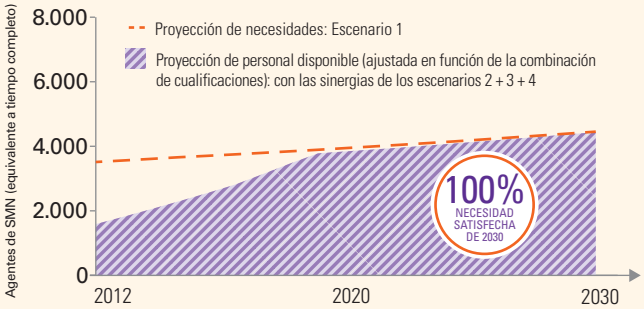
ACTUAL → SUPUESTO

70% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 81% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las accoucheuses auxiliaires; Enfermeras: incluyen a las infirmiers diplômés d'etat; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las infirmiers auxiliaires; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los gynéco-obstétriciens; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los techniciens supérieurs de santé. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

TURKMENISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 5,2 millones, 3,9 millones (75%) vivían en zonas rurales y 1,5 millones (29%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 19% a 6,2 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,1 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 10,1 millones de visitas prenatales, 2 millones de partos y 8,2 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

140.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 2.947.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 560.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 114.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 455.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	410	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	–	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	–	100
Obstetras y ginecólogos	767	–

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

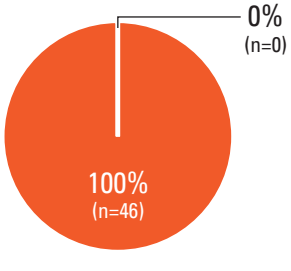
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 37%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

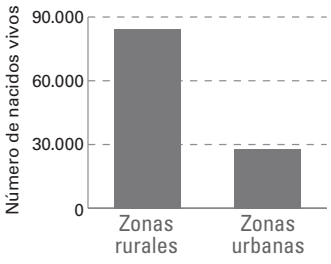
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas | No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	10
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	0/*nd*
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

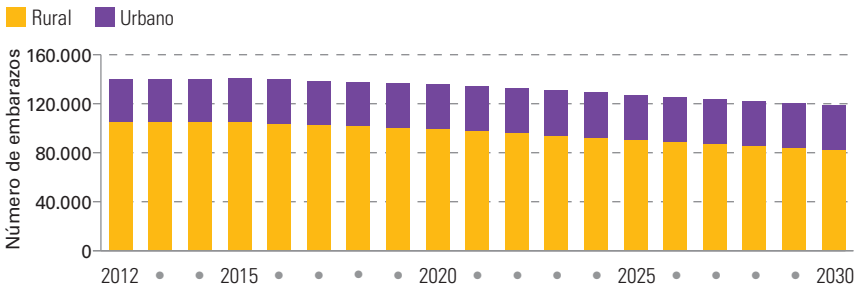
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	3
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/No

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

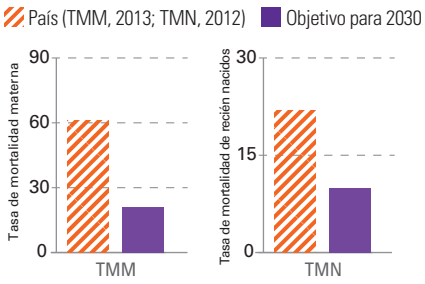
Año de creación de asociaciones profesionales	*nd*
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	*nd*
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	*nd*
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	*nd*
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	*nd*
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	*nd*

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

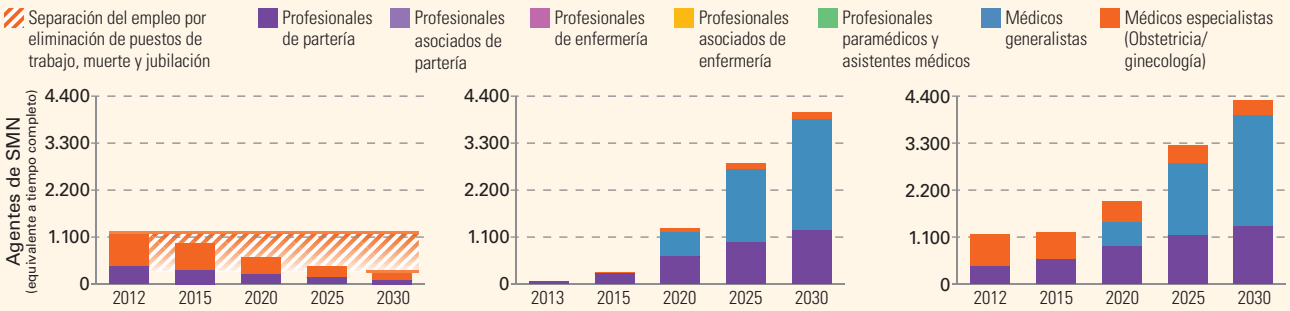
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030

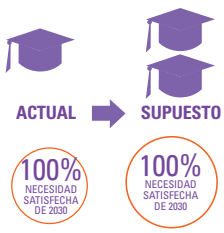


¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

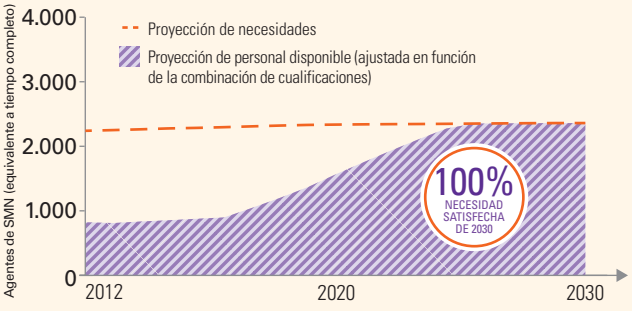
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



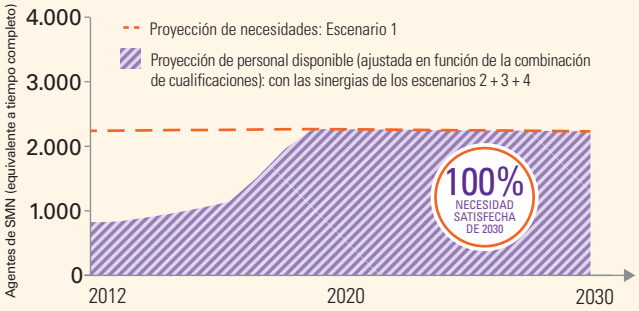
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



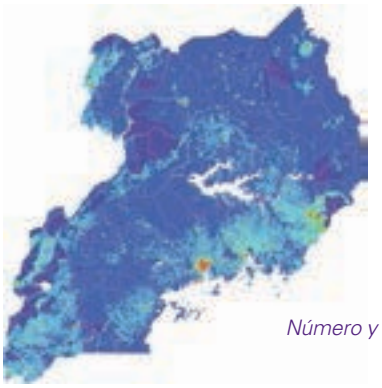
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

UGANDA

En 2012, de una población total estimada de 36,3 millones, 31,5 millones (87%) vivían en zonas rurales y 8 millones (22%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,9. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 74% a 63,4 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 3,4 millones de embarazos por año para 2030, 82% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 221,9 millones de visitas prenatales, 37,2 millones de partos y 148,8 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

2.435.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 16.419.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 9.742.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.634.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 6.535.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	7.000	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	277	50
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	1.707	30
Médicos generalistas	495	50
Obstetras y ginecólogos	32	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

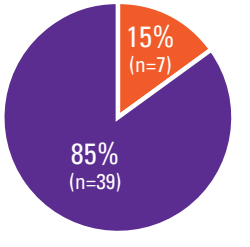
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 27%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

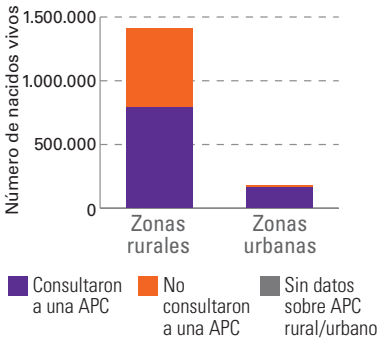
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 1997
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	70
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	1.099/16
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	–

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

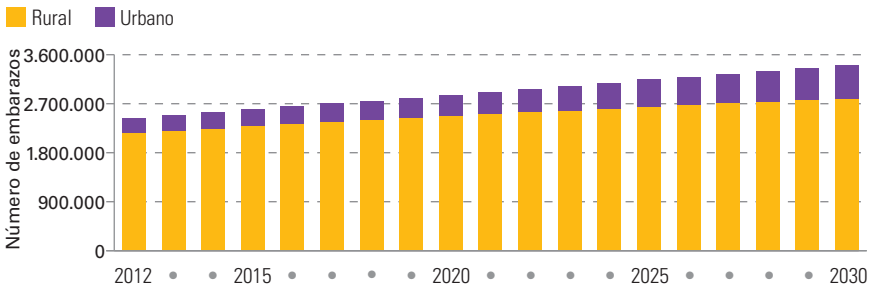
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

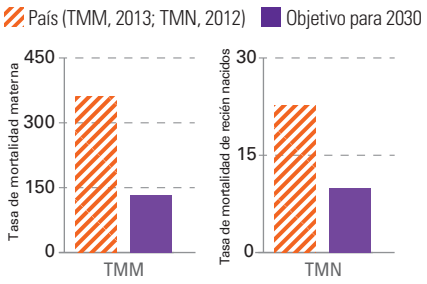
Año de creación de asociaciones profesionales	1948, 2003
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

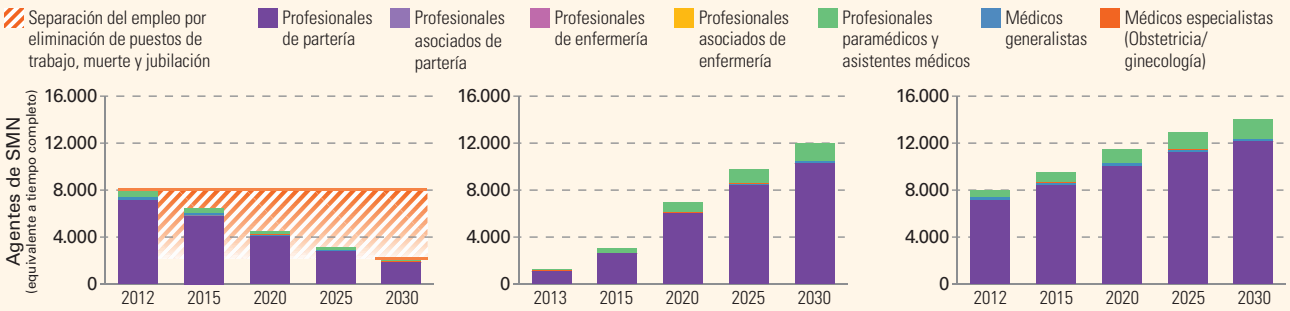
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

3,4 millones → 2,7 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

29% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 48% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

29% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 42% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

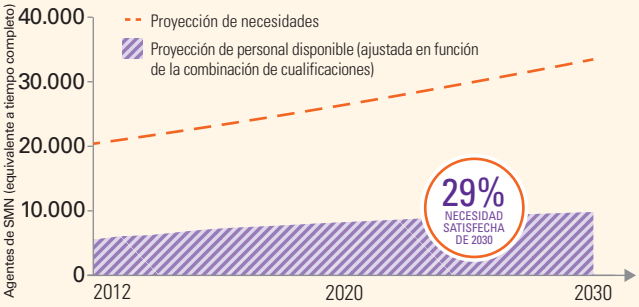
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

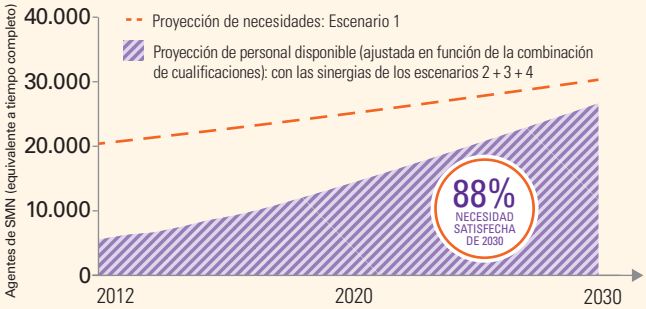
ACTUAL → SUPUESTO

29% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 35% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras registradas (graduadas), parteras matriculadas (certificadas); Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras con capacitación doble; Médicos generalistas: incluyen a los funcionarios médicos; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los funcionarios médicos de grado especial; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los funcionarios clínicos médicos.
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

UZBEKISTÁN

En 2012, de una población total estimada de 28,5 millones, 14,4 millones (50%) vivían en zonas rurales y 8 millones (28%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 2,3. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 20% a 34,1 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,6 millones de embarazos por año para 2030, 53% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 54,9 millones de visitas prenatales, 11,1 millones de partos y 44,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

784.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 15.546.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.137.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 634.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.538.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	7.000	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	4.000	50
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	12.000	30
Obstetras y ginecólogos	5.000	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

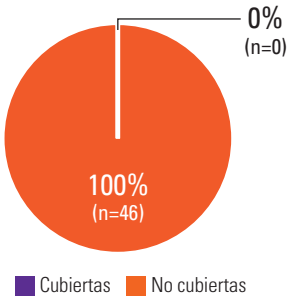
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 84%

$$\frac{\text{tiempo de personal disponible}}{\text{tiempo de personal necesario}}$$

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

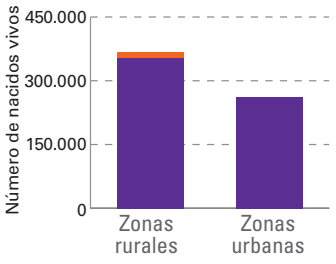
Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



Cubiertas | No cubiertas

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



Consultaron a una APC | No consultaron a una APC | Sin datos sobre APC rural/urbano

EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2009
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	5
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	2.500/36
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	60%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

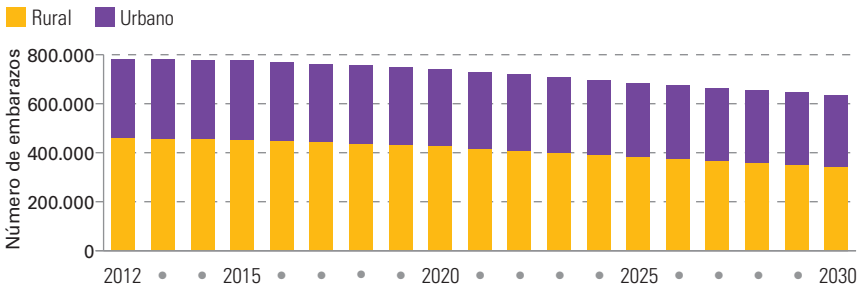
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	2
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

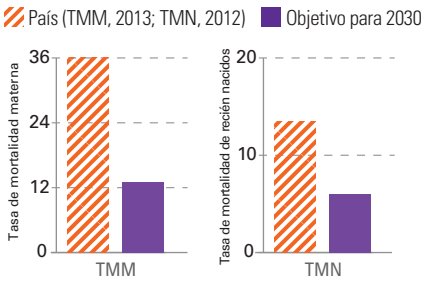
Año de creación de asociaciones profesionales	2000
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	No
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

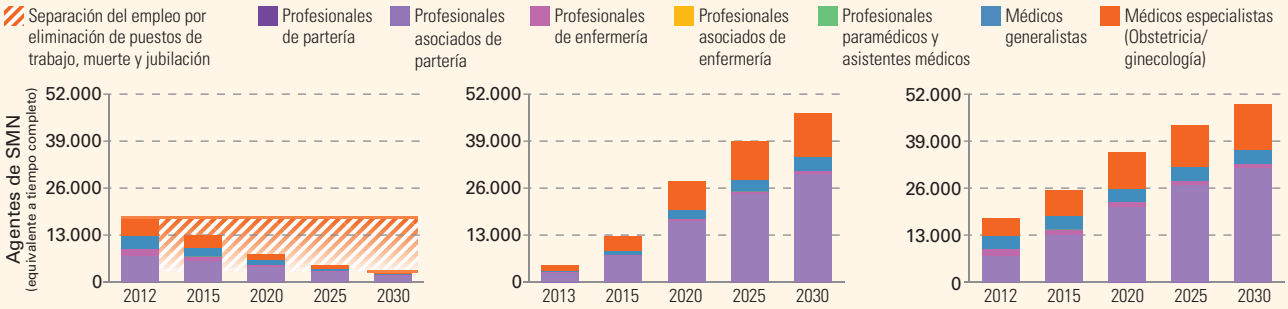
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

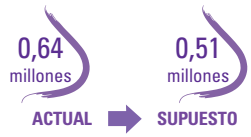
según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

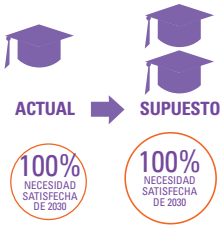
Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?



Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

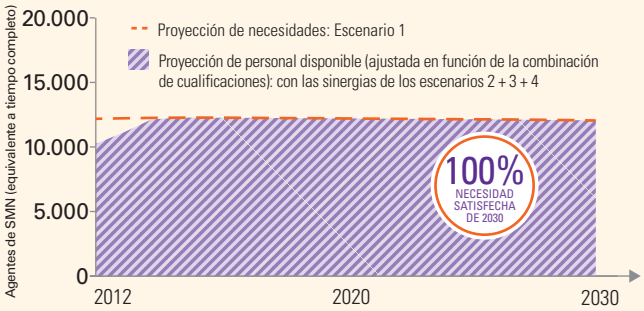


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generales; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

VIET NAM

En 2012, de una población total estimada de 90,8 millones, 65,6 millones (72%) vivían en zonas rurales y 26 millones (29%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 1,8. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 12% a 101,8 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,8 millones de embarazos por año para 2030, 67% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 160,7 millones de visitas prenatales, 24,6 millones de partos y 98,3 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

2.429.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 49.094.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 9.715.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 1.485.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) y **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 5.942.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	23.272	100
Parteras auxiliares	2.750	50
Enfermeras parteras	*nd*	*nd*
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	102.034	50
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	7.200	50
Médicos generalistas	7.180	30
Obstetras y ginecólogos	8.130	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

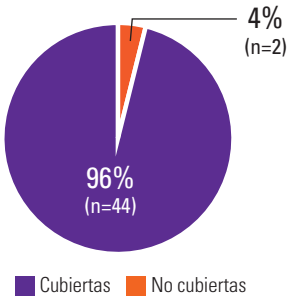
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 83%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

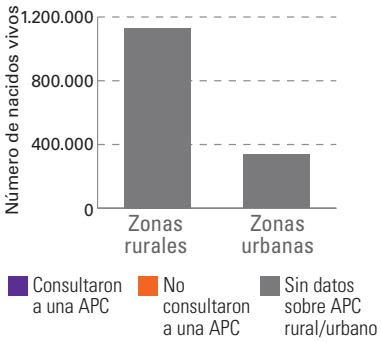
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	2
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	2.050/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	85%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

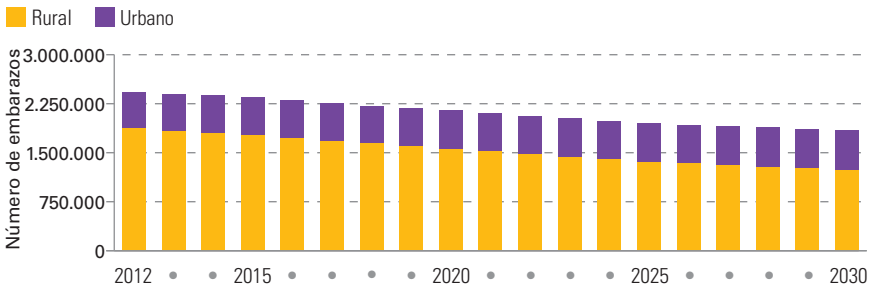
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

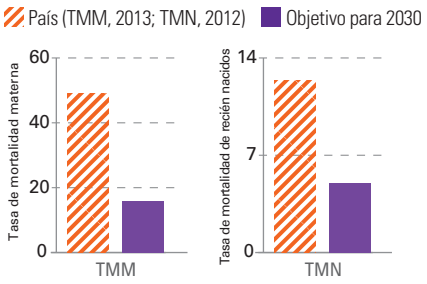
Año de creación de asociaciones profesionales	1990, 1995
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

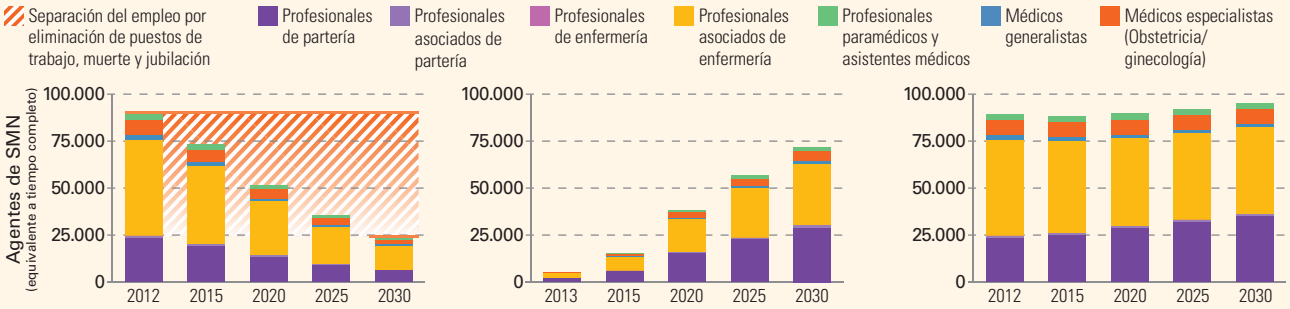
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,8 millones → 1,5 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 — 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 — 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

4 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

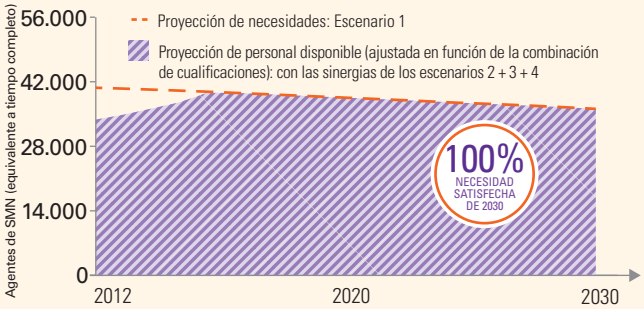
4% de pérdida — 2% de pérdida

ACTUAL → SUPUESTO

100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 — 100% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL

TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras, enfermeras parteras; Parteras auxiliares: incluyen a las parteras auxiliares, parteras de minoridad étnica basadas en aldeas; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras parteras auxiliares, agentes sanitarias de aldea; Médicos generalistas: incluyen a los pediatras; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras; Funcionarios clínicos y asistentes médicos: incluyen a los médicos asistentes en pediatría obstétrica. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

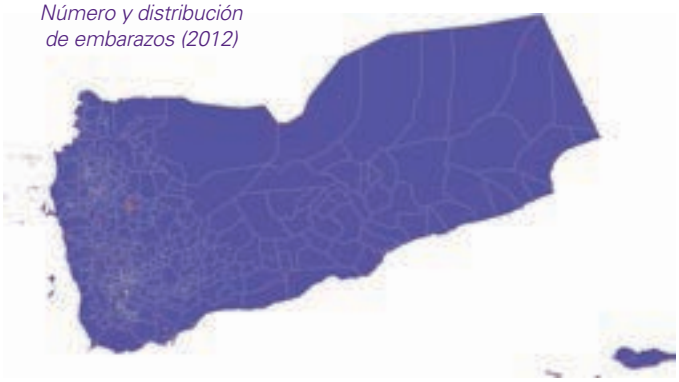
YEMEN

En 2012, de una población total estimada de 23,9 millones, 10,5 millones (44%) vivían en zonas rurales y 5,9 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 4,1. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 43% a 34 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,2 millones de embarazos por año para 2030. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 93,1 millones de visitas prenatales, 15,2 millones de partos y 60,6 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

1.183.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)



0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 10.633.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 4.733.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 771.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 3.083.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	5.500	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	500	90
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	100	60
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	5.412	30
Obstetras y ginecólogos	1.543	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

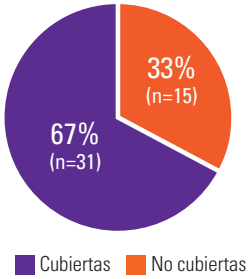
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 57%

tiempo de personal disponible / *tiempo de personal necesario*

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

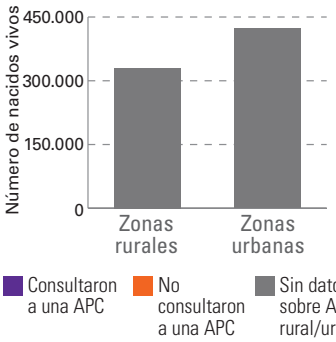
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 10-
Años de estudio requeridos (redondeo)	3
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2012
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	290/5
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	0%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

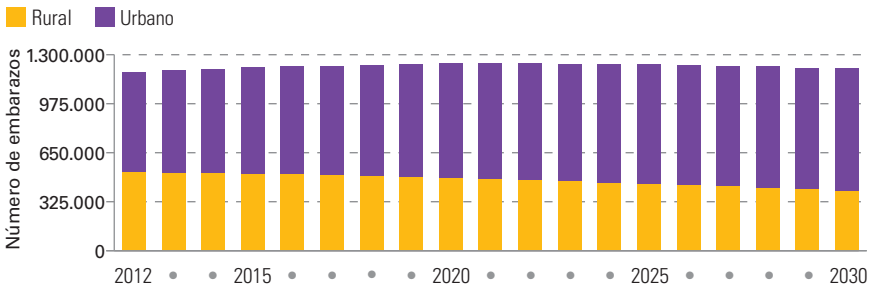
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	6
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

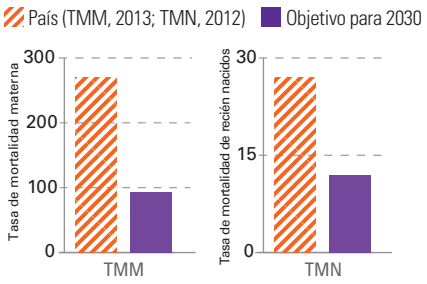
Año de creación de asociaciones profesionales	2004
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	No
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	No

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

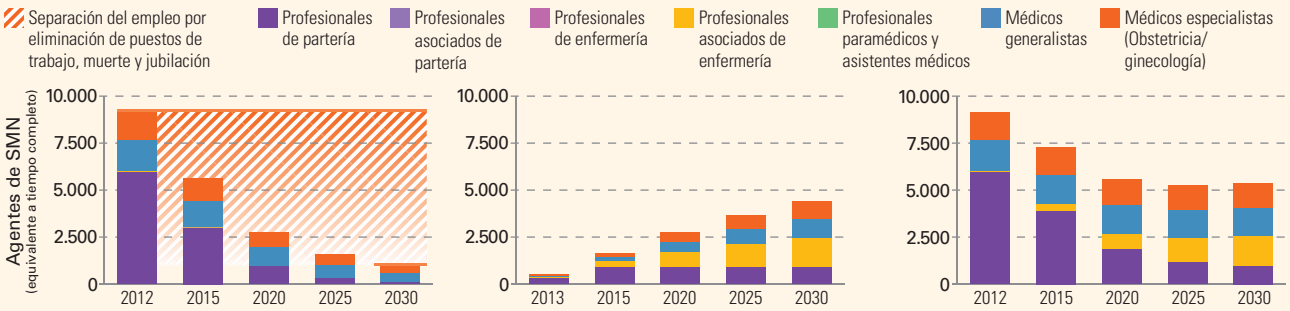
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



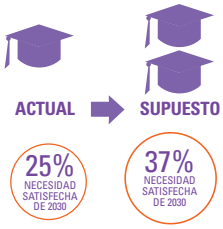
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

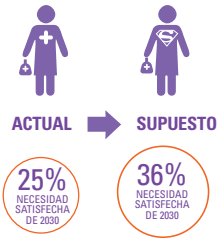
1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

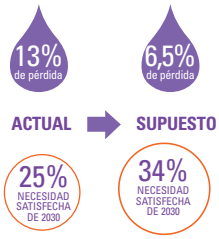
2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?



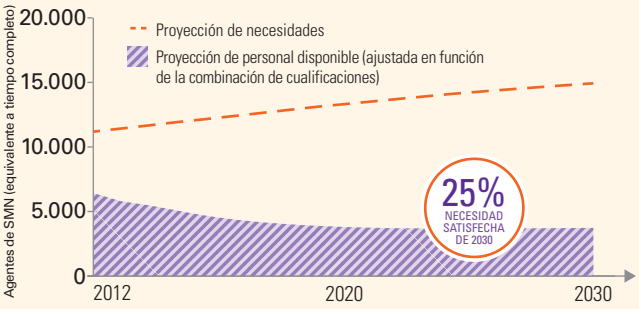
3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?



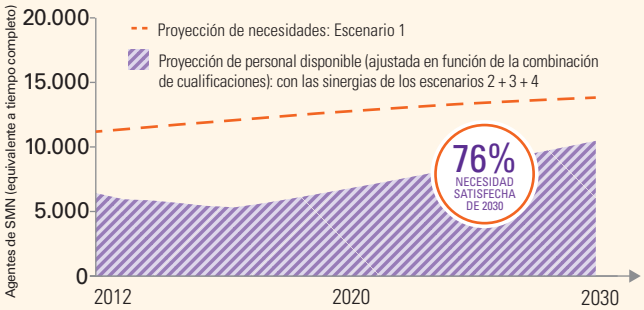
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



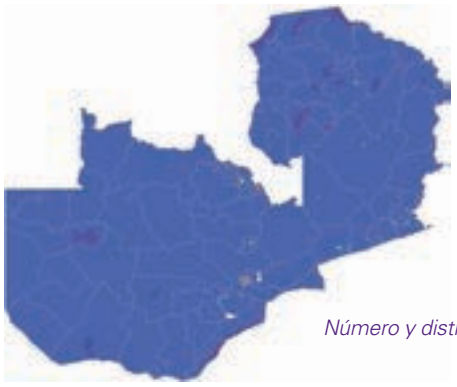
1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras comunitarias; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las agentes de salud primaria femenina (Morshidate); Médicos generalistas: incluyen a los médicos (médicos generales); Obstetras y ginecólogos: incluyen a los especialistas en obstetricia y ginecología. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. La cobertura de SBA rural/urbana no está disponible. El gráfico se refiere a nacimientos rurales/urbanos únicamente.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

ZAMBIA

En 2012, de una población total estimada de 14,1 millones, 8,7 millones (62%) vivían en zonas rurales y 3,2 millones (23%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 5,7. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 77% a 25 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 1,4 millones de embarazos por año para 2030, 62% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 86,5 millones de visitas prenatales, 14,9 millones de partos y 59,5 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

909.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?



Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 6.793.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 3.634.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 625.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 2.499.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	2.773	100
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	9.575	100
Enfermeras	*nd*	*nd*
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	1.630	20
Obstetras y ginecólogos	1.150	75

ANTERIOR AL EMBARAZO
PRENATAL
EN EL PARTO
POSPARTO
POSNATAL

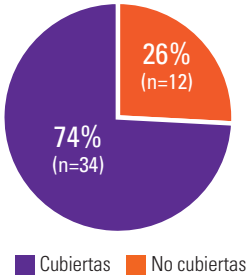
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 99%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

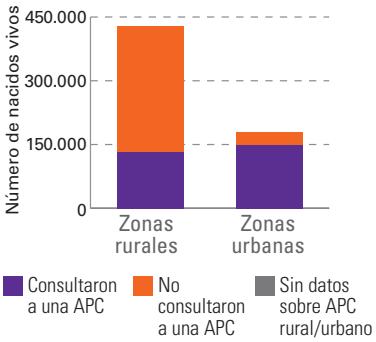
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	1
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2010
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	20
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	247/9
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	95%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

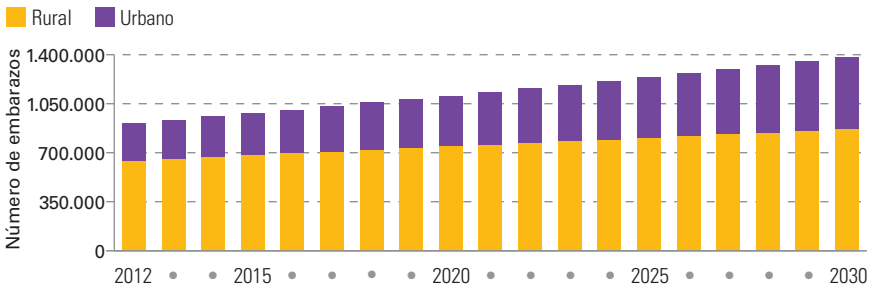
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

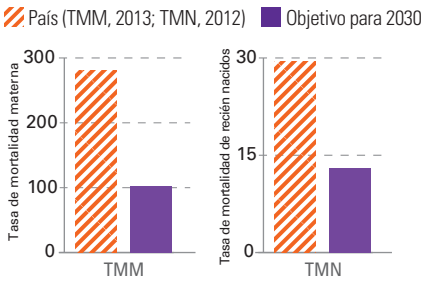
Año de creación de asociaciones profesionales	2011, –, –
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

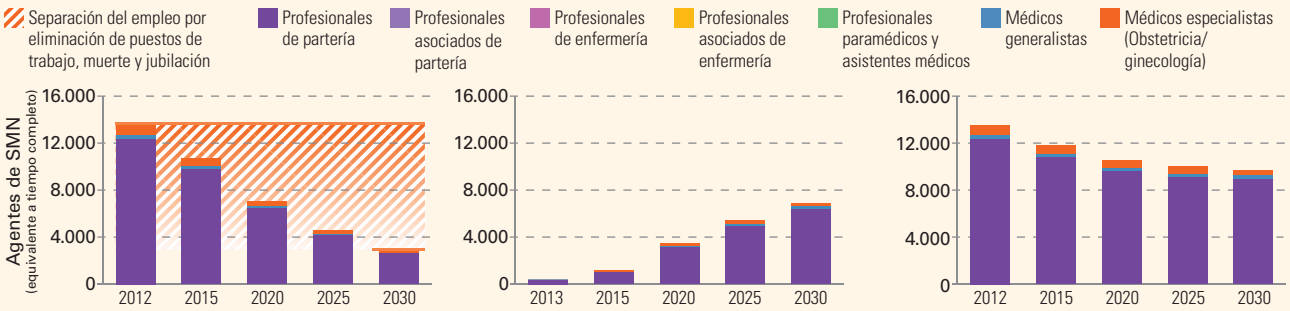
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



¿QUÉ OCURRIRÍA SI… *Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.*

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

1,4 millones → 1,1 millones

ACTUAL → SUPUESTO

Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

48% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 78% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

ACTUAL → SUPUESTO

48% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 68% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

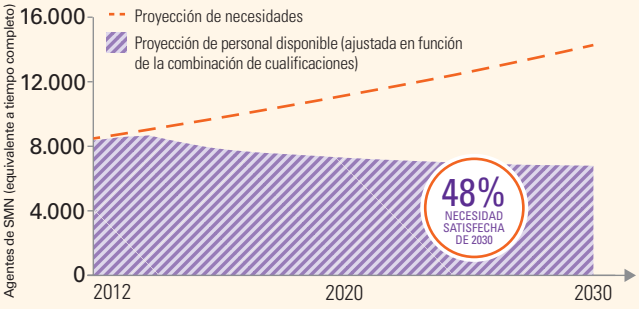
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?

4% de pérdida → 2% de pérdida

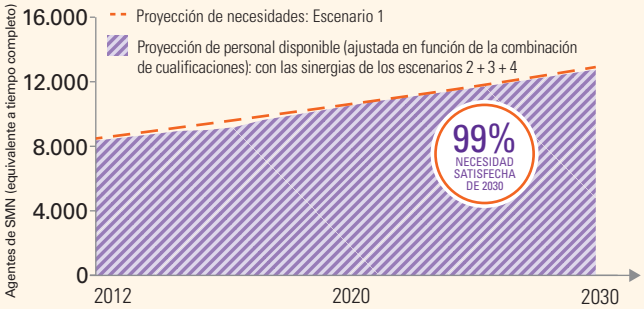
ACTUAL → SUPUESTO

48% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030 → 57% NECESIDAD SATISFECHA DE 2030

TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Parteras: incluyen a las parteras; Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

ZIMBABWE

En 2012, de una población total estimada de 13,7 millones, 8,9 millones (65%) vivían en zonas rurales y 3,4 millones (25%) eran mujeres en edad reproductiva; la tasa de fecundidad total era de 3,5. Las proyecciones para 2030 indican que la población crecerá el 48% a 20,3 millones. Para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,7 millones de embarazos por año para 2030, 60% de estos en zonas rurales. Las implicaciones del sistema de salud incluyen la mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 50,5 millones de visitas prenatales, 9 millones de partos y 36,1 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030.

LO QUE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS NECESITAN (2012)

628.000 EMBARAZOS POR AÑO = ¿CUÁNTOS CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Número y distribución de embarazos (2012)

0 | <0,09 | 0,10-0,19 | 0,20-0,49 | 0,50-0,99 | 1,00-1,49 | 1,50-1,99 | 2,00-2,49 | 2,50-10,00 | >10,00

APROX.

EN EL EMBARAZO (todas las mujeres en edad reproductiva) = 7.598.000 visitas de planificación familiar

PRENATAL (embarazos x 4) = 2.512.000 visitas de rutina

EN EL PARTO = 449.000 parteras capacitadas

POSPARTO (nacimientos x 4) + **POSNATAL** (recién nacidos x 4) = 1.795.000 visitas de rutina

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL (2012)

	Clasificación por país de personal que trabaja en SMN[1]	Tiempo dedicado a SMN %
Parteras	*nd*	*nd*
Parteras auxiliares	*nd*	*nd*
Enfermeras parteras	2.247	100
Enfermeras	16.668	75
Enfermeras o enfermeras parteras auxiliares	1.567	87.5
Funcionarios clínicos & asistentes médicos	*nd*	*nd*
Médicos generalistas	453	–
Obstetras y ginecólogos	9	100

ANTERIOR AL EMBARAZO → **PRENATAL** → **EN EL PARTO** → **POSPARTO** → **POSNATAL**

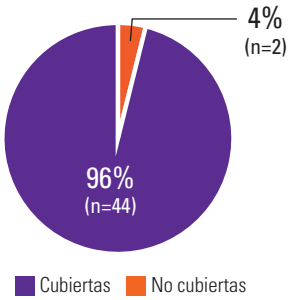
NECESIDAD SATISFECHA ESTIMADA = 85%

tiempo de personal disponible / tiempo de personal necesario

Estimación de la necesidad satisfecha (agregado nacional) con base en los datos disponibles.

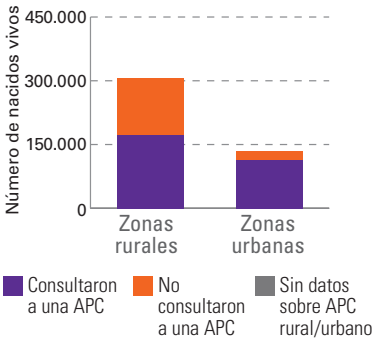
ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Porcentaje de 46 intervenciones esenciales de SRMN incluidas en el conjunto de prestaciones mínimas de salud, 2012



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Número de nacimientos con asistentes de partería cualificados (APC)[2]



EDUCACIÓN EN PARTERÍA[3]

Requisito mínimo de haber completado la educación secundaria para comenzar la capacitación	Grado 12+
Años de estudio requeridos (redondeo)	1
¿Currículo estandarizado? Año de la última actualización	Sí, 2013
Número mínimo de partos supervisados en el currículo	30
Número de graduados en 2012/como % de todas las parteras en ejercicio de la profesión	719/32
% de graduados empleados en SMN dentro de un año	100%

REGLAMENTACIÓN EN PARTERÍA

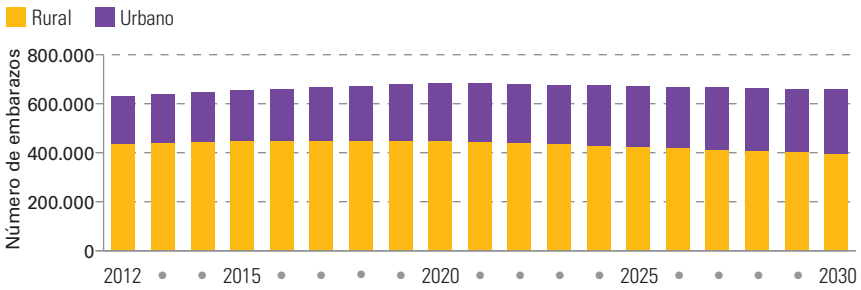
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí
Número de funciones de AONU que pueden desempeñar las parteras (de 7 posibles)	7
Parteras autorizadas a administrar anticonceptivos inyectables/dispositivos intrauterinos	Sí/Sí

ASOCIACIONES PROFESIONALES[4]

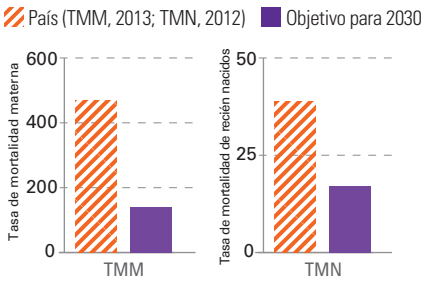
Año de creación de asociaciones profesionales	1995
Funciones desempeñadas por las asociaciones profesionales:	
Continuar con el desarrollo profesional	Sí
Asesorar o representar a miembros acusados de conductas inadecuadas	Sí
Asesorar a miembros en estándares de calidad de SMN	Sí
Asesorar al gobierno en documentos en materia de pólizas con relación a SMN	Sí
Negociar cuestiones salariales y laborales con el gobierno	Sí

nd = no disponible; – = datos no disponibles

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE EMBARAZOS POR AÑO: URBANO O RURAL



REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD[5]



ESTIMACIONES Y PROYECCIONES PARA 2030

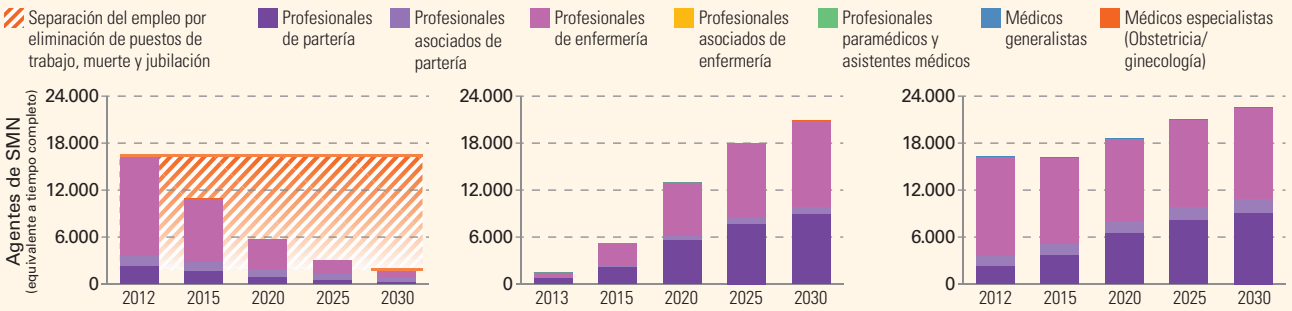
Esta sección del informe utiliza los datos recopilados sobre los países para calcular estimaciones y proyecciones de planificación basadas en las necesidades para 2030. Las proyecciones responden a la inscripción informada, la graduación, el % de tiempo destinado a servicios de SMN, la distribución por edades, los roles y la eliminación de puestos de trabajo. Ante la falta de datos sobre los países, se utilizan suposiciones estandarizadas, basadas en evidencia. Las proyecciones son ilustrativas y deben utilizarse para verificar la exactitud de los datos sobre los países e informar discusiones políticas adicionales. Se incluye más información en la sección "Cómo utilizar las reseñas de países del informe" en la página 50.

PROYECCIÓN DE EGRESOS

PROYECCIÓN DE INGRESOS

PROYECCIÓN DEL PERSONAL

según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) para 2030



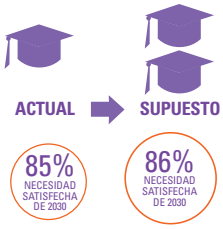
¿QUÉ OCURRIRÍA SI…

Estimación de la necesidad satisfecha con base en los datos disponibles.

1 El número de embarazos se redujera el 20% para 2030?

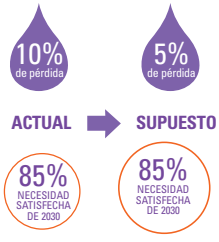
Aumento inmediato de la necesidad satisfecha respecto de la atención durante el embarazo, el parto, el período de posparto/posnatal. Aceleración en la necesidad satisfecha respecto de los servicios prestados durante el embarazo a partir de 2028.

2 El número de parteras, enfermeras y médicos graduados se duplicara para 2020?

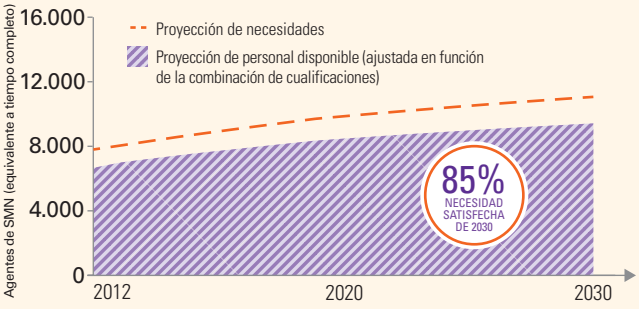


3 La eficiencia mejorara el 2% por año hasta 2020?

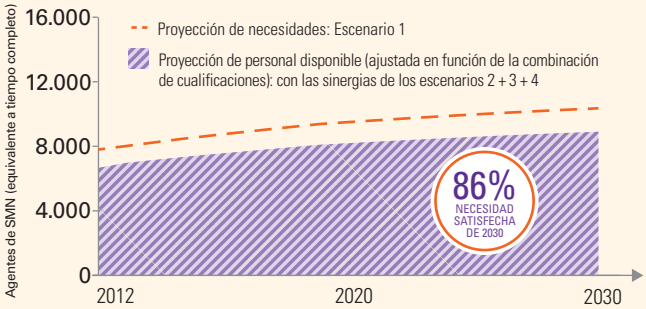
4 La eliminación de puestos de trabajo disminuyera a la mitad en los próximos 5 años (2012-2017)?



TRAYECTORIA ACTUAL



TRAYECTORIA SUPUESTA



1. Estas categorías de agentes de salud incluyen los siguientes puestos de país - Enfermeras parteras: incluyen a las enfermeras parteras; Enfermeras: incluyen a las enfermeras generales registradas; Enfermeras parteras auxiliares: incluyen a las enfermeras de atención primaria; Médicos generalistas: incluyen a los médicos generalistas; Obstetras y ginecólogos: incluyen a los obstetras y ginecólogos. Fuente: *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* o fuentes secundarias (OMS, Observatorio Mundial de la Salud; documentos políticos gubernamentales).
2. El año de los datos es según los datos más recientes disponibles en STATCOMPILER.
3. La información se refiere a la categoría del cuadro de enfermeras parteras.
4. Asociaciones nacionales de partería y enfermería.
5. Estos son objetivos propuestos para TMM y TMN para 2030 con base en las recomendaciones de la iniciativa *Poner fin a la mortalidad materna prevenible para 2030* y el Plan de Acción *Todos los Recién Nacidos*.

EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO: LISTA DE PAÍSES QUE RESPONDIERON

Hacemos llegar nuestro agradecimiento a los directores de las oficinas del UNFPA en los países, y su personal, por facilitar la tarea de recopilación de respuestas a la encuesta por países. Agradecemos todas las contribuciones. La siguiente lista incluye los nombres de los países que respondieron y que solicitaron su inclusión en los agradecimientos. También nos gustaría hacer extensivo nuestro reconocimiento a muchos otros colaboradores que prefirieron no estar mencionados en los agradecimientos del informe. Se ha hecho todo lo necesario para que la lista esté lo más completa posible. Nuestras sinceras disculpas a todos aquellos que respondieron y cuyos nombres han sido omitidos de manera involuntaria.

Afganistán: Shakila Abdaly, Yalda Ahmadi, Masud Arzoiy, Aysha, Pashtoon Azfar, Malin Bogren, Batul Erfani, Sadia Fayiq Ayobi, Sharifullah Haqmal, Mohammad Jebran, Mohammad Massod, Ziba Mazari, Modassar, A. Molakhil, Mursal Musawi, Feroza Mushtari, Nayani, Fahima Nazari, Partamin Partamin, Jawad Patwal, M. Qasim, Rashidi, Monira Rauf, Sediqullah Reshteen, Nahida Shah, Shahir, Shakila, Shams, Amina Sultani, Yalda, Najiba Zafari

Angola: Maria José Costa, Hirondina Cucubica, Ana Leitão, Ines Leopoldo

Azerbaiyán: Farid Babayev

Bangladesh: Alamgir Ahmed, Rahima Jamal Akhtar, Jesmin Akter, Halima Akther, Iqbal Anwar, Farida Begum, Shuriya Begum, Taslima Begum, Rehana Begum, Roushon Ara Begum, Ismat Bhuiya, Hafizur Rahman Chowdhury, Ira Dibra, Monica Fong, Dolly Maria Gonsalves, Abdul Halim, Sajedul Hassan, Emdadul Hoque, A.K.M Amir Hossain, Mohammad Iqbal, Ashraful Islam Babul, Syed Abu Jafar Musa, Rezaul Karim, Umme Salma Khanum, Rabeya Khatoon, Michaela Michel-Schuldt, Abdul Hamid Moral, Gaziuddin Mohammad Munir, A.Z. Musa, Ylva Sörman Nath, A.K.M. Mukhlesur Rahman, Feroza Sarker, Latifa Prof. Shamsuddin, Khandaker Sefayet Ullah, Mohammed Sharif, Fahmida Sultana, Saria Tasnim, Youssef Tawfik, Peggy Thorpe, Joanna Tingstrom, Mofiz Ullah, Yukie Yoshimura

Benin: Solange Adechokan-Kanmadozo, Latifatou Agbodjelou, Olga Agbohoui Houinato, Fulgencia Ahossi Assogbague, Chantal Akitossi, Arlette Akoueikou, Karamatou Bangbola, Conrad Deguenon, Bernice Deleke Koko Houngbede, Constance Dossou, Anatole Dougbe, Prudencia Gbaguidi, Dina Gbenou, Sikiratou Gouthon Abou, Yasminath Houenou, Benjamin Hounkpatin, Nestor KouKoui, Mohamed Chakirou Latoundji, Marguerite Magnonfinon, Christian Martins, O. Laurence Monteiro, Julienne Odoulami, Philomène Sansuamou, Amélie Sonon, Marcelle Totchenou, Victor Zoclanclounon

Bolivia (Estado Plurinacional de): Lilian Acunha, Gricel Alarcon, Rene Alberto Castro, Alexia Escobar, Nancy Manjon, Willam Michel, Elva Olivera, Haydee Padilla, Bertha Pooley, Jacquelin Reyes, Celia Taborga, Franz Trujillo, Eugenio Renato Yucra

Botswana: Galeagelwe Baikepi, Kebabonye Gabaake, Hannah Kau-Kipo, Veronica Leburu, Lucy Sejo Maribe, Khumo Modisaemang, Keitshokile Dintle Mogobe, Ellen Mokalake, Ruth Mokgehi, Irene Motshewa, Galaletsang Mudongo, Opelo Rankopo, Rina Rapula, Workuu Tegene Solomon, Kabo Tautona, Josephine Tlale

Brasil: Vera Bonazzi, Elisabete Franco Cruz, Anna Cunha, Maysa Gomes, Cleiton Euzebio, Amanda Fedevjcyk de Vico, Dulce Ferraz, Emanuelle Goes, Rodolfo Gomez, Jeniffer Goncalves, Roselane Gonçalves, Leila Gottems, Valdecyr Herdy Alves, Felipe Krykhtine, Maria Eliane Liegio, Lorenza Longhi, Fernanda Lopes, Elize Massard da Fonseca, Maria Eliane Matao, Rosani Pagani, Daphne Rattner, Euzi Adriana Rodrigues, Camila Schneck, Valda Fatima Silva, Iara Silveira, Kleyde Ventura Souza, Thais Fonseca Veloso de Oliveira, Maria Esther Vilela, Paula Viana, Marli Villela Mamede, Vera Xavier, Nadia Zanon Narchi, Marcele Zveiter

Burkina Faso: Laurentine Barry, Alimata Bationo, Aïssètou Belemvire, Seydou Belemvire, Aicha Boly, Kadidiatou Gnangao, K. Carine Gnangao, Rosine Compaore/Konkobo, Zéinab Derme, Damatou Diabri, Parfait Guibleogo, Nadège W. Guiguemde, Honorine Kabre, Pascaline Kiendrebeogo, Laye Kodjo, Sabine Liliou, Augustine Lompo, Aimée Lompo, Isabelle Minoungou, Azara Morbiga, Bibata Nacoulma, Mariam Nanema, Emmanuel Neya, Mariam Nonguierma, Roselyne Oubda, Catherine Quedraogo, Valentine Ouedraogo, Karidia Ouedraogo, Habibou Ouedraogo, Natalie Roos, Wahabou Sanfo, Isabelle Sanon/Bicaba, Djénéba Sanon/Ouedraogo, Salmata Sanou, Béatrice Sawadogo, Edmonde P. Sawadogo, Ramatou Sawadogo, Mariam Tiemtore, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Georgette Zerbo, Céline Zoubga, Aligueta Zoure

Burundi: Delphine Arakaza, Prosper Bigirimana, François Busogoro, Georges Gahungu, Fabrice Kakunze, Yolande Magonyagi, Jeanne Marie Nahimana, Rose Simonne Ndayiziga, Bernadette Nkanira

Camboya: Sveng Chea Ath Chhay, Rada Ing, Phuong Keat, Sambo Mey, Sano Phal, Sokun Sok, Rathavy Tung

Camerún: Hortense Atchoumi, Nicole Eteki, Serge Eyebe Eyebe, Assumpta Kechia, Samuel Kingue, Emile Mboudou, Françoise Nissack

Chad: Garba Aminatou, Gambaye Christine, Dewala Deborah, Djamon Djakissam, Urbain Djelaou, Mahamat Malloum Fatime, Fatchou Gakaitangou, Dabsou Guidaoussou, Daniel Guira Dangar, Mariam Issaka, Fatchou Marada, Nekingalaou Nadjiri, Rostand Njiki, Adjougoulta Vealeto

China: Ning Feng, Ying Liu, Jiong Peng, Chumen Wen

Comoras (las): Hissani Aboubacar, Mahamoud Said

Congo (el): Jeannette Biboussi, Bruno Bilombo, Patrick Bondoumbou, Fabrice Bowamboka, Servais Capo-Chichi, Berthe Dzinga Nguimbi, Anna Fagot, Tanguy Fouemina, Nazaire Roger Issie, Clautaire Itoua, Jean Claude Kala, Philippe Kombo, Jean Blaise Koundika, Marie Fanny Lolo, Jacques Mabiala, Yvette Mavoungou, Michel Mbemba Moutounou, André Mbou, Gaston Mbou Goubili, Jules Cesar Mokoko, Zéphirin Abel Moukolo, Joseph Moutou, Henriette Mpassy Tousseho, Virginie Ndzemba, Jean Pierre Michel Ndzondault, Marcellin Ngambou, Rachel Ngouoni, Adrienne Nguekele, Victorine Nkala, Justin Ongoyohi, Clémence Otilibili Ngoma, Paul Oyere Moke, Fabienne Rimteta, Marie Soulie, Bedi Toyo, Marie Gisele Tsiabola, Yolande Voumbo

Côte d'Ivoire: Eliane Abhé Gnangoran, Laetitia Achi, Evelyne Akaffou, Boa Akandan Edith, Virginie Akunin, Danho Simplice Anongba, Djénéba Boro, Camara D, Anongba Danho Simplice, Abhe Gnangoran Eliane, Adou Hervé, Dibo Amany Essam, Antoinette Kansah, Victor Kassi, Isabelle Akoua Koffi, Seidou Koné, Privat Kouakou, Christine Kouakou, Alphone Kouakou Kouamé, Hortance Kouamé, Arthur Kouamé, Kouakou Raymond Kouamé, Amadou Ouattara Liagui, Dia Loukou, Koné Mamadou, Messo Ménin, Boston Mian, Affoué N'Guessan, Antoinette N'Guessan née Ouattara Tiékhou, Hortense N'Guessan née Ouattara, Benjamin Nambala, Rosalie N'Zi, Philomène Oulai-Bamba, Soumahoro Oulai, Geneviève Saki-Nekouressi, Essiagne Daniel Sess, Kadidia Sow, Degny Togbé Ida Anon née, Kadidia Touré-Coulibaly, Anna Touré-Ecra, Christiane Welfens-Ekra, Ignace Yao, Bi Zehoua Yougoné

Djibouti: Assia Mola Ali, Kaltoum Houmed Asso, Rayana Bou Haka, Aicha Djama, Oubah Hassan Farah, Mariam Mohamed Kamil, Fato Mohamed Kassim

Egipto: Amal Abd El Hay, Ehab El Beltagi, Hala El Hennawy, Samia Fargaly, Magdy Khaled, Kawthar Mahmoud, Mohga Metwally, Mohamed Nour El Din, Sherin Saad, Kaima Said, Yasser Salah, Adel Shakshak, Alaa Sultan

Eritrea: Yordanos Mehari, Assefash Zehaie

Etiopía: Ruman Abdurashid, Samuel Aberham, Azeb Admassu, Feven Alazar, Assamenew Assefa, Miftah Awei, Aster Berhe, Asmare Demilew, Mintwab Gelagay, Gebreamlak Gidey, Yezabinesh Kibe, Dorothy Lazaro, Tesfaye Negewo, Alemnesh Tekleberhan, Luwam Teshome, Aster Teshome, Elizabeth Wildeys, Zalalem Woubshet, Hiwot Wubshet

Gabón: Noelle Avomo, Aboubacar Inoua, Stoelle Patricia Keba, Olga Mavoungou, Chantal Mbodi, Justine Mekui Ella, Jean François Meye, Mireille Nkoa, Kévine Leila Nzinga, Serge Yaya

Gambia: Alieu Jammeh, Bakary Jargo, Alhagie Kolley

Ghana: Mary Nana Ama Brantuo, Gladys Brew, Evans Danso, Fredrica Hanson, Joyce Jetuah, George Kumi Kyeremeh, Philomina Wooley

Guatemala: Daniel Frade, Alejandro Silva

Guinea: Binta Bah, Halimatou Bah, Jean-René Camara, Moussa Kantara Camara, Marie Conde, Adama Manyan Condé, Aissatou Condé, Apolinaire Delamou, Saliou Dian Diallo, Mohamed Faza Diallo, Houleymatou Diallo, Malal Diallo, Aboubacar Kaba, Toumany Keita, Enego Koivogui, Mamady Kourouma, Richard Kpamy, Sory Bantou Oulare, Fatoumata Gnélé Sow, Kadiatou Sy, Mbemba Traoré, Mohamed Lamine Yansané

Guinea-Bissau: Fernanda Alves, Alfredo Claudino Alves, Beti C., Luis Camala, Olga Campos, Silvio Coelho Caetano, Alfredo da Costa, Euclides dos Santos, Maria Aramatulai Injai, Agostinho Mbarco Ndumba, Augusto Viegas, Hamilton Viera Ferreira

Haití: Ramiz Alakbarov, Amaida Augustin, Lourdes Belotte, Jean-Claude Cadet, Gilles Champetier de Ribbes, Marie Lucie Chaudry, Kettely Chevalier, Gislhaine D'Alexis, Nadege Daudier Denis, Evelyne Degraff, Ralph Dougé, Jacques Dulaurier, Florence Duperval Guillaume, Luterse Dupont, Marie Sheyla Durandisse, Jean Fanelise, Reynold Grand-Pierre, Jules Grand-Pierre, Maguie Philistin Guerrier, Joseph Herold, Patrice Honoré, Lucito Joanis, Erica Laforest, Claire Nicole Lebrun, Fritz Louis Andre Michel, Paul Madianite, André Megie, Mona Metellus, Gadener Michaud, Stéphane Michel, Fritz Moise, Rose Myrtha Evenou, Ginette Rivière, Jean-Louis Robert, Ifrene Rodeny, Marie Josée Salomon, Edvard Tassy, Youseline Telemaque, Yves Thermidor, Mireille Tribier, Jean-Baptiste Vardine, Ernst Viel, Valerio Vital-Herne, Henri-Claude Voltaire

India: Rashmi Asif, Ashok Agarwal, Dinesh Agarwal, Malalay Ahmadzai, Mohammad Ahsan, Rajni Bagga, Arun Bala, Himanshu Bhushan, Manju Chhugani, Dipa Nag Chowdhary, Bandana Das, P. Princy Fernando, Paul Francis, Medha Gandhi, Sandhya Ghai, Sunanda Gupta, Sukhwinder Kaur, Utplakshi Kaushik, Fareha Khan, Aparna Kundu, Josephine Littleflower, Frederika Meijer, Merlin, Madhuri Narayanan, Navita, Anchita Patil, Avinash K. Rana, Surekha Sama, Sheila Seda, Manju Shukla, Leila Caleb Varkey

Indonesia: Ms Deri, Rustini Floranita, Ms Hani, Ms Hayati, Elvira Liyanto, Trini Nurwati, Emi Taufik

Iraq: Wafa Abbas, Radouane Belouali

Islas Salomón: Wame Baravilala, Kathy Gapirongo, Jessie Larui, Pauline McNeil

Kenya: Batula Abdi, Annie Gituto, Margaret Kinyanzwii, Shiphrah Kuria, Joyce Lavussa, Louisa Muteti, Tabitha Mwangi, Agnes Nakato, Dan Okoro, Geoffrey Okumu, Zahida Qureshi

Kirguistán: Aigul Boobekova, Elnura Boronbaeva, Kuban Monolbaev, Asel Orozalieva, Tatiana Popovitskaya, Nurgul Smankulova, Nurida Umetalieva, Bermet Usupov

Lesotho: Masechaba Moru, Thabelo Ramatlapeng

Liberia: Emilia Ayenaniz, Lucy Barh, Harriett Dolo, Musu Duworko, Musu Duworko, Comfort J. Gebeh, Cuallau Jabbeh-Howe, Yanquah Kargbo, Douboi G. Korkoyeh, Vachel Lake, Esther K. Lincoln, Maybe Garmai Livingstone, Nancy E. R. Masaline, Snoyonoh Miller, Cecelia Morris, Nancy T. Moses, Rex Moses, John Mulbah, Veronica Neblett Siafa, Salat A. Norris, Helena L. Nuahn, Linda Q. Nyansaiye, Tolbert Nyenswah, Philderald Pratt, Angela J. Sawyer, Marion Subah, Bentoe Zoogley Tehoungue, Mary W. Tiah, Anita S. Varney, Dina Wah Kapel, Shelly A. Wright, Anna K. Yse, Aliesa A. Zezay

Madagascar: Nivo Andriamampianina, Edith Boni Ouattara, Ginette Josia Rabefitia, Claire Raharinoro, Evelyne Raherivololona, Heritiana Rakotoson, Haingo Ramananjanahary, Mamihanitra Ramangakoto, Vallyne Rambeloson, Claudine Lala Ramiandrazafy, Herlyne Ramihantaniarivo, Masy Harisoa Ramilirijaona, Alain Gervais Ramorasata, Albert Randriamiaramanana, Oméga Ranorolala, Haingolalao Rapatsalahy, Tatavy Amélie Rasoaniaretana, Dolorès Rasolompiakarana, Edwige Ravaomanana, Stella Ravelonarivo, Marie Georgette Ravoniarisoa, David Rosivel Ravoniarison

Malawi: Sheilla Bandazi, Harriet Chanza, Lilian Chimkono, Mable Chinkhata, Grace Hiwa, Felistas Kanthiti, Harriet Kapyepye, F. Kathiti, Hlalapi Kunkeyani, Linily Linyenga, Address Malata, Robert Mangwiro, Griffin Matemba, Rose Mazengera, Pilirani Msambati, Jasintha Mtengezo, Bettie Namale, John Nepiyala, Dorothy Ngoma, Gelian Nkhalamba, Flemmings Nkhandwe, Ann Phoya, Rose Wasili

Malí: Diouma Camara, Magassi Coulibaly, Sadio Diarra, Bocar Almodjine Djiteye, Benoît Karambiri, Fatoumata S. Maiga, Diahara Maïga

Marruecos: Wafae Abddain, Laila Acharai, Lakhdar Amina, Drissia Anbouri, Bouchra Asarag, Alaoui Asmae, Aicha Ben Baha, Najat Baloui, Ouafae Belayachi, Moumena Benamar, Menana Boukalouche, Nisrine Bourfoune, Mouna Boussefiane, Lantry Chafika, Ahmed Chahir, Nisrine El Mabrouk, Jamila El Mendili, Sanae El Omrani, Sabah El Ouazzani, Rachida Fadil, Khadija Habibi, Touria Harizi, Souad Khachani, Malika Khayri, Aniss Lakhal, Bouchra Lambarek, Mohammed Lardi, Lhou Lioussfi, Hanane Masbah, Jabal Samira, Arhmad Soukayna, Mohammed Okhouya, Chaimae Rhiat, Khadija Sabbane, Malika Tibhiri, Cherifa Yahmi

Mauritania: Ould Mohamed Ahmedou, Thierno Ousmane Coulibaly, Mint Moulaye Fatimetou, Bellahi Marieme, Diagne Marième, Ould Eleyatt Mohamed, Ould Ahmedou Mohamed Lemine, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz

México: Amalia Ayala, Laura Cao, Javier Domínguez, Ricardo García, Araceli Gil, Guadalupe Hernández, Juana Jiménez, Guadalupe Landereche, Hilda Reyes, Maricruz Romero, Matthias Sachse, María Eugenia Torres, Miriam Veras

Mozambique: Munira Abda, Gizela Azambuja, Cidália Baloi, Ana Lurdes Cala, Alicia Carbonell, Paulino Cassoceira, Marcelle Diane Claquin, Ana Maria Dai, Pilar de la Corte Molina, Aicha Issufo, Manuel Macebe, Maria Olga Matavel, Moisés Mazivila, Adelaide Mbebe, Luisa Panguene, Norton Pinto, Deolinda Sarmento, Mohin Sidat, Daniel Simone, Otília Tualufo

Myanmar: Than Aye, Hla Hla Aye, Tin Maung Chit, Charlotte Sigurdson Chveistiansen, Nyunt Nyunt Han, Nang Khin Hla, Htay Htay Hlaing, San San Hlaing, Thinn Thinn Hmway, Hlaing Hlaing Htay, Kyu Kyu Khin, Nwe Nwe Khin, Khin Mar Kyi, Ohnmar Kyi, Su Su Lin, Hnin Hnin Lwin, Molly, Hsu Mon Aung, Ohn Ohn Mya, Yin Mya, Khin Aye Myint, Theingyi Myint, Phone Myint, Moe New, Pale Ou, Sanda, Myint Myint Than, Mya Thida, Khin Thida, Sarabibi Thuzarwin, Hla Mya Thway Einda, Khaing New Tin, Khin Myo Win, New Ni Win, Aye Su Su Win, Myo Yarzar

Nepal: Kiran Bajracharya, Ischworid Devi Shrestha, Kerstin Erlandsson, Neera Thakur, Meera Thapa Upadhyay

Níger (el): Tchima Aboubakar, Yacouba Ali, Laouali Ali, Chaïbou Aminatou, Yaroh Asma Gali, Adamou Balkissa, Adambé Bintou, Boubacar Bobaoua, Altiné Bouli, Abdourahamane Brah, Siddo Moumouni Daouda, Amoul Kinni Ghaïchatou, Amadou Halimatou, Adamou Haoua, Maman Sani Hassane, Moussa Hassane, Chaïbou Ibrah, Adamou Kadi, Sadou Karidio, Abdoulwahab Karimatou, Yayé Katanga, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Amadou Mariama, Mariama Pascal, Abdoul Rachid Fatima, Awal Ramatou, Ibrahim Ramatou, Alhassane Safia, Maïmouna Saïdou, Guédé Salamatou, Zeinabou Saley, Ibrahima Souley, Mariko Souleymane, Gaoh Zaharatou, Oumarou Zaratou, Lancina Zeinabou

Nigeria: Aishatu Abubakar, Fred Achem, Gbenga Adelakin, Bose Adeniran, Olusegun Adeoye, Rose Samuel Agbi, Chris Agbogoroma, Uduak Akpan, Enema Job Amodu, Emilene Anakhuekha, Ronke Atamewalen, E. C. Azuike, Remi Bajomo, S.A. Bennibor, Ruth Bosede Daniel, Jean Damascene Butera, Dashe Dasogot, Oluloyo Ebenezer, Margaret Edison, E.A. Emedo, Omoru A. Eseagwu, Flora Etim, Tolu Fakeye, Tokumbo Farayi, Ayikobi Fatimah, Fagbamigbe O. Johnson, Shakuri Kadiri, Lanem Law Kuma, Fasehun Luther-King, Zainab T. Mahood, Fatima Farra Mairami, Philip Momah, Larry Obi Nwaka, Esther Obinya, Ansa Ogu, Bridget Okeke, V.O. Okinrolabu, Moji Okodugha, Bolaji Oladejo, Oluwadamilola Olaogun, Seyi Olujimi, A. O. Osuntogun, Taiwo Oyelade, Olusegun Oyeniyi, Rabiatu Sageer, Tunde Segun, Garba Sufianu, Joy Ufere, Jonathan Unutaro, Alheri Yusuf, Deborah Yusuf

Pakistán: Jamil Ahmed, Nabeel Akhter, Nighat Durrani, Samia Hashim, Syed Yasir Hussain, Zafar Ikram, Humaira Irshad, Rafat Jan, Zareef Khanza, Fehmida Kousar, Arusa Lakhani, Najma Lalji, Mushtaq Memon, Clara Pasha, Najeeb Rehman, Hidayat Ullah, Wasim, Farzana Zulfiqar

Papua Nueva Guinea: Thelma Ali, Julie Dopsie, Gilbert Hiawalyer, Mary Kililo, Ornella Lincetto, Nina Pangiau, Jessica Yaipupu, Carmen Yakopa

Perú: Gracia Subiria

República Centroafricana (la): Honé Sehuetio Aminata, Yolande Guendoko, Raymond Goula, Suzanne Onambele, Abdoulaye Sepou, Awa Marie Christine Sepou Yanza

República Democrática del Congo: Esperance Ababa, Désiré Bapitani, Marcel Baroani, Jean Baptiste Baruani, Blaise Belesi, Marie Rose Bodisa, Jean Jacques Bosali, Frederick Djunga Pame, Henriette Eke Mbula, Grégoire Hiombo, Ambrockha Kabeya, Céline Kanionga, Rachel Kaswera, Augustin Kiyoyo Belo, Jean-Pierre Lokonga, Louis Lubieno, Raymond Lufwa, Scolastique Mahindo, Nicasie Matoko, Victorine Mbadu, Rose Menga, Jean Pierre Moucka, Epiphanie Ngumbu, Pierre Ntumba, Guy Rammazani, Maurice Tingu Yaba, Beatrice Tshiala, Yvette Tshund'olela, Wivine Yenga

República Democrática Popular Lao (la): Anna af Ugglas, Kaisone Chounlamany, Sengmany Khambounheuang, Eunyoung Ko, Alongkone Phengsavanh, Bounnack Saysanasongkham, Kopkeo Souphanthong, Somchanh Xaysida

República Democrática Popular de Corea: Nazira Artykova, Fatima Gohar, Sathyanarayana Kundur

República Unida de Tanzania: Felister Bwana, Asia Hussein, Theopista John Kabuteni, Frank Komba, Rose Laisser, Sebalda Leshabari, Chiku Lweno, Lucy Mabada, Ahmed Makuwani, Godson Maro, Lena Mfalila, Rose Mlay, Donan Mmbando, Stella Mpanda, Claverly Mpandana, Feddy Mwanga, Martha Rimoy, Gaudiosa Tibaijuka, Ndemetria Vermand

Rwanda: Gloriose Abayisenga, Ferdinand Bikorimana, Pandora Hardtman, Marie Lyesse Iribagiza, Marie Claire Iryanyawera, Jean Marie Mbonyintwali, Maria Mugabo, Juliet Mukankusi, Josephine Murekezi, Daphrose Nyirasafali, Marie Chantal Umulisa, Jovia Umuriza, Agnes Uwayezu, Marie Chantal Uwimana

Santo Tomé y Príncipe: Sonia Afonso, Jose Manuel Carvalho, Maria Elizabeth Carvalho, Pascoal D'Apresentaçao, Yonelma Daio, Maria Quaresma Dos Anjos, Natercia Fernandes, Guldier Afonso Malicia

Senegal: Ndeye Amy Ndiaye Bathily, Binta Demba Sarr Athie, Arame Ndiaye Camara, Marie Francaoise Carvalho, Bocar Mamadou Daff, Boureima Diadie, El Hadji Diagne, Ndeye Fatou Ndiaye Diaw, Mariama Dieng, Seyni Konte Diop, Amassaid Diop, Cheikh Bamba Diop, Virginie Diouf, Ibrahima Soukendela Diuof, Codou Fall, Marieme Fall, Sophie Diop Fall, Elhadj Ousseynou Faye, Marieme Ba Gueye, Maimouna Seck Haidara, Heenghee, Selly Kane Wane, Christine Klauth, Mamadou Selly Ly, Maguette Mbaye, Goto Mino, Aissatou Gueye Ndecki, Nogoye Thiam Ndiaye, Madeleine Ndiaye Bocandé, Symphorien Ndione, Laty Gueye Ndoye, Doudou Sene, Fatim Tall, Fatou Toure

Sierra Leone: Zainab Blell, Frances Fornah, Hossinatu Mary kanu, Pity Florence Kanu, Elizabeth Lemor, Margaret Mannah-Macarthy, Haja Fatmata Mansaray, Joan H. Shepherd

Somalia: Saleh Abdale Omar, Mohamed Abdi Farah, Osman Abdi Omar, Halima Abdi Sheikh, Mohamed Abdirahman Ibrahim, Naima Abdukadir Mohamed, Hawa Abdullahi Elmi, Suleyman Abdullahi Mohamed, Lordfred Achu, Mohamed Ahmed Muhamed, Abdikani Ali Ahmed, AbdiKarim Asseir Ali, Moxamed Axmed Jimale, Phocas Biraboneye, Marian Hassan Mohamud, Ahmed Moallim Mohamed, Fatuma Mohamed, Halima Mohamed Ali, Hassan Mohamoud Abdule, Omar Mohamud Ibrahim, Lul Mohamud Mohamed, Rukia Mustaf Haji, Abdullahi Nor Mohamud, Juliana Nzau, Mariam Omar Salad, Elfeky Samar, Abdulkadir Wehliye Afrah

Sudáfrica: Elgonda Bekker, Dapney N. Chonco, A. Green, Thembeka Gwagwa, Holele, Leonard Kamugisha, Hester Klopper, Busisiwe Kunene, T. Mabudi, Sisan Majeke, Liesbeth Mangathe, N. Mbombo, Ms N. Mphandana, Nokuzola Mzolo, Ms Naicker, Neloius, Deliwe Nyathikazi, Precious Robinson, Gugu Xaba

Sudán: Sawsan Eltahir, Nada Gaafar, Nada Hamza, Insaf Hussein, Osama Ismail, Juliana Lunguzi, Mohammed Sidahmed

Sudán del Sur: Victoria Abua, Patrick Achiga, Tereza Achuei, Jemelia Sake Beda, Gillian Butts-Garnett, Lucia Buyanza, Joice Chrisp, Suzie Francis, Mary Rose Juwa, Jacqueline Kaku, Jane Kamau, Jennifer Kibicho, Siama Ladu, Janet Michael, Naseer Nizamani, Elizabeth Odinga, Antonina Oedena, Polly Grace Osua, Taban Patrick, Susan Poni, Grace Temah, Petronella Wawa

Swazilandia: Dudu Dlamini, Nomathemba Ginindza, Bakhombisile Gumedze, Thembisile Khumalo, Sibusiso Lushaba, Phumzile Mabuza, Winnie Magagula, Zandile Masangane, Happiness Mkhatshwa, Ruth Mkhonta, Glory Msibi, Isabella Ziyane

Tayikistán: Zuhro Abdurakhmanova, Gulbahor Ashurova, Salomudin Isupov, Bunafsha Jonova, Niolbe Khasanova, Said Kurbanov, Saidsho Nosirov, Zulfiya Pirova, Nargis Rakhimova

Togo: Adjowa Héloïse Adandogou, Kodjovi Edotsè Adjeoda, Guy C. Ahialegbedzi, Nadou Akouete, Ahlonkomba Aithnard, Adjoua D'almeida, Adjikè Assouma, Dankom Bakusa, Manzana Esso Bouloufei, Napo Dare, Kossi Deti, Piyalo Djafalo, Rodrigue Djitrinou, Lonlonko Ayaovi Gbadegbegnon, Tchaa Kadjanta, Binto Kassime, Kodjo Kissi, Estelle Kondi, Clarisse Koudadze, Ablavi Koulete, Kokou Kpeglo, Dzodzo Eli Kpelly, Nadou Lawson, Koffi Egnovor Logan, Bingo Kignomon M'Bortche, T. Kassouta N'Tapi, Adzoa Akpedze Nomenyo, Poovi Nouwodjro, Eralakaza Ouro Bitasse, Essokazim Pekemsi, Afiavi Sallah, Koffi Tekou, Marguerite Vovor

Turkmenistán: Kemal Goshliyev, Bahtygul Karryeva

Uganda: Cecile Compaore, Esperance Fundira, Jeremiah Lwanga, Primo Madra, Joash Magambo, Zakayo Masereka Black, Disan Mugumya, Mary Gorret Musoke, Mercy Mwanje, Enid Mwebaza, Maria Najjemba, Sarah Namyalo, Ismail Ndifuna, Janet Obuni, Martin Opolot, Olive Sentumbwe, Collins Tusingwire, John Wakida, Sarah Wamala

Uzbekistán: Zulfiya Atadjanova, Feruza Fazilova, Nodira Islamova

Viet Nam: Erken Arthur, Dat Van Duong, Bang Thi Hoang, Huyen Thi Thanh Le, Hong Thi Luu, Hanh Thi Xuan Nghiem, Khan Cong Nguyen, Takeshi Takai

Yemen: Nasser Al-Akhram, Nagiba Al-Shawafi, Nageeb Alhomikany, Taha Almahbashi, Fatoom Nooraldeen, Souad Saleh, Areej Taher, Afrah Thabet, Areej Thaher

Zambia: Collins Chansa, Media N. Chikwanda, Emily Chipaya, Elizabeth Kalunga, Brivine kalunga, Sarai Bvulani Malumo, Ndubu Milapo, Universe Mulenga, Genevieve Musokwa, Sarah Shankwaya, Bellington Vwaalika

Zanzibar: Ruzuna Abdulrahim, Ali, Ali Kassim Amour, Ramadhan Chande, Mvita H. Haji, Ramadhan Hamza, Valeria Haroub, Ghanima Juma, Juma Rajab Juma, Asma Khamis, Khadija Khamis, Salama K. Khamis, Wanu Khamis, Subira Khatib, Kassim Kirobo, Rose Moh'd, Yahya Msellem, Mwatoum Mussa, Azzah Nofly, Julia Ruben, Talaa M. Said, Sharifa Salmin, Ali Suleiman, Abdul-Rahman Taha, Salma Yussuf

Zimbabwe: Cynthia Chasokela, Lilian Dodzo, Noriko Kadomoto, Trevor Kanyowa, Agnes Makoni, Rose Mary Marck-Katumba, M.N. Mothobi, Edwin Tobias Mpeta, Jane Mudyara, Margaret Nyandoro, David Okello, Basile Oleko Tambashe

REFERENCIAS

CAPÍTULO 1

1. Ki-moon B. Una vida digna para todos: acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y promover la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015. Informe del Secretario General. (A/68/202). Nueva York: Naciones Unidas, 2013.
2. Resolución WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. 64.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 May 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
3. Política exterior y de la salud mundial. Sesión 67, ítem 123 de la Agenda. A/67/L.36. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.
4. Fundación de las Naciones Unidas. *Todas las mujeres, todos los niños*, 2013. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/about (accedido en el 31 de marzo de 2014).
5. Declaración sobre resultados del Segundo Simposio Mundial sobre Partería: "Fortaleciendo la atención de partería de calidad: Dar grandes pasos, enfrentar desafíos". Kuala Lumpur, 2013. Disponible en: https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/Symposium Joint Declaration.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
6. UNFPA. *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011:* Cuidar la salud, salvar vidas. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.
7. Mulherin T. *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*: "Historia de resultados". Barcelona: ICS Integrare, 2013.
8. OMS, UNICEF. "Cuenta atrás para 2015": Construyendo un futuro para mujeres y niños. Informe de 2012. Washington DC: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012. Disponible en: http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
9. PMNCH. Una revisión mundial de las intervenciones clave relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, 2011.
10. UNFPA. Programa de acción. Adoptado en la conferencia internacional de población y desarrollo, Cairo, 5-13 septiembre 1994. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004
11. Observatorio Mundial de la Salud. Niveles de mortalidad infantil: Número de muertes (miles) Datos por países. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en (accedido el 1 de mayo de 2014)
12. Instituto Guttmacher, tabulaciones especiales de datos sobre la base de: Singh S, Darroch JE and Ashford LS. *Adding it up: The need for and cost of maternal and newborn care—estimates for 2012*. Nueva York: Instituto Guttmacher, 2013. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
13. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, y otros. *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. Lancet* 2011; 377:1319–30.
14. OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial. Tendencias en la mortalidad materna: 1990 a 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
15. División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas de población mundial, revisión 2012. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.
16. Campbell J, Dussault G, Buchan J, y otros. *A universal truth: No health without a workforce*. Informe del foro, Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Recife, Brasil). Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y Organización Mundial de la Salud, 2013.
17. OMS. Temas sobre la salud: Partería. Disponible en: http://www.who.int/topics/midwifery/en/ (accedido el 7 de octubre de 2013).
18. Centro Nacional para la Información Biotecnológica. "Partería": encabezado de tema médico. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&term=Midwifery (accedido el 31 de marzo de 2014).
19. Leap N. *Woman-centred or women-centred care: Does it matter? Br J Midwifery* 2009; 17(1).
20. Downe S. *Towards salutogenic birth in the 21st Century*. En: Walsh D, Downe S, editores. Midwifery practice: *Intrapartum care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
21. Downe S, McCourt C. *From being to becoming: Reconstructing childbirth knowledges*. En: Downe S, editor. *Normal birth, evidence and debate*. 2da edición. Oxford: Elsevier, 2008.
22. Walsh D, Devane D. *A metasynthesis of midwife-led care. Qual Health Res* 2012; 22(7):897–910.
23. Sandall J, Soltani H, Gates S, y otros. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane database Syst Rev* 2013; 8:CD004667.
24. ICM. Definición internacional de partería de la ICM (revisada en junio de 2011). La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2011.
25. ICM. Normas mundiales de educación de partería (2010). Confederación Internacional de Matronas, 2011. Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R427_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Education_2010_ENG.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014)
26. ICM. Habilidades profesionales esenciales para la práctica de la partería básica 2010 (Revisado en 2013). La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2013.
27. ICM. Normas mundiales de reglamentación de la partería. La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2011.
28. ICN. Naturaleza y alcance de la práctica de enfermeras parteras. Declaración de posición. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 2007. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A10_Nature_Scope_Practice_Nurse-Midwives.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
29. OMS. Modelos y herramientas para proyecciones y planificación del personal sanitario. Human Resources for Health Observer, 3. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
30. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, y otros. *An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy Plan* 2005; 20(5):267–76.
31. OMS. Estimación del costo de fomento de las intervenciones de salud materna y neonatal para alcanzar una cobertura universal: Metodología y presunciones. Documento Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
32. Bärnighausen T, Bloom DE, Humair S. *A mathematical model for estimating the number of health workers required for universal antiretroviral treatment*. Documento 15517. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2009. Disponible en: http://www.nber.org/papers/w15517.pdf?new_window=1 (accedido el 31 de marzo de 2014).
33. Scheffler R, Fulton B. *Needs-based estimates for the health workforce*. En: Soucat A, Scheffler R, Donald K, editores. *The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis*. Washington DC: Banco Mundial, 2013. Disponible en: http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554 (accedido el 11 de agosto de 2013).
34. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, y otros. *The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: A modelling approach. Lancet* 2012; 380:1341–51.

CAPÍTULO 2

1. Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH). Una revisión mundial de las intervenciones clave relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, 2011.
2. OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Tendencias de la mortalidad materna: 1990 al 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
3. Mbizvo MT, Say L. *Global progress and potentially effective policy responses to reduce maternal mortality. Int J Gynecol Obstet* [Internet]. *Int J Gynecol Obstet 2012*; 119 Supl:S9–12.
4. OMS, UNFPA, ONUSIDA, Fondo Temático para la Salud Materna (MHTF), Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP), Grupo de Trabajo para Poner Fin a la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM). Objetivos y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible: Declaración de consenso de la Consulta de Bangkok sobre Objetivos y Estrategias para Poner Fin a la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM), Abril de 2014
5. *Healthy Newborn Network*. Newborn numbers. 2014. Disponibles en: http://www.healthynewbornnetwork.org/page/newborn-numbers (accedido el 31 de marzo de 2014).
6. Punto de la Agenda Provisional A67/21. Todos los Recién Nacidos: Un plan de acción para poner fin a las muertes prevenibles. 67ª Asamblea Mundial de la Salud 67, Ginebra, 2 de mayor de 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011
7. Resolución WHA58.31. Hacia la cobertura universal de las intervenciones de salud materna, neonatal e infantil. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 de mayo de 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005
8. Resolución WHA64.13. Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal. 64ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 de mayo de 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
9. Resolución WHA64.9. Estructuras de financiación de salud sostenible y cobertura universal. 64ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 de mayo de 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
10. Ahoobim O, Altman D, Garrett L, Hausman V, Huang Y. *The New Global Health Agenda: Universal Health Coverage*. Nueva York: Consejo de Relaciones Exteriores, 2012.
11. Mulherin T. *The State of the World's Midwifery 2011*: "Results Story." Barcelona: ICS Integrare, 2013.
12. OMS. *Todas las Mujeres, Todos los Niños*: Fortalecimiento de la equidad y la dignidad a través de la salud. Segundo Informe del Grupo de Expertos de Evaluación Independientes (iERG) en materia de Información y Rendición de cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, 2013.
13. Tatem AJ, Campbell J, Guerra Arias M, de Bernis L, Moran A, Matthews Z. *Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. Int J Health Geogr* 2014; 13(2).
14. División de Población de las Naciones Unidas. *World population prospects*, revisión 2012. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.

15. Futures Institute. *OneHealth Model: Intervention Treatment Assumptions*. Glastonbury, CA: Futures Institute, 2013. Disponible en: http://futures-institute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014)
16. ICM. Estándares mundiales sobre educación en partería (2010). Confederación Internacional de Matronas. 2011. Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R427_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Education_2010_ENG.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014)
17. ICM. Competencias esenciales para la práctica básica de partería 2010 (Revisión 2013). La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2013.
18. ICM. Normas mundiales de reglamentación de la partería. La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2011.
19. Oficina regional de la OMS para África. Directrices para la evaluación de los programas de educación y capacitación en partería básica y enfermería básica en África. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud, 2007.
20. Oficina regional de la OMS para África. Consenso sobre las competencias esenciales de las parteras cualificadas en África. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud, 2006.
21. OMS. Documento de antecedentes para la Consulta Técnica sobre la Cobertura Eficaz de los Sistemas de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
22. Colston J. *The Use of Effective Coverage in the Evaluation of Maternal and Child Health Programs: A Technical Note for the IDB's Social Protection and Health Division*. Informe Nro.: IDB-TN-280. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36279205 (accedido el 31 de marzo de 2014).
23. Tanahashi T. *Health service coverage and its evaluation*. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303.
24. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Observaciones Generales CESCR Nro. 14: Derecho al más alto nivel posible de salud (Art. 12) Nueva York: Naciones Unidas, 2000. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
25. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. *Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage*. Bull World Heal Organ 2013;91:853–63.
26. Cometto G, Campbell J, Sheikh MR. *Human resources for health: critical for effective universal health coverage*. World We Want 2015, 2012. Disponible en: http://www.worldwewant2015.org/node/298618 (accedido el 31 de marzo de 2014).
27. Campbell J, Cometto G, Sheikh MR. *Human Resources for Health, Universal Health Coverage and Healthy Life Expectancy: Framing the contemporary agenda for HRH*. Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2013.
28. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra-Arias M, Leone C, et al. *A universal truth: no health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife*, Brasil. Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y Organización Mundial de la Salud, 2013.
29. Collins T. *Some Leading Practices in Equitable Sexual and Reproductive Health Service Provision from Zambia*. Londres: HLSP, 2012.
30. James AJ, Collins T. *Achieving equity in skilled birth attendance*: Malawi. Londres: HLSP, 2012. Disponible en: http://www.hlsp.org/Home/Resources/EquityinSBAMalawi.aspx (accedido el 31 de marzo de 2014) .
31. Campbell J. *Midwifery Workforce: Present and future challenges for quality care + quality care providers*. Women Deliver, Kuala Lumpur, mayo de 2013. Barcelona: ICS Integrare, 2013.
32. Bengoa R, Kawar R, Key P, y otros. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
33. OMS. Indicadores de carga laboral para necesidades de dotación de personal: Manual de Usuario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500197_users_eng.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
34. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendation for Integration into National Health Systems*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2010.
35. OMS. Clasificación de los agentes de salud: Cartografía de las ocupaciones según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en: http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_clasification.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
36. OMS. Conjunto mínimo de datos de recursos humanos para la salud de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: http://www.hrhresourcecenter.org/node/2230 (accedido el 31 de marzo de 2014).
37. Riley PL, Zuber A, Vindigni SM, y otros. *Information systems on human resources for health: a global review*. Hum Resour Health, 2012; 10(1):7.
38. Windau-Melmer, T. *Advocacy approaches to promote midwives and the profession of midwifery: Brief*. Washington, DC: Health Policy Project, 2010.
39. CARMMA/African Union. El Premio Mama Afrika. 2012. Disponible en: http://www.carmma.org/update/mama-afrika-award (accedido el 31 de marzo de 2014).
40. Panel de Personas Eminentes de Alto Nivel de la ONU. Una nueva alianza mundial: Erradicar la pobreza y transformar las economías mediante el desarrollo sostenible. Nueva York: Naciones Unidas, 2013.
41. OMS. Elecciones justas de equidad y cobertura sanitaria universal: Informe final del informe del Grupo Consultivo sobre Equidad y Cobertura Sanitaria Universal de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
42. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
43. Gething PW, Johnson FA, Frempong-Ainguah F, y otros. *Geographical access to care at birth in Ghana: A barrier to safe motherhood. BMC Public Health* 2012; 12: 991.
44. Bailey PE, Keyes EB, Parker C, y otros. *Using a GIS to model interventions to strengthen the emergency referral system for maternal and newborn health in Ethiopia. Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(3):300–9.
45. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, y otros. *The geography of maternal and newborn health*: The state of the art. 5ª Conferencia Internacional sobre SIG de Salud. Bangkok, 2013.
46. UNICEF, UNFPA, OMS. Orientación para el Control de la Disponibilidad y Uso de los Servicios Obstétricos. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
47. Gabrysch S, Zanger P, Campbell OMR. *Emergency obstetric care availability: a critical assessment of the current indicator*. Trop Med Int Heal 2012; 17(1):2–8.
48. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
49. OMS. Aumentar el acceso a los agentes de salud en zonas remotas y rurales mediante la retención mejorada del personal: recomendaciones políticas mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html (accedido el 31 de marzo de 2014).
50. OMS. Transformación y mejora de la educación y la formación del personal sanitario: Directrices de la OMS 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_EduGuidelines_20131202_high_print.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
51. PMNCH, OMS. Orientación política para la implementación de las intervenciones esenciales de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI): un compendio político multisectorial para SRMNI. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf?ua=1 (accedido el 31 de marzo de 2014).
52. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
53. OMS. Optimización de SMN. Recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los agentes de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
54. Khan KS, Wojdyla D, Say L, y otros. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. The Lancet* 2006; 367(9516):1066–74.
55. PMNCH. Enfermedad y mortalidad neonatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndealth_illness/en/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
56. Matthews Z, Channon A, Neal S, y otros. *Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries*. PLoS Med 2010; 7(9).
57. Kunst AE, Houweling T. *A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. En: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editores. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence Studies in Health Services Organization and Policy 17*. Antwerp: ITG Press, 2001.
58. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. *Measuring progress towards universal coverage*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012.
59. OMS, Banco Mundial. Seguimiento de los avances hacia la cobertura sanitaria universal a nivel nacional y mundial: Marco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_Discussion Paper_Dec2013.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
60. Channon AA, Neal S, Matthews Z, Falkingham J. *Maternal health inequalities over time: is there a common pathway?* World We Want 2015, 2012. Disponible en: http://www.worldwewant2015.org/node/283339 (accedido el 31 de marzo de 2014).
61. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. *Translating Coverage Gains into Health Gains for All Women and Children: The Quality Care Opportunity*. PLoS Med 2013; 10(1):1–3.
62. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. *Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. Heal Policy Plan*, 2013.
63. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, y otros. *The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach*. Lancet 2012; 380:1341–51.
64. Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, y otros. *Equity in Child Survival, Health and Nutrition 1: Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. Lancet*. 2012; 380(9850):1331–40.

65. Bhutta ZA, Reddy S. *Achieving Equity in Global Health: So Near and Yet So Far*. J Am Med Assoc. 2012; 307(19):2035–6.
66. Victora CG, Barros AJD, Axelson H, y otros. *How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys*. Lancet, 2012; 6736(12):1–8.
67. Brearly L, Marten R, O'Connell T. *Universal Health Coverage: a commitment to close the gap*. Londres: *Save the Children*, 2013.
68. Comunicaciones de la ICM. Evento Formal para la Recopilación de Datos para el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*. Blog de la Confederación Internacional de Matronas. 2014. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/04/15/state-of-the-worlds-midwifery-afghanistan/ (accedido el 30 de abril de 2014).
69. Comunicaciones de la ICM. Las parteras en Togo organizan el proceso del *Estado de las Parteras en el Mundo*. Blog de la Confederación Internacional de Matronas. 2014. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/02/26/state-of-the-worlds-midwifery-sowmy/ (accedido el 30 de abril de 2014).
70. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Observaciones Generales CESCR Nro. 14: Derecho al más alto nivel posible de salud (Art. 12) Nueva York: Naciones Unidas, 2000. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014)
71. IIMMHR. Enfoques basados en derechos humanos para esfuerzos de reducción de la mortalidad materna. Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos, 2010. Disponible en: http://righttomaternalhealth.org/sites/iimmhr.civicactions.net/files/IIMMHR%20Field%20project%20booklet.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
72. WRA. Carta para la Atención de Maternidad Respetuosa. Washington DC: Alianza White Ribbon, 2011.
73. Bowser D, Hill K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Washington D.C: USAID-TRAction Project, 2010. Disponible en: http://www.urc-chs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
74. Consejo de Población. Confrontación de la falta de respeto y el abuso durante el parto en Kenya: Proyecto Heshima. Reseña del Proyecto, 2014. Disponible en: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014RH_HeshimaBrief.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
75. *Quality of care in pregnancy and delivery in Kanakapura Taluk, India, Belaku Trust*, Diciembrede 2013. [Inédito. Comunicación personal de Charlotte Warren, Consejo de Población].
76. Kilaru A, Ganapathy S, Karachiwala B. *Quality of care in obstetric services in rural South India: evidence from two studies with gap of ten years*. BMC Proc, 2012; 6(Supl 1):O2.
77. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, y otros. *Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. Am J Public Health,* 2009; 99(9):1666–72.
78. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. *Study of health care seeking practices of pregnant women in Cape Town*. Informe Técnico de del Consejo de Investigación Técnica (MRC). Ciudad del Cabo: Consejo de Investigación Médica, 1998.
79. Kayongo M, Esquiche E, Luna MR, y otros. *Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. Int J Gynaecol Obstet*, 2006; 92(3):299–307.
80. Newman C. *Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. Hum Resour Health* 2014; 12: 25.
81. Miller S, Cordero M, Coleman AL, y otros. *Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. Int J Gynaecol Obs*, 2003; 82(1):89–103.
82. Hulton L, Matthews Z, Stones R. *A framework for the evaluation of quality of care in maternal services*. Southampton: Universidad de Southampton, 2000.
83. ICM. Instrumento de Evaluación de Capacidad de Asociación de Miembros (MACAT). La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2011. Disponible en: www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global Standards Competencies Tools/English/MACAT ENG.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).

CAPÍTULO 3

1. Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH). Una revisión global de las intervenciones clave relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, del recién Nacido y del Niño, 2011.
2. OMS. ¿Qué es la cobertura universal? 2014. Disponible en: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
3. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, y otros. Salud Mundial 2035: un mundo convergiendo en una generación. *Lancet* 2013; 382:1898–955.
4. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, y otros. *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. Lancet* 2013 INCOMPLETO, ESPECIFICAR TOMO Y NÚMEROS DE PÁGINA
5. Banco Mundial. Informe de monitoreo mundial 2013: Dinámica rural-urbana y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington, DC: Banco Mundial, 2013.
6. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud (más necesaria que nunca). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
7. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
8. O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. *What does universal health coverage mean? Lancet*. 2014; 383:277–9.
9. Quick J, Jay J, Langer A. *Improving women's health through universal health coverage. PLoS Med* 2014; 11(1):e1001580.
10. OMS. Plan de Acción Mundial 2013-2020 para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP). La voz popular. Síntesis del Grupo de Trabajo de Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014.
12. Sistemas de salud futuros. Mercados de salud futuros: Una declaración de reunión de Bellagio. Fundación Rockefeller, 2012. Disponible en: http://www.futurehealthsystems.org/storage/publications/project-docs/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
13. Guía técnica sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la implementación de políticas y programas para reducir la morbilidad y mortalidad materna prevenibles. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.
14. OMS. Asegurando los derechos humanos en la provisión de servicios e información sobre métodos anticonceptivos: Orientación y recomendaciones. Ginebra: Organización Mundial de Salud, 2014.
15. FHI 360. Marco de integración de géneros: Cómo integrar a los géneros en cada aspecto de nuestro trabajo. Durham, NC: FHI 360, 2012.
16. OMS. Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos desfavorables entre adolescentes en países en desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
17. Bollinger R, Chang L, Jafari R, y otros. *Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. Bull World Heal Organ* 2013; 91(11):890–2.
18. Landry MD, Hastie R, Oñate K, y otros. *Attractiveness of employment sectors for physical therapists in Ontario, Canada* (1999-2007)*: implication for the long term care sector. BMC Health Serv Res* 2012; 12:133.
19. Buchan J. *Reviewing the benefits of health workforce stability. Hum Resour Health* 2010; 8(1):29.
20. Greenhill R, Prizzon A. *Who foots the bill after 2015? What new trends in development finance mean for the post-MDGs*. Documentos de ODI, 360. 2012. Disponible en: http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7905.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
21. Horton R, Lo S. *Investing in health: why, what, and three reflections. Lancet* 2013; 382:1859–61.
22. Secretario General de Naciones Unidas. Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño. Nueva York: Naciones Unidas, 2010.
23. Fundación de las Naciones Unidas. *Todas las mujeres, todos los niños,* 2013. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/about (accedido el 31 de marzo de 2014)
24. Comisión de las Naciones Unidas sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Cumpliendo promesas, midiendo resultados. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
25. Grupo de Expertos de Evaluación (iERG). *Todas las mujeres, todos los niños*: desde el compromiso a la acción. El primer informe del iERG independiente sobre Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
26. iERG. *Todas las mujeres, todos los niños:* Fortalecimiento de la Equidad y la Dignidad mediante la Salud. El segundo informe del iERG sobre Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
27. Comisión de las Naciones Unidas. Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños: Informe de los comisionados. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.
28. Organización Mundial de la Salud y Organización Meteorológica Mundial. Atlas de salud y clima. Ginebra: OMS, 2012.
29. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. *The political economy of universal health coverage: Background paper*. Montreux, Suiza: Simposio Mundial de Investigaciones sobre Sistemas de Salud, 2010.
30. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
31. Centro de Derechos Reproductivos. CPD y derechos humanos: 20 años de progreso en materia de derechos reproductivos mediante órganos creados en virtud de tratados de la ONU y reforma legal. Nueva York: UNFPA, 2013. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2013/icpd_and_human_rights_20_years.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
32. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009

33. Sandall J, Soltani H, Gates S, y otros. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane database Syst Rev 2013; 8:CD004667.
34. Kruske S, Kildea S, Barclay L. *Cultural safety and maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians*. Women and Birth. 2006; 19(3):73.
35. Sibley LM, Sipe TA, Koblinsky M. *Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care: a review of the evidence*. J Midwifery Women's Heal, 2004; 298–305.
36. Homer CSE, Lees T, Stowers P, y otros. *Traditional birth attendants in Samoa: Integration with the formal health system*. Int J Childbirth Educ. 2012; 2(1):5–11.
37. Chomat A, Solomons N, Montenegro G, y otros. *Maternal health and healthseeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala*. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(2):113–20.
38. Barclay L, Aiavao F, Fenwick J, y otros. *Midwives' tales: Stories of tradional and professional birthing in Samoa*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
39. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, y otros. *Caseload midwifery care for women of all risk compared to standard hospital care: M@NGO, a randomized controlled trial. Lancet* 2013; 382(9906):1723–32.
40. ten Hoope-Bender P. *Continuity of maternity care for all women. Lancet* 2013; 382:1685–7.
41. Devane D, Brennan M, Begley C, y otros. *Socioeconomic Value of the Midwife: A systematic review, meta-analyses, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care*. Londres: The Royal College of Midwives Trust, 2010.
42. Stewart M, McCandlish R, Henderson J, Brocklehurst P. *Review of evidence about clinical , psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre , and outcomes for their babies*. Oxford: Unidad Nacional de Epidemiología Perinatal, 2004.
43. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
44. Confederación Internacional de Matronas (ICM). Educación, reglamentación y asociación. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-regulation-association/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
45. Brodie P. *Midwifing the midwives: Addressing the empowerment, safety of, and respect for, the world's midwives. Midwifery 2013*;29(10):1075–6.
46. Sullivan K, Lock L, Homer C. *Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one Area Health Service in New South Wales, Australia. Midwifery 2011*;27(331–335).
47. Sandall J. *Midwives' burnout and continuity of care. Br J Midwifery* 1997;5(2):106–11.
48. McCarthy CF, Voss J, Salmon ME, y otros. *Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders*. Hum Resour Health 2013; 11(1):29.
49. Samb B, Celletti F, Holloway J, y otros. *Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic*. N Engl J Med 2007; 357(24):2510–4.
50. Cadée F, Perdok H, Sam B, y otros. *"Twin2twin" an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations*. Midwifery 2013; 29(10):1145–50.
51. ICM. El "hermanamiento" como una herramienta para fortalecer las asociaciones de parteras: Manual operativo. La Haya: Confederación Internacional de Matronas; 2014.
52. Kruk ME, Hermosilla S, Larson E, Mbaruku GM. *Bypassing primary care clinics for childbirth: A cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ* 2014; 92:246–53.
53. Campbell J, Dussault G, Buchan J, y otros. *A universal truth: no health without a workforce*. Informe del foro, Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, Recife, Brasil. Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y Organización Mundial de la Salud; 2013.
54. Conway S, Surka S, Campbell J. *A connected health workforce: An innovation brief*. Barcelona: ICS Integrare, 2014.
55. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Washington: Instituto de Medicina: National Academy Press, 2001.
56. Lewis G. *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer—2006–08*. Octavo Informe de las Consultas Confidenciales sobre Mortalidad Materna en el Reino Unido. BJOG. 2011; 118 (Supl. 1):1–203.
57. OMS. Marco de Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa (OMS/RHS/HPN/10.3). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
58. Leap N. *Woman-centred or women-centred care: does it matter? Br J Midwifery*. 2009; 17(1):12–6.
59. WRA. Carta de Atención de Maternidad Respetuosa. Washington DC: White Ribbon Alliance, 2011.
60. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. *Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. The Lancet* 2012; 380(9837):111–25.
61. Canning D, Schultz TP. *The economic consequences of reproductive health and family planning. The Lancet* 2012; 380(9837):165–71.
62. Osotimehin B. *Family planning save lives, yet investments falter. The Lancet* 2012; 380(9837):82–3.
63. Evans T. *Value for Money Assessment: Community-based Midwifery Diploma Program*. Banco Mundial, 2013.
64. Homer CS, Matha D V, Jordan LG, Wills J, Davis GK. *Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis*. Aust Heal Rev 2001; 24(1):85–93.
65. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. *National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. Lancet* 2013; 381(9878):1642–52.
66. Planificación Familiar 2020. Cumbre de Londres sobre la Planificación familiar | Generalidades [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.familyplanning2020.org/images/content/old_site_files/London-Summit-Family-PlanningOverview_V1-14June.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
67. Equipo de Tareas de Alto Nivel de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Marco de Acción para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Nueva York: UNFPA, 2014.
68. OMS. Optimización de SMN. Recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los agentes de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
69. ICM. Estándares Mundiales de Educación en Partería (2010): Enmienda de 2013. La Haya, Países Bajos, 2013.
70. OMS. Recomendaciones mundiales para la retención de agentes de salud. 2010.
71. Friedman HS. *How much does it cost to educate midwives?* 2011. Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/background_papers/21_FriedmanH_EducationCosts.PDF (accedido el 31 de marzo de 2014).
72. ICM. Confederación Internacional de Matronas: Visión y Misión. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/vision-mission/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
73. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: Visión y Declaración de Misión. Disponible en: http://www.figo.org/about/mission (accedido el 31 de marzo de 2014).
74. Asociación International de Pediatría: Misión y Objetivos. Disponible en: http://www.ipa-world.org/page.php?id=141 (accedido el 31 de marzo de 2014).
75. Consejo Internacional de Enfermeras: Nuestra misión. Disponible en: http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
76. UNFPA. *El Estado de las Parteas en el Mundo 2011*: Cuidar la Salud, Salvar Vidas. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.
77. Lawn JE, Kinney M. *Stillbirths: An Executive Summary for The Lancet's Series. The Lancet*, 2011. Disponible en: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
78. ONUSIDA. Cuenta atrás a cero (*Countdown to zero*): Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH entre niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2011.
79. OMS. Objetivos mundiales de nutrición 2025. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
80. UNICEF. El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012.
81. WHO, UNFPA, ONUSIDA, Fondo Temático para la Salud Materna (MHTF), Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP), Grupo de Trabajo para Poner Fin a la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM). Objetivos y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible: Declaración de consenso de la Consulta de Bangkok sobre Objetivos y Estrategias para Poner Fin a la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM), Abril de 2014.
82. Punto de la Agenda Provisional A67/21. Todos los Recién Nacidos: Un plan de acción para poner fin a las muertes prevenibles. 67ª Asamblea Mundial de la Salud 67, Ginebra, 2 de mayor de 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
83. Speybroeck N, Kinfu Y, Poz MRD, Evans DB. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.

ANEXO 1: GLOSARIO

Aceptabilidad (de servicios de salud): Dimensión del derecho a la salud, que requiere que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud respeten los principios éticos médicos y sean culturalmente apropiados, así como también que tengan en cuenta los requisitos de género y del ciclo biológico. [1]

Aceptabilidad (del personal sanitario): Las características y la capacidad del personal sanitario de tratar a todos con dignidad, de infundir confianza y de posibilitar o promover la demanda de servicios. [2]

Acreditación: Proceso diseñado para confirmar la calidad educativa de los programas de educación y capacitación, ya sea nuevos, establecidos o en desarrollo. En general, se lleva a cabo por medio de una revisión por pares/terceros respecto de los estándares/resultados establecidos. [3]

Agentes de salud comunitarios: De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, los agentes de salud comunitarios (ASC) deben ser miembros de las comunidades donde trabajan, seleccionados por las comunidades, responder ante las comunidades por sus actividades, recibir el apoyo del sistema de salud, aunque sin formar parte necesariamente de la organización del mismo, y recibir una capacitación más breve que los trabajadores profesionales. [5]

Asociación (o Colegio): Grupo organizado de personas que tienen un ejercicio profesional común, intercambian información, y comparten objetivos de promoción de las perspectivas de carrera, formación en el servicio, promoción y otras actividades. Habitualmente, defiende los intereses de la profesión y de los profesionales, sin tratarse de un sindicato.

Enfermeras parteras auxiliares: Profesionales de la salud que contribuyen a proporcionar atención de salud materna y neonatal, particularmente durante el parto, y poseen algunas de las competencias en partería, aún cuando no están plenamente cualificadas/licenciadas como enfermeras parteras.

Calidad (servicios de salud): Dimensión del derecho a la salud, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista médico y científico y de buena calidad. [1]

Calidad (personal sanitario): Las competencias, capacidades, conocimientos y el comportamiento del personal sanitario evaluados conforme a las normas profesionales y según la experiencia del usuario. [1]

Colegiación: En general, se refiere al proceso real de inscribirse en un organismo profesional regulador tras la graduación de un programa acreditado. Muchos países no distinguen entre colegiación y licencia, pero algunos sí, y es posible que la licencia para ejercer profesión la emita otra autoridad, particularmente en los países donde los procesos se gestionan a nivel regional. En ciertas circunstancias, la licencia y la colegiación pueden ser parciales/temporarias/condicionales (por ejemplo, profesionales recién cualificados en algunos países). [3]

Competencias: Capacidades incorporadas mediante la capacitación o adquiridas por la experiencia para llevar a cabo acciones o tareas específicas, generalmente asociadas con tareas o técnicas individuales, en especial las que requieren el uso de las manos o el cuerpo.

Conjunto de prestaciones mínimas garantizadas: En el contexto de este informe, se refiere a un conjunto de servicios de salud que el gobierno se ha comprometido a proporcionarle a toda la comunidad, en forma gratuita en el punto de acceso. También se lo conoce como Paquete Esencial de Salud, que, en países de bajos ingresos, consiste en una lista limitada de servicios clínicos y de salud pública que serán prestados a nivel de la atención primaria y secundaria. [13]

Consejo, Junta u Orden: Institución reguladora responsable de la colegiación y el otorgamiento de licencias a profesionales, lo que les permite así el ejercicio de su profesión, y de controlar y asegurar el comportamiento ético profesional. Habitualmente, acredita a instituciones y programas de formación, en algunas ocasiones en colaboración con el gobierno u otros organismos. Puede ser pública, privada o de composición mixta. En general defiende los intereses de los pacientes.

Disponibilidad (de servicios de salud): Dimensión del derecho a la salud, que requiere establecimientos, bienes y servicios médicos y de salud pública en funcionamiento, al igual que una cantidad suficiente de programas. [1]

Disponibilidad (de personal sanitario): Abastecimiento y reservas suficientes de agentes de salud, dotados de una combinación de competencias y capacidades relevantes que se correspondan con las necesidades de salud de la población. [2]

Eficacia: Capacidad de obtener el mayor rendimiento de un insumo dado. [6]

Enfermera partera: Persona que está colegiada/legalmente licenciada para ejercer todas las funciones de enfermería y partería en su país. [14]

Establecimiento de atención obstétrica y neonatal de urgencia básica (AONU-básica): Establecimientos de salud periféricos que prestan servicios neonatales y de maternidad que han practicado las siete funciones básicas fundamentales en los últimos tres meses: administración por vía parenteral de medicamentos antibióticos, anticonvulsivos y oxitócicos, extracción manual de la placenta, extracción de productos retenidos con aspiración manual al vacío, asistencia instrumentada del parto mediante extractor al vacío y reanimación del recién nacido con mascarilla. Las funciones incluyen la estabilización de las madres y los recién nacidos que presentan complicaciones antes de su traslado a un hospital de nivel superior y durante dicho traslado. [7]

Establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia integral (AONU-integral): Establecimientos de salud con servicios de maternidad que han practicado las siete funciones básicas fundamentales precedentemente indicadas, y dos funcionales fundamentales adicionales: cirugía de urgencia (operación cesárea) y transfusión de sangre incontaminada (también puede incluir reanimación del recién nacido con técnicas de avanzada) en los últimos tres meses. [7]

Equidad (en salud): Ausencia de diferencias sistemáticas o potencialmente remediables en el estado de salud, acceso a entornos de atención de salud y desarrollo de la salud, y tratamiento en uno o más aspectos de salud en todas las poblaciones o grupos poblacionales definidos desde el punto de vista social, económico, demográfico o geográfico dentro de los países y a través de ellos. [6]

Licencia: En general, implica otorgar a una persona una licencia para ejercer una profesión sanitaria específica. Muchos países no distinguen entre licencia y colegiación (ver definición abajo) y ambas pueden ser parciales/temporarias/condicionales (por ejemplo, profesionales recién cualificados en algunos países). [3]

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Ocho ODM aprobados en 2000 por los líderes mundiales durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas con el propósito de lograr un desarrollo equitativo en todo el mundo para 2015. El ODM 4 es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los menores de 5 años de su nivel en 1990. El ODM 5 atañe a mejorar la salud materna reduciendo en tres cuartas partes la mortalidad derivada de la maternidad entre 1990 y 2015 (Meta 5A). La proporción de asistencia de partos por personal de salud capacitado se utiliza como indicador oficial de esta meta. En 2005, la comunidad internacional agregó una segunda meta al ODM 5 (Meta 5B): lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. El ODM 6 es combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades infecciosas. [8]

Parteras auxiliares: Profesionales de la salud que contribuyen a proporcionar atención de salud materna y neonatal, particularmente durante el parto, y poseen algunas de las competencias en partería, aún cuando no están plenamente cualificadas/licenciadas. En la última Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08), también se denominan profesionales asociados en partería. [4]

Partera: El informe utiliza el término "partera" para referirse a las profesionales de salud formadas para asumir las funciones y responsabilidades de una partera, independientemente de su itinerario profesional de partería, ya sea de acceso directo o después de haberse capacitado en enfermería básica. Esta definición se ajusta a las recomendaciones y declaraciones de posición de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN).

La ICM la define de la siguiente manera: Persona que, habiendo sido admitida en forma reglamentar a un programa de formación en partería, debidamente reconocido en el país en el que se encuentra, ha finalizado con éxito los estudios reglamentados de partería basada en las competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y el marco de trabajo de la normativa mundial para la formación en partería de la ICM, ha adquirido las cualificaciones requeridas para estar colegiada y/o legalmente licenciada para ejercer la partería y utilizar el título de "partera", y demuestra ser competente en el ejercicio de la partería. [9]

Partería: Comprende los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención a las mujeres y a los recién nacidos durante el período prenatal, el embarazo, el parto y el período posparto/posnatal.

Abarca la atención de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período de posparto, así como también la atención al recién nacido. Incluye: las medidas destinadas a prevenir problemas de salud durante el embarazo, la detección de situaciones anormales, la contratación de asistencia médica cuando sea necesaria y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de un profesional médico. [10]

Personal de partería cualificado: Definido por la OMS como un profesional de salud acreditado, como una partera, médico o enfermera, que recibió educación y capacitación superior en las competencias necesarias para desempeñarse como tal en embarazos normales (sin complicaciones), en el parto y en el período de posparto inmediato, y en la identificación, tratamiento y derivación de complicaciones en mujeres y recién nacidos. [16]

Salud materna y neonatal (SMN): La salud de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto. También incluye la salud y la supervivencia del feto durante el trabajo de parto y del recién nacido en las primeras horas y los primeros días, período durante el cual el profesional cualificado para la atención del parto se encarga mayormente de la salud del recién nacido (y, en circunstancias privilegiadas, el neonatólogo). Esta definición operacional difiere de la salud del recién nacido que abarca el período desde el nacimiento hasta el fin de la cuarta semana posterior al nacimiento, de conformidad con el consenso H4+ (ONUSIDA, ONU Mujeres, OMS, UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial).

Sindicato: Una modalidad de asociación profesional que puede reunir a más de un tipo de agente de salud, generalmente en forma independiente del gobierno, cuyo propósito es defender los intereses de los trabajadores. En algunos países, la asociación profesional se denomina Sindicato.

Reglamentación: Acto de controlar el ejercicio profesional en cumplimiento de la legislación, las políticas, los estándares y la ética. Puede hacer referencia a la educación, el ejercicio, la gestión de la profesión, el progreso profesional, etc.

Unidad de atención materna por parteras: Este modelo de atención de salud tiene lugar durante la fase del intraparto en los centros de maternidad y unidades atendidas y dirigidas por parteras. [12]

Vulnerable: Los grupos vulnerables, generalmente de mujeres, niños y ancianos, están asociados con la pobreza, pero la vulnerabilidad también puede presentarse junto con el aislamiento, la inseguridad y la desprotección de las personas ante las situaciones de riesgo, conmoción o estrés [17].

REFERENCIAS

1. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. CESCR Comentario General Núm. 14: El derecho al más alto nivel de salud (Art. 12) [Internet]. Naciones Unidas; 2000. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
2. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra-Arias M, Leone C, y otros. *A universal truth: no health without a workforce*. Informe del foro, Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Recife, Brasil. Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y Organización Mundial de la Salud; 2013.
3. Mckimm J, Newton PM, Silva A Da, Campbell J, Condon R, Kafoa B, y otros. *Accreditation of health-care professional education programs: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries*. Sydney: Centro de Recursos Humanos para Conocimientos de Salud, Universidad de New South Wales; 2013.
4. OMS. Clasificación de agentes de salud: Mapeo de ocupaciones según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
5. OMS. Fortaleciendo el desempeño de los agentes de salud comunitarios en atención primaria: un informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
6. OMS. Fortalecimiento de los sistemas de salud: Glosario. Organización Mundial de la Salud; 2012. Obtenido de http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html (accedido el 31 de marzo de 2014).
7. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: manual. Ginebra: World Organización Mundial de la Salud, 2009 .
8. Asamblea General de las Naciones Unidas. Res/55/2: Declaración del Milenio de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: UNGA; 2000. Disponible en: http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf (accedido el 31 de marzo de 2014).
9. ICM. Definición internacional de partera elaborada por la ICM (Revisión: Junio de 2011). La Haya: Confederación Internacional de Matronas; 2011.
10. OMS. Partería [Internet]. 2013 [citado el 7 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/midwifery/en/ (accedido el 31 de marzo de 2014).
11. Pettersson KO, Sherratt D, Moyo N. Midwifery in the Community: Lessons Learned. Primer Foro Internacional de Partería en la Comunidad. Hammamet, Túnez: ICM, UNFPA, OMS, 2006.
12. Walsh D, Devane D. *A metasynthesis of midwife-led care. Qual Health Res* 2012; 22(7): 897 a 910.
13. OMS. Paquetes Esenciales de Salud: ¿Para qué se utilizan? ¿Qué modifican? Serie de Seminarios de Prestación de Servicios de la OMS. PROYECTO Resumen Técnico Núm. 2, 3 de julio de 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
14. Consejo Internacional de Enfermeras (ICN). Naturaleza y alcance de la práctica de enfermeras parteras. Declaración de posición. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2007.
15. UNFPA. Programa de acción. Adoptado en la conferencia internacional de población y desarrollo, Cairo, 5-13 septiembre 1994. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004.
16. OMS, ICM, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Declaración conjunta de la OMS, ICM y FIGO. Ginebra, 2004.
17. OMS. Grupos vulnerables. Organización Mundial de la Salud; 2014. Obtenido de: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ (accedido el 31 de marzo de 2014).

ANEXO 2: METODOLOGÍA GENERAL

Este anexo describe cómo se diseñó y realizó el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) copresidieron el desarrollo y la publicación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, donde el UNFPA y la OMS llevaron adelante la coordinación en nombre de las agencias del consenso H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, el Banco Mundial y la OMS).

ICS Integrare, socio de implementación del UNFPA, gestionó la investigación, redacción, producción y publicación del informe, con el apoyo a la investigación de la Universidad de Southampton (Reino Unido) y la Universidad de Tecnología de Sydney (Australia). El programa Evitar la Muerte y Discapacidad Materna de la *Mailman School of Public Health* (Escuela de Salud Pública Mailman), ICM, Jhpiego, un afiliado de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos), el Banco Mundial y la OMS hicieron contribuciones técnicas adicionales.

Métodos

Diseño general

La recopilación principal de datos presentó dos facetas:

(1) un cuestionario para ser completado por el encuestado destinado a recopilar datos cuantitativos sobre indicadores seleccionados. Se les solicitó a cada uno de los 75 países que completaran el cuestionario;

(2) un taller de deliberación de un día de duración para colaboradores y expertos. Se recomendó la organización de un taller en los 75 países.

El objetivo del cuestionario fue obtener datos cuantitativos sobre indicadores clave relacionados con el personal de salud materna y neonatal (SMN) y los servicios de SMN. El cuestionario se basó en el utilizado para el informe 2011, con preguntas clave repetidas para permitir el análisis de los cambios en el transcurso del tiempo en los 58 países invitados a participar en ambas encuestas. Se reformó para contemplar las lecciones aprendidas durante el estudio realizado en 2011, y para poner mayor énfasis sobre las dimensiones y la estructura del personal de SMN, así como también sobre los temas clave relacionados con la educación, reglamentación y asociación (ERA) y la infraestructura del servicio de salud.

El objetivo del taller fue fomentar la participación de los colaboradores y expertos a nivel nacional para identificar las barreras para la cobertura eficaz de los servicios de atención de SMN, y para determinar posibles soluciones contra estas barreras, mediante la recopilación de datos cualitativos destinados a informar la identificación de progresos y futuras estrategias para fortalecer los servicios de atención de SMN.

Aprobación ética

Se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Southampton. Se prestó especial atención a los métodos para asegurar que los participantes fueran capaces de dar su consentimiento informado respecto de la participación en los talleres, y que luego de haberlo hecho, se hubieran seguido los pasos necesarios para evitar los daños resultantes de la participación, por ejemplo, no hacer grabaciones de audio y vídeo, pedirles a los participantes que firmen las "Reglas de confidencialidad de Chatham House" y brindarles a los participantes la oportunidad de inspeccionar el informe del taller antes de presentarlo al equipo de investigación. A las personas que colaboraron en el cuestionario se les solicitó que indicaran si deseaban que su participación se incluyera o no en los agradecimientos del informe final.

Recopilación de datos: cuestionario para ser completado por el encuestado

El cuestionario se desarrolló mediante un proceso de información iterativa que involucró al equipo de investigación central y a los miembros del grupo central. Se hizo referencia a documentos sobre políticas internacionales y marcos de trabajo acordados de análisis e investigación. Las necesidades de información se equilibraron con la necesidad de hacer que el proceso fuera manejable para los que respondieron.

También se realizaron traducciones al francés y al español del cuestionario en idioma inglés.

El UNFPA y la OMS distribuyeron un cuestionario para ser completado por el encuestado y la orientación sobre el taller a los representantes a nivel nacional en cada uno de los 75 países, y nombraron a un asesor principal en SMN/partería técnica como coordinador en cada país. Los coordinadores trabajaron con el personal de los Ministerios de Salud, Ministerios de Educación, asociaciones profesionales, agencias del consenso H4+ y demás colaboradores relevantes para completar y validar el cuestionario. Todos los colaboradores fueron mencionados en el cuestionario cumplimentado, con la opción de poder optar por conservar el anonimato en el informe final.

El cuestionario en formato papel también se convirtió en herramienta digital, disponible en inglés, francés y español, lo que les permitió a los encuestados ingresar sus respuestas en línea y cargarlas directamente para el equipo de análisis. Una vez que el usuario presentaba sus respuestas, el sistema generaba un documento PDF que mostraba las respuestas, lo que les permitía a los colaboradores verificar y validar los datos presentados. Una mesa de ayuda multilingüe se encontraba disponible para asistir a los usuarios durante todo el proceso.

Recopilación de datos: talleres de deliberación

Los coordinadores de la OMS y el UNFPA también manejaron junto con los Ministerios de Salud la organización y realización de talleres sobre políticas. Se les solicitó invitar a 25 participantes como máximo por cada taller, y seleccionar a los participantes sobre la base de sus conocimientos y experiencia en servicios de partería/SMN y sus posibles aportes al diálogo político. En la práctica, los participantes incluyeron representantes de los siguientes (entre otros): ministerios de salud, ministerios de educación, agencias del consenso H4+, asociaciones profesionales, la sociedad civil, círculos académicos, el sector privado, grupos de mujeres y consumidores y parlamentarios. Se designó a un relator por cada taller, cuya responsabilidad consistió en tomar notas detalladas. Los talleres se realizaron de conformidad con las "Reglas de confidencialidad de Chatham House", y se les solicitó a los participantes no atribuirles comentarios a las personas. No se realizaron grabaciones de audio o vídeo, para animar a los participantes a ser totalmente honestos y sinceros respecto de sus comentarios.

A los coordinadores de los países se les hizo entrega de un "manual del moderador" para los talleres, que incluyó orientación por escrito, modelos de invitaciones, formularios de consentimiento para participantes y una plantilla de informe.

Recopilación de datos

Se recopilaron datos secundarios de fuentes publicadas sobre población, demografía, epidemiología y prestación de servicios de salud para informar sobre la modelización de una cobertura eficaz (ver Anexos 3 y 4) y la cartografía de las distribuciones regionales de las poblaciones, las mujeres en edad reproductiva, los embarazos y los nacidos vivos (ver Anexo 6).

Análisis e informe de datos

Los miembros del grupo central analizaron el conjunto completo de datos cuantitativos y cualitativos. Las áreas principales analizadas incluyeron: la alineación entre los nombres de los cuadros de cada país y la denominación de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO); el ámbito político actual;

la educación; la brecha que existe entre los establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia (AONU) designados y reales; el personal disponible y las proyecciones destinadas a alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU); el fortalecimiento de las asociaciones profesionales y de reglamentación; las perspectivas amplias; las acciones políticas desde 2011; los sueldos; los informes de los talleres. Se organizó un taller de análisis de datos en Ginebra en marzo de 2014 para que el Grupo Central presentara y analizara sus respectivos hallazgos. Estos hallazgos emergentes informaron acerca del desarrollo del informe y sus mensajes principales.

ANEXO 3: METODOLOGÍA DE MODELIZACIÓN DE UNA COBERTURA EFICAZ DE LAS INTERVENCIONES ESENCIALES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL (SRMN)

"Las intervenciones de salud no pueden llevarse a cabo sin profesionales sanitarios" [1]

Las proyecciones de personal de salud constituyen una necesidad normativa [2]. Su propósito en este informe, conforme al marco de trabajo de la OMS sobre investigación de sistemas y políticas de salud, es proporcionar escenarios "direccionales" y "correccionales" [3] que permitan informar decisiones y diálogos políticos dentro de los países en lo que respecta a las "medidas que deben tomarse en el futuro cercano a fin de garantizar un movimiento destinado a cumplir objetivos a largo plazo" [2]. Un factor clave de estas medidas es el requisito de continuar con un análisis e investigación exhaustivos posteriores del personal de salud y el mercado laboral sanitario para responder a los cambios que tienen lugar dentro de los contextos demográficos, económicos y del servicio de salud [4].

La metodología de modelización de una cobertura eficaz de las 46 intervenciones esenciales para los servicios de SRMN [5] se basa en documentos publicados, herramientas y lineamientos del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones y tiene por objeto informar la planificación del personal de salud sobre la base de las necesidades [4,6–15]. El resultado es un panorama de "necesidad satisfecha", comparable en diversos países.

La "necesidad satisfecha" se define como el porcentaje de un conjunto de prestaciones universales de SRMN que posiblemente podrían obtener mujeres y recién nacidos dada la composición, las habilidades profesionales y el tiempo de trabajo disponible del personal de partería.* El conjunto de prestaciones universales en esta instancia, abarca, como mínimo, las 46 intervenciones esenciales. El indicador se calcula de la siguiente manera

$$\frac{\text{Volumen de servicios esenciales de SRMN que pueden ser prestados por el personal de partería (expresado en horas de trabajo)}}{\text{Volumen de servicios esenciales de SRMN requeridos por mujeres y recién nacidos (expresado en horas de trabajo)}} \times 100$$

El modelo — Modelización de Cobertura Eficaz (ECoMod) – es una herramienta para evaluar escenarios y promover el proceso de toma de decisiones sobre la base de múltiples criterios [16,17] en la planificación de la fuerza de trabajo con miras a una Cobertura Sanitaria Universal. Por cada uno de los 73 países que contribuyeron a este informe, ECoMod se utilizó para crear bases de referencia y proyecciones, para cada año entre 2012 y 2030, de necesidad satisfecha respecto de las 46 intervenciones esenciales. El modelo utiliza datos informados por los países (recopilados mediante la encuesta SOWMY 2014), fuentes secundarias publicadas para datos demográficos, epidemiológicos, de la población y de prestación de servicios de salud, según se describe en el Anexo 3, e hipótesis basadas en información comprobada cuando los países comunicaron que los datos no estaban disponibles o que "no sabían". Puede encontrarse una descripción completa en un Documento de Trabajo independiente [18].

El modelo calcula:

1. El personal de SRMN anual requerido para proporcionar una cobertura universal (100%) de las 46 intervenciones esenciales para los SRMN respecto de las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;
2. El personal de SRMN anual disponible y competente para realizar estas intervenciones;
3. El superávit/déficit de personal de SRMN anual con relación al requisito de cumplir con las necesidades de prestación de servicios de SRMN a mujeres y recién nacidos;
4. El impacto de las opciones sobre políticas y escenarios alternativos para aumentar la "necesidad satisfecha".

1. Estimación de los requisitos de personal (2012 a 2030)
El modelo matemático sigue un enfoque *basado en objetivos de servicios ajustados*. El modelo se implementa mediante los siguientes pasos:

a. Determinación del conjunto de servicios de SRMN requeridos por las mujeres y los recién nacidos. Este conjunto incluye 46 intervenciones esenciales que juntas cubren las diversas etapas de desarrollo de los servicios de SRMN (atención de salud anterior al embarazo, prenatal, en el parto y período posnatal). Estas 46 intervenciones son recomendadas por la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH): tienen un impacto sobre la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil; su administración resulta adecuada en países de bajos ingresos y países de ingresos medianos, y/o entornos donde la atención de salud esencial mínima normalmente se encuentra disponible; y son administradas a través del sector de salud [5].

b. Cuantificación del volumen anual de cada servicio de salud requerido. El modelo estima la cantidad total de contactos, por año, para proporcionarles cada intervención esencial a mujeres y/o recién nacidos con base en la hipótesis de una cobertura universal (necesidad del 100%). La cobertura universal se estima en función de variables demográficas clave (por ejemplo, la cantidad de mujeres en edad reproductiva, la cantidad de embarazos, la cantidad de nacidos vivos, donde cada uno de estos valores está desglosado en urbano/rural y regional, y proyectado en el transcurso del tiempo) y de datos disponibles específicos de cada país sobre la incidencia/prevalencia de enfermedades asociadas con las intervenciones esenciales.

c. Conversión del volumen anual de necesidad en indicadores de tiempo y fuerza de trabajo respecto de los requisitos de dotación de personal. Las estimaciones comprobadas del tiempo promedio requerido por un agente de servicios de SRMN para administrar cada intervención esencial se encuentran disponibles mediante la herramienta *OneHealth* [19]. Cuando el tiempo promedio se multiplica por la cantidad total de contactos y se suma a las diversas etapas de desarrollo de los servicios de SRMN, arroja el tiempo de trabajo disponible total (es decir, el requisito de personal) necesario para alcanzar una cobertura universal.

2. Estimación de la disponibilidad de personal (2012 a 2030)
Luego, el modelo calcula, para los años 2012 a 2030, proyecciones sobre la disponibilidad de personal de servicios de SRMN a fin de compararlas con los requisitos de personal calculados en la Sección 1. El modelo utiliza datos informados por los países, recopilados mediante la encuesta SOWMY 2014. En los casos donde los países respondieron que "no sabían", los datos fueron identificados desde el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS o seleccionados por defecto en función de hipótesis de modelización basadas en información comprobada. Esto se implementa mediante tres pasos:

a. Determinación de las existencias iniciales y la distribución por edades de cada cuadro de SRMN en el año de referencia (2012). La encuesta SOWMY 2014 solicitó información específica sobre la composición, funciones y edades de los miembros de personal de servicios de SRMN. Estos datos se ingresaron al modelo.

b. Estimación de los cambios en el transcurso del tiempo (2013 a 2030). El modelo adopta la lógica estándar de fuerza de trabajo "existencias y circulación" [4,20,21]. Incluye un procedimiento

* Según se define en el glosario, e incluyendo personal asociado de partería/enfermería, personal de partería/enfermería, asistentes médicos, médicos (generalistas), y médicos (especialistas – Obstetricia/ginecología).

avanzado de simulación matemática para calcular, anualmente, la cantidad neta de profesionales (equivalentes a tiempo completo, [FTE]) que participan activamente en la prestación de servicios de SRMN. La simulación responde a los egresos anuales (como resultado de separación del empleo por abandono voluntario de la fuerza de trabajo, muerte y jubilación) y los ingresos anuales (como resultado de nuevos graduados que ingresan al personal). Los FTE totales disponibles por cuadro se convierten luego en horas totales de tiempo de trabajo disponible.

c. Asignación de las horas totales de tiempo de trabajo disponible a la provisión de intervenciones esenciales. Las directrices de la OMS (OneHealth y Optimización de SMN[22]) proporcionan un análisis basado en información comprobada de las habilidades profesionales y funciones del personal de SRMN respecto de las intervenciones esenciales. Estas directrices basadas en información comprobada no reflejan la diversidad de la asignación de tareas a través de los países y dentro de ellos, pero resultan apropiadas para las proyecciones globales. Las funciones de cada cuadro se asignaron mediante la utilización de un procedimiento de asignación de tiempo marginal secuencial:

   1. Los cuadros de SRMN están categorizados de acuerdo con las intervenciones esenciales (1 a 46) en función de las directrices de la OMS sobre las funciones y las habilidades profesionales del personal de salud integrado (desde cuadros comunitarios hasta cuadros primarios y especializados).
   2. El tiempo de trabajo anual disponible de cada categoría de cuadro (comenzando desde 1 e incrementándose hasta 46) se asigna sobre una base marginal para corresponderse con los requisitos de tiempo de las intervenciones esenciales que este cuadro está autorizado a realizar y es competente para realizar. Esto se lleva a cabo en bloques de 48 horas,* comenzando con la primera intervención de planificación familiar y finalizando con la última intervención posnatal. Este procedimiento de asignación es iterativo. Una vez asignada la primera ronda de bloques de tiempo, la asignación de tiempo comienza nuevamente desde la primera intervención hasta que se cumplan los requisitos de tiempo de trabajo o hasta haber asignado el tiempo de trabajo disponible del cuadro.
   3. El tiempo de trabajo disponible de cada uno de los demás cuadros se asigna luego para corresponderse con los requisitos de tiempo restantes insatisfechos de la categoría anterior. Es crucial que el tiempo de trabajo disponible de cada cuadro se asigne en orden creciente en función de sus funciones y habilidades profesionales. En la práctica, esto significa que aunque un médico no especialista pueda prestar asesoramiento en planificación familiar, el tiempo del cuadro del médico no especialista sólo se asignará a esta intervención si el tiempo de trabajo disponible de otros cuadros en categorías anteriores (por ejemplo, una partera) ya se ha "agotado".

El procedimiento que se describe anteriormente para la asignación de tiempo de trabajo disponible se basa en el principio económico de "eficiencia productiva" [23]. Este principio económico se implementa en las directrices de Optimización 4 de MHN, y promueve la distribución de tareas (intervenciones) a través del personal de salud integrado respecto de la educación, licencias y habilidades profesionales del cuadro. En segundo lugar, el procedimiento supone que no se dará prioridad a la administración de ninguna intervención esencial de SRMN: se le asigna una misma importancia a cada intervención.

3. Estimación del superávit/déficit de personal (2012 a 2030)
La tercera etapa es el cálculo directo. Para cada año entre 2012 y 2030, el superávit/déficit probable de personal de SRMN en el cumplimiento de las necesidades de las mujeres y los recién nacidos respecto de los servicios de SRMN es la diferencia entre los requisitos de personal y el tiempo de trabajo disponible.

4. Escenarios alternativos y opciones sobre políticas
Por último, el modelo está diseñado para evaluar escenarios y promover el proceso de toma de decisiones sobre la base de múltiples criterios en la planificación de la fuerza de trabajo para la Cobertura Sanitaria Universal. Se desarrollaron cuatro escenarios para explorar el impacto de las opciones sobre políticas alternativas: 1) planificación familiar mejorada para reducir la cantidad anual de embarazos y partos; 2) fomento de las cantidades de graduados al 2020; 3) ganancias de eficiencia en la fuerza de trabajo existente; y 4) una reducción del 50% en la tasa de abandono voluntario de la fuerza laboral. Luego se calcula el impacto de cada escenario sobre el tiempo de trabajo disponible y el aumento resultante en la necesidad satisfecha.

* Lo ideal es que la asignación de tiempo marginal a las intervenciones esenciales se realice en bloques de 1 hora, pero a los efectos de la eficiencia computacional, se utilizó una mayor unidad de asignación de tiempo (48 horas).

REFERENCIAS

1. Speybroeck N, Ebener S, Sousa A, Paraje G, Evans D, Prasad A. *Inequality in access to human resources for health: measurement issues.* Documento de antecedentes para el Estado de Salud en el Mundo 2006. Ginebra; 2006 págs. 1 a 9.
2. OMS. Modelos y herramientas para proyecciones y planificación de personal de salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ginebra: OMS; 2010;(3).
3. OMS. Estrategia sobre investigación de sistemas y políticas de salud: cambiando las mentalidades. Ginebra, Suiza; 2012.
4. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. *Health workforce planning in OECD countries: A review of 26 projection models from 18 countries* [Internet]. 2013. Informe Núm.: Núm. 62. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcwb.pdf?expires=1372852424&id=id&accname=guest&checksum=-BF154C76769B3743407416DA-862090BF
5. PMNCH. Una revisión global de las intervenciones clave relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Ginebra, Suiza: PMNCH; 2011.
6. Soucat A, Scheffler R, Gebreyesus TA, editores. *The labor market for health workers in Africa. A new look at the crisis* [Internet]. Washington DC: Banco Mundial; 2013 [citado el 11 de agosto de 2013]. Disponible en: http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554
7. Scheffler R, Fulton B. Needs-based estimates for the health workforce. En: Soucat A, Scheffler R, Donald K, editors. *The labor market for health workers in Africa: A New Look at the Crisis* [Internet]. Washington DC: Banco Mundial; 2013 [citado el 11 de agosto de 2013]. Disponible en: http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554
8. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, y otros. *An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals.* Plan de Política Sanitaria [Internet]. Septiembre de 2005 [citado el 22 de mayo de 2013];20(5):267 a 76. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934
9. OMS. Estimación del costo de fomento de intervenciones de salud materna y neonatal para alcanzar una cobertura universal: metodología e hipótesis. Documento de Trabajo Técnico. Ginebra: OMS; 2005.
10. Segal L, Dalziel K, Bolton T. *A work force model to support the adoption of best practice care in chronic diseases — a missing piece in clinical guideline implementation. Implement Sci* [Internet]. Enero de 2008 [citado el 28 de marzo de 2014];3:35. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2442607&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
11. Segal L, Robertson I. *Allied health services planning: framework for chronic diseases* [Internet]. 2004. Informe Núm.: 148. Disponible en: http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp148.pdf
12. Segal L, Leach MJ. *An evidence-based health workforce model for primary and community care. Implement Sci* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;6(1):93. Disponible en: http://www.implementationscience.com/content/6/1/93
13. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Mills A. *Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge.* Plan de Política Sanitaria. Mayo de 2007;22(3):113 a 27.
14. Kurowski C, Mills A. *Estimating human resource requirements for scaling up priority health interventions in low-income countries of sub-Saharan Africa: A methodology based on service quantity, tasks and productivity (THE QTP METHODOLOGY).* Londres; 2006 págs. 1 a 57. Informe Núm.: HEFP-01/06-2006.
15. Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. *Assessing future health workforce needs* [Internet]. Bruselas: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010 págs. 1 a 35. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf
16. Baltussen R, Niessen L. *Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. Enero de 2006 [citado el 30 de mayo de 2013];4:14. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1560167&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
17. Tromp N, Baltussen R. *Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Serv Res* [Internet]. 13 de diciembre de 2012 [citado el 1 de enero de 2013];12(1):454. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23234463
18. ICS Integrare. Modelización de una cobertura eficaz — ECoMod™: Documento sobre metodología para *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014. Barcelona, España; 2014.* Informe Núm.: julio de 2014.
19. Futures Institute. Modelo *One-Health*: Hipótesis de tratamiento de intervenciones [Internet]. Glastonbury, CA.; 2013. Disponible en: http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf
20. OMS. Trabajando juntos en pos de la salud. Estado de Salud en el Mundo 2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
21. Birch S, Kephart G, Tomblin-Murphy G, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. *Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. Can Public Policy* 2007;33(1):1 a 16.
22. OMS. Optimización de SMN. Recomendaciones de la OMS para optimización de las funciones de los agentes de salud a fin de mejorar el acceso a intervenciones de salud materna y neonatal mediante el intercambio de tareas. Ginebra: OMS; 2012.
23. Palmer S, Torgerson DJ, Yo Y. Economics notes *Definitions of efficiency.* 1999;318(Abril):1999.

ANEXO 4: ESTIMACIÓN DE LA NECESIDAD DE LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS DE ACCEDER A LAS 46 INTERVENCIONES ESENCIALES

Intervención esencial (SSRMN)	Necesidad (definida como el número de contactos con un agente sanitario por la población necesitada)	Fuentes y requisitos de datos
PRENATAL		
1. Asesoramiento sobre planificación familiar	Todas las mujeres en edad reproductiva (es decir, mujeres de entre 15 y 49 años de edad), un contacto por año.	**Indicador:** Número de mujeres en edad reproductiva (2012-2030). **Fuente(s):** Base de datos de población de las Naciones Unidas, fecundidad media, revisión de 2012 (disponible en: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm).
2. Promoción - métodos de planificación familiar	Todas las mujeres en edad reproductiva que utilizan uno de los siguientes métodos anticonceptivos: preservativos/ píldoras o pastillas/ inyectables/ DIU/ esterilización femenina. Para cada año y, la necesidad se define de la siguiente manera para cada método: 1. Necesidad de preservativos (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x (tasa de prevalencia anticonceptiva + necesidad insatisfecha) x combinación de método de preservativo x 3. 2. Necesidad de píldoras/pastillas e inyectables (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x (tasa de prevalencia anticonceptiva + necesidad insatisfecha) x combinación de métodos (píldoras/pastillas + inyectables) x 3. 3. Necesidad de DIU = [mujeres en edad reproductiva (y) x (tasa de prevalencia anticonceptiva + necesidad insatisfecha) x combinación de método DIU] / 5. 4. Necesidad de esterilización femenina (y) = [mujeres en edad reproductiva (y) – mujeres en edad reproductiva (y-1)] x (tasa de prevalencia anticonceptiva + necesidad insatisfecha) x combinación de método de esterilización.	**Indicador**: Tasa de prevalencia anticonceptiva (último valor disponible) **Fuente(s):** Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en). **Indicador:** Necesidad insatisfecha de planificación familiar. **Fuente(s):** División de Estadística de las Naciones Unidas, Indicadores de Objetivos de Desarrollo del Milenio (último año disponible); Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (último año disponible) (disponible en http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx); DHS StatCompiler (disponible en: http://www.statcompiler.com/); *Partnership in Action* (Asociación en Acción), Informe 2012-2013 (disponible en: http://www.familyplanning2020.org/images/content/documents/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf); Angola, Botswana: Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. *National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. Lancet* 2013; 381:1642–52. **Indicador:** Prevalencia de la combinación de métodos anticonceptivos. **Fuente(s):** Seiber E, Bertrand J, Sullivan T. *Changes in contraceptive method mix in developing countries. International Family Planning Perspectives* 2007; 33(3). (disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.pdf). **Nota:** La información proporcionada por esta fuente para nuestros fines sólo se encuentra disponible para los siguientes métodos: DIU/ píldoras o pastillas/ inyectables/ preservativos/ esterilización femenina. Aparentemente, los implantes están excluidos de la combinación de métodos dado que representan, en todos los países, menos del 1% de todos los métodos anticonceptivos.
3a. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en todas las mujeres en edad reproductiva: prevención de ITS y VIH	Todas las mujeres en edad reproductiva, un contacto por año.	**Indicador:** Número de mujeres en edad reproductiva (2012-2030). **Fuente(s):** Base de datos de población de las Naciones Unidas, revisión de 2012 (disponible en: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm).
3b. Prevención y tratamiento de ITS y VIH en todas las mujeres en edad reproductiva: tratamiento de ITS	Todas las mujeres en edad reproductiva con sífilis, gonorrea, clamidiasis o tricomoniasis. Para cada año y, se calcula de la siguiente manera: 1. Necesidad de tratamiento de sífilis (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de sífilis. 2. Necesidad de tratamiento de gonorrea (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de gonorrea. 3. Necesidad de tratamiento de clamidiasis (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de clamidiasis 4. Necesidad de tratamiento de tricomoniasis (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de tricomoniasis.	**Indicador:** Incidencia de ITS en las mujeres en edad reproductiva. **Fuente(s):** OMS. Incidencia mundial de infecciones de transmisión sexual curables seleccionadas por región. Ginebra: OMS, 2008 (disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
3c. Prevención y tratamiento de ITS y VIH en todas las mujeres en edad reproductiva: tratamiento de VIH	Todas las mujeres en edad reproductiva que requieren medicamentos antirretrovirales, lo que se calcula de la siguiente manera: Número de mujeres en edad reproductiva que requieren medicamentos antirretrovirales en 2012 / mujeres en edad reproductiva en 2012 x mujeres en edad reproductiva (y).	**Indicador:** % de mujeres en edad reproductiva que requieren medicamentos antirretrovirales (número de adultos que necesitan medicamentos antirretrovirales x % de mujeres adultas VIH positivas). **Fuente(s):** Número de adultos que requieren medicamentos antirretrovirales (disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); algunas fuentes específicas de los países; % de mujeres adultas VIH positivas (número de mujeres adultas VIH positivas / número de todos los adultos VIH positivos) de la base de datos AIDSinfo de ONUSIDA (disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); algunas fuentes específicas de los países.
4. Suplementos/Enriquecimiento con ácido fólico	Todas las mujeres en edad reproductiva, un contacto por año.	
EMBARAZO		
5. Suplementos de hierro y ácido fólico	Todas las mujeres embarazadas, un contacto por año.	
6. Vacuna contra el tétanos	Todas las mujeres embarazadas, un contacto por año.	
7a. Prevención y tratamiento de paludismo con redes mosquiteras tratadas con insecticida y antipalúdicos: prevención	Todas las mujeres embarazadas que viven en zonas de alta transmisión del paludismo, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de prevención de paludismo (y) = mujeres embarazadas (y) x % de población en el país que vive en zonas de alta transmisión del paludismo.	**Indicador:** % de población que vive en zonas de alta transmisión del paludismo (número de personas que viven en zonas de alto riesgo de contagio del paludismo (o cuando este valor no estaba disponible, se utilizó el número de personas que vivían en focos activos)/población total). **Fuente(s):** OMS. Anexo 6A del Informe Mundial sobre el Paludismo 2013. Ginebra: OMS, 2013 (disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).

Intervención esencial (SSRMN)	Necesidad (definida como el número de contactos con un agente sanitario por la población necesitada)	Fuentes y requisitos de datos
EMBARAZO (continuado)		
7b. Prevención y tratamiento de paludismo con redes mosquiteras tratadas con insecticida y antipalúdicos: tratamiento	Todas las mujeres embarazadas con diagnóstico presunto y confirmado de paludismo, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de tratamiento de paludismo (y) = mujeres embarazadas (y) x incidencia de casos presuntos y confirmados de paludismo.	**Indicador:** Incidencia de casos presuntos y confirmados de paludismo en mujeres embarazadas, (Número de casos presuntos y confirmados de paludismo/Estimaciones totales de población de las Naciones Unidas). **Fuente(s):** OMS. Anexo 6A del Informe Mundial sobre el Paludismo 2013. Ginebra: OMS, 2013 (disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).
8a. Prevención y tratamiento de ITS (como parte de la atención prenatal): prevención de ITS y VIH	Todas las mujeres embarazadas, un contacto por año.	
8b. Prevención y tratamiento de ITS (como parte de la atención prenatal): tratamiento de ITS	Todas las mujeres embarazadas con gonorrea, clamidiasis o tricomoniasis (cabe destacar que la sífilis se contempla por separado a continuación). Para cada año y, se calcula de la siguiente manera: 1. Necesidad de tratamiento de gonorrea (y) = mujeres embarazadas (y) x incidencia de gonorrea. 2. Necesidad de tratamiento de clamidiasis (y) = mujeres embarazadas (y) x incidencia de clamidiasis. 3. Necesidad de tratamiento de tricomoniasis (y) = mujeres embarazadas (y) x incidencia de tricomoniasis.	**Indicador:** Incidencia de ITS en mujeres embarazadas. **Fuente(s):** OMS. Incidencia mundial de infecciones de transmisión sexual curables seleccionadas por región. Ginebra: OMS, 2008. (disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
8c. Prevención y tratamiento de ITS (como parte de la atención prenatal): tratamiento de VIH	Todas las mujeres embarazadas que requieren medicamentos antirretrovirales para prevención de la transmisión materno-infantil, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de tratamiento de VIH (y) = % (número de mujeres embarazadas que requieren medicamentos antirretrovirales para prevención de la transmisión materno-infantil en 2012/ mujeres embarazadas en 2012) x mujeres embarazadas (y).	**Indicador:** % de mujeres embarazadas VIH positivas que requieren medicamentos antirretrovirales para prevención de la transmisión materno-infantil. **Fuente(s):** Para África: AIDSinfo de ONUSIDA (disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); Para otras regiones: ONUSIDA. Informe Mundial: Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2013 de ONUSIDA. (disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf); algunas fuentes específicas de los países. **Nota:** Cuando el valor es <500 o <1000, se presumieron valores de 500 y 1000, respectivamente; cuando el valor no estaba disponible para el país, se utilizaron los siguientes datos: mujeres embarazadas VIH positivas que requieren medicamentos antirretrovirales para prevención de la transmisión materno-infantil {región} x (mujeres infectadas por el VIH {países}/ mujeres infectadas por el VIH {región}).
9. Suplementos de calcio para prevenir la hipertensión	Todas las mujeres embarazadas, un contacto por año.	
10. Intervenciones para dejar de fumar	Todas las mujeres embarazadas que fuman, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de intervenciones para dejar de fumar (y) = mujeres embarazadas x prevalencia del tabaquismo en mujeres de más de 15 años de edad.	**Indicadores:** Consumo actual de cualquier producto derivado del tabaco (tasa estandarizada por edad), todas las mujeres **Fuente(s):** Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en). **Nota:** Si no se encontraron datos para un país en particular, se utilizó el promedio regional de la OMS para los países en el conjunto de datos.
11a. Detección y tratamiento de sífilis: detección	Todas las mujeres embarazadas, un contacto por año.	
11b. Detección y tratamiento de sífilis: tratamiento	Todas las mujeres embarazadas con sífilis. Para cada año y, se calcula de la siguiente manera: 1. Necesidad de tratamiento de sífilis (y) = mujeres embarazadas (y) x incidencia de sífilis.	**Indicador:** Incidencia de sífilis en mujeres embarazadas. **Fuente(s):** OMS. Incidencia mundial de infecciones de transmisión sexual curables seleccionadas por región. Ginebra: OMS, 2008 (disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
12+13: Fármacos antihipertensivos para tratar la hipertensión arterial (incluidas las bajas dosis de aspirina para prevenir la preeclampsia)	Todas las mujeres embarazadas con hipertensión arterial y todas las mujeres embarazadas con preeclampsia, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de fármacos antihipertensivos (y) = [mujeres en edad reproductiva x (incidencia de preeclampsia)] + [nacidos vivos x (incidencia de preeclampsia)].	**Indicador:** Incidencia de hipertensión arterial y preeclampsia en mujeres embarazadas. **Fuente(s):** Dolea C, AbouZahr C. *Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000.* Evidencia e Información para Políticas. Ginebra: OMS, 2003 (disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf). **Nota:** Sólo la mitad de todos los trastornos antihipertensivos presentados en el Cuadro 6.1 en el documento de referencia se consideraron para el análisis.
14. Sulfato de magnesio para la eclampsia	Todas las mujeres embarazadas con eclampsia y preeclampsia, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de sulfato de magnesio (y) = nacidos vivos x (incidencia de eclampsia + incidencia de preeclampsia).	**Indicador:** Incidencia de preeclampsia y eclampsia en mujeres embarazadas. **Source(s):** Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidencia e Información para Políticas. Ginebra: OMS, 2003 (disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf); Tasas regionales utilizadas conforme a las regiones de la OMS. **Nota:** Tasas de incidencia de eclampsia total calculadas como porcentaje de preeclampsia. Tasas regionales por regiones de la OMS.

(continuado)

Intervención esencial (SSRMN)	Necesidad (definida como el número de contactos con un agente sanitario por la población necesitada)	Fuentes y requisitos de datos
EMBARAZO (continuado)		
15. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (pPROM)	Todos los casos de pPROM, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de antibióticos para la pPROM (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x incidencia de pPROM.	**Indicador:** Incidencia de pPROM **Fuente(s):** Encuesta Mundial sobre Salud Materna y Neonatal 2005 de la OMS (disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). **Nota:** Cuando la tasa de país no estaba disponible, se utilizó la tasa regional; cuando la tasa regional no estaba disponible, se utilizó la tasa total mundial.
16. Corticoesteroides para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria	Todos los nacimientos prematuros (incluidos los mortinatos), lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de corticoesteroides (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x tasa de nacimientos prematuros.	**Indicadores:** Prevalencia de nacimientos prematuros. **Fuente(s):** *Healthy Newborn Network*. Indicadores y datos mundiales y nacionales sobre salud neonatal (disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators).
17. Aborto sin riesgo	Todos los abortos sin riesgo, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de abortos sin riesgo (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x tasa de abortos sin riesgo.	**Indicador:** Tasa de abortos sin riesgo. **Fuente(s):** Sedgh G, Singh S, Shah IH, y otros. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625-32 (disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). **Nota:** Cuando el valor era <0,5, se utilizó 0,5.
18. Atención posterior al aborto	Todos los abortos en condiciones de riesgo, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de atención posterior al aborto (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x tasa de abortos en condiciones de riesgo.	**Indicador:** Tasa de abortos en condiciones de riesgo. **Fuente(s):** Sedgh G, Singh S, Shah IH, y otros. *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet* 2012; 379:625–32 (disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). **Nota:** Cuando el valor era <0,5, se utilizó 0,5.
19. Reducción de la presentación anormal con versión cefálica externa	Todos los partos podálicos (incluidos los mortinatos), lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de versión cefálica externa (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x incidencia de partos podálicos (incluidos los mortinatos).	**Indicador:** Incidencia de presentaciones podálicas. **Fuente(s):** OMS. Encuesta Mundial sobre Salud Materna y Perinatal. Estadísticas sobre las presentaciones podálicas, 2005 (disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). **Nota:** Cuando la tasa de país no estaba disponible, se utilizó la tasa regional; cuando la tasa regional no estaba disponible, se utilizó la tasa total mundial.
20. Inducción del parto para tratar la rotura prematura de membranas a término	Todos los casos de pPROM, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de antibióticos para la pPROM (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x incidencia de pPROM.	**Indicador:** Incidencia de pPROM. **Fuente(s):** OMS. . Encuesta Mundial sobre Salud Materna y Perinatal. Estadísticas sobre las presentaciones podálicas, 2005 (disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1).
PARTO		
23. Manejo de trabajo de parto normal y parto normal y apoyo social durante el parto	Todos los partos (incluidos los mortinatos), un contacto.	
21+22+24. Manejo activo de la tercera etapa del parto (extracción de la placenta) para prevenir hemorragias posparto (incluidos el masaje uterino, los agentes uterotónicos y la tracción controlada del cordón)	Todos los partos (incluidos los mortinatos), un contacto.	
26a. Detección y tratamiento de VIH durante el parto – detección requerida si aún no se realizaron pruebas	Todos los partos (incluidos los mortinatos), a excepción de los casos donde se hayan realizado 4 visitas de atención prenatal, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de detección de VIH durante el parto (y) = Todos los partos incluidos los mortinatos (y) x (1 - % de casos con 4 visitas prenatales).	**Indicador:** % de cobertura de atención prenatal (4 visitas). **Fuente(s):** División de Estadística de las Naciones Unidas. Sitio oficial de las Naciones Unidas para obtener información sobre indicadores de ODM (disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx).
26b. Detección y tratamiento de VIH durante el parto – tratamiento	Todos los partos (incluidos los mortinatos) de mujeres VIH positivas que no hayan asistido a 4 visitas prenatales, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de detección de VIH durante el parto (y) = Todos los partos incluidos los mortinatos (y) x (% de casos sin 4 visitas prenatales) x % de prevalencia de VIH en todos los adultos.	**Indicador:** % de cobertura de atención prenatal (4 visitas) para mujeres VIH positivas. **Fuente(s):** División de Estadística de las Naciones Unidas. Sitio oficial de las Naciones Unidas para obtener información sobre indicadores de ODM (disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx); AIDSinfo de ONUSIDA (disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); algunas fuentes específicas de los países.
27+28. Cesáreas con indicación materna/fetal (incluidos antibióticos profilácticos para cesáreas)	Todos los partos, incluidos los mortinatos, que requieran operaciones cesáreas, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de cesárea (y) = todos los partos, incluidos los mortinatos) (y) x presunción fija sobre la necesidad de una cesárea.	**Nota:** Presunción = 0,05 x todos los partos (incluidos los mortinatos).

Intervención esencial (SSRMN)	Necesidad (definida como el número de contactos con un agente sanitario por la población necesitada)	Fuentes y requisitos de datos
PARTO (continuado)		
29. Inducción del parto para embarazos prolongados (partera o enfermera)	Todos los partos, incluidos los mortinatos, que tienen lugar después de las 41 semanas, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de inducción del parto (y) = embarazos (y) x % de embarazos que se prolongan más de 41 semanas.	**Indicador:** % de embarazos que concluyen después de las 42 semanas. **Fuente(s):** Modelo OneHealth: Presunciones de tratamiento de intervenciones, 2013 (disponible en: http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). **Nota:** Presunción = 0,05 x embarazos.
30+25. Tratamiento de hemorragia posparto (extracción manual de la placenta y/o intervenciones quirúrgicas y/u agentes oxitotóxicos)	Todos los partos, incluidos los mortinatos, donde se presente una hemorragia posparto, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de manejo de hemorragia posparto (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de casos de hemorragia posparto (por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad).	**Indicador:** Incidencia de casos de hemorragia posparto. **Source(s):** Dolea C, AbouZahr C, Stein C. *Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000.* Evidencia e Información para Políticas. Ginebra: OMS, 2003 (disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf).
ATENCIÓN POSNATAL		
31-34 y 36-38. Atención posnatal preventiva	Todos los nacimientos (incluidos los mortinatos), 4 contactos.	
35. Detección y tratamiento de sepsis puerperal (SP)	Todos los casos de sepsis puerperal, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de detección y tratamiento de sepsis puerperal (y) = mujeres en edad reproductiva (y) x incidencia de casos de sepsis puerperal por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.	**Indicador:** Incidencia de casos de sepsis puerperal. **Fuente(s):** Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal sepsis in the year 2000. Evidencia e Información sobre Políticas. Ginebra: OMS, 2003 (disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf).
39. Reanimación neonatal con bolsa y mascarilla	Todos los recién nacidos que requieran reanimación, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de reanimación neonatal (y) = nacidos vivos (y) x 0,01.	**Indicador:** % de recién nacidos que requieren reanimación. **Fuente(s):** Modelo OneHealth: Presunciones de tratamiento de intervenciones, 2013 (disponible en: http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). **Nota:** alrededor del 1% de los recién nacidos requieren reanimación
40. Atención de madre canguro	Todos los recién nacidos con bajo peso al nacer, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de atención de madre canguro (y) = nacidos vivos (y) x % de recién nacidos con bajo peso al nacer.	**Indicador:** % de recién nacidos con bajo peso al nacer. **Fuente(s):** UNICEF y OMS. Bajo peso al nacer: estimaciones nacionales, regionales y mundiales. Nueva York: UNICEF, 2004 (disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf).
41. Complemento alimenticio adicional para bebés prematuros y pequeños	Todos los nacimientos prematuros (incluidos los mortinatos), lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de complemento alimenticio adicional (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x tasa de nacimientos prematuros.	**Indicadores:** % de nacimientos prematuros. **Fuente(s):** *Healthy Newborn Network.* Indicadores y datos mundiales y nacionales sobre salud neonatal (disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators).
42. Tratamiento de recién nacidos con ictericia	Todos los recién nacidos con ictericia, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de tratamiento de ictericia (y) = nacidos vivos (y) x % de recién nacidos con ictericia que requieren fototerapia.	**Indicador:** % de recién nacidos con ictericia. **Fuente(s):** Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, y otros. *A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:374.e1-9. **Nota:** Presunción uniforme. Suma de la incidencia en recién nacidos prematuros tardíos (1245/26,252) y recién nacidos a término (2033/150,700).
43. Iniciación de tratamiento antirretroviral profiláctico para bebés expuestos al VIH	Todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (salvo que se hayan realizado 4 visitas prenatales) en mujeres VIH positivas, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de tratamiento antirretroviral profiláctico (y) = todos los nacimientos, incluidos los mortinatos (y) x (1 - % de casos con 4 visitas prenatales) x % de adultos VIH positivos.	**Indicador:** % de recién nacidos, hijos de mujeres VIH positivas, que recibieron tratamiento antirretroviral profiláctico. **Fuente(s):** División de Estadística de las Naciones Unidas. Sitio oficial de las Naciones Unidas para obtener información sobre indicadores de ODM (disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx); AIDSinfo de ONUSIDA (disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/).
44. Supuesto tratamiento antibiótico para recién nacidos en riesgo de contraer infecciones bacterianas	Todos los recién nacidos en riesgo de contraer infecciones bacterianas, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de supuesto tratamiento antibiótico (y) = nacidos vivos (y) x incidencia de casos de infecciones bacterianas en recién nacidos.	**Indicador:** Incidencia de casos de infecciones bacterianas en recién nacidos. **Fuente(s):** Singh S, Darroch JE, Ashford LS. *Adding it up: the need for and cost of maternal and newborn care – estimates for 2012.* Instituto Guttmacher, 2013 (disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf). **Nota:** Presunción uniforme del 20%.
45. Agentes tensoactivos para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros	Todos los nacimientos prematuros (incluidos los mortinatos), lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de agentes tensoactivos (y) = nacidos vivos (y) x tasa de nacimientos prematuros.	**Indicador:** % de nacimientos prematuros. **Source(s):** UNICEF y OMS. Estimaciones nacionales, regionales y mundiales. Nueva York: UNICEF, 2004 (disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf).
46. Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) para el tratamiento de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria (SDR)	Todos los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria, lo que se calcula de la siguiente manera: Necesidad de agentes tensoactivos (y) = nacidos vivos (y) x incidencia de casos de síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos.	**Indicador:** Incidencia de casos de síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. **Fuente(s):** Rodriguez RJ, Martin RJ, Fanaroff AA. *Respiratory distress syndrome and its management – Chapter 19. In Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. St Louis: Mosby, 2010.* (disponible en http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf). **Nota:** Presunción uniforme del 1%

ANEXO 5. REGLAS DE DECISIÓN

Los 73 países que participaron en *El Estado de las Parteras en el Mundo* (SoWMy) proporcionaron información actualizada sobre el personal de partería categorizada por cuadros, la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), el número de empleados, la distribución por edades, el % de tiempo dedicado a servicios de salud materna y neonatal (SMN), la tasa anual de abandono de la fuerza (voluntario), la edad de jubilación, la cantidad de alumnos que se matriculan por año, el número de graduados por año, la duración de su educación y la tasa de abandono de la educación.

Los valores correspondientes a cada uno de estos indicadores informaron las proyecciones de disponibilidad de personal sujetas a modelización, respecto de la necesidad de las mujeres y los recién nacidos de acceder a las 46 intervenciones de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN).

En aquellos casos donde no había datos disponibles o los datos eran contradictorios, el modelo aplicó un conjunto determinado de reglas de decisión, enumeradas a continuación.

Indicador utilizado en las proyecciones sujetas a modelización	Valor ilustrativo	Regla de decisión (para datos no disponibles o contradictorios)
País	A.N. Otro	no disponible
Nombre del cuadro	Partería	Aplicar el nombre de la categoría dentro de la cual se incluyó el cuadro del país.
Código de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)	Código 2222	Asignado sobre la base de las funciones y responsabilidades especificadas, en el contexto de la categoría del cuadro seleccionada.
Número de empleados	1.515	Establecer conforme al Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (versión 2014). Si no se encuentra disponible en el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, utilizar la fuente secundaria del documento político del gobierno. Si no está disponible en ninguna de las dos fuentes, establecer en cero.
Distribución por edades	Menores de 30: 300 agentes de salud Entre 30 y 39: 510 agentes de salud Entre 40 y 49: 424 agentes de salud mayores de 50: 281 agentes de salud	Aplicar una distribución equitativa del número total de agentes de salud dentro de los grupos de edades.
% de tiempo dedicado a SMN	100%	Aplicar la mediana de muestra, en todos los países, para ese código de la CIUO: –2222 (profesionales de partería): 100% –2221 (profesionales de enfermería): 85% –3222 (profesionales de partería, asociados): 100% –3221 (profesionales de enfermería, asociados): 55% –2211 (médicos, generalistas): 30% –2212 (médicos, especialistas en obstetricia/ginecología): 100% –2240 o 3256 (paramédicos y asistentes médicos): 75%
Tasa anual de abandono de la fuerza (voluntario)	10%	Aplicar el 4% a todos los cuadros.
Edad de jubilación	62 años	Aplicar la edad de jubilación de cualquier cuadro en el mismo país al mismo código de la CIUO. Si no está disponible, utilizar la edad de jubilación de cualquier otro cuadro en el mismo país, independientemente del código de la CIUO. Si la edad de jubilación no está disponible para ningún cuadro, establecer en 65.
Graduados en 2012	43 graduados	Aplicar el 5% del número total de agentes de salud en 2012, equivalente a una tasa de reemplazo estable de rotación de personal.
Número de matriculados por año de 2010 a 2015	2010: 52 alumnos 2011: 50 alumnos 2012: 54 alumnos 2013: 48 alumnos 2014: 55 alumnos 2015: 60 alumnos	Establecer en el último valor de matriculación disponible de los años anteriores. Si no está disponible, suponer que la matriculación es equivalente a los graduados en 2012.
Duración de la educación	3 años	Aplicar los años dados de educación de cualquier cuadro con el mismo código de la CIUO en el mismo país. Si este valor no está disponible, asignar la mediana de muestra, en todos los países, para ese código de la CIUO: –2222 (profesionales de partería): 3 años –2221 (profesionales de enfermería): 3 años –3222 (profesionales de partería, asociados): 2 años –3221 (profesionales de enfermería, asociados): 2 años –2211 (médicos, generalistas): 7 años –2212 (médicos, especialistas en obstetricia/ginecología): 10 años –2240 o 3256 (paramédicos y asistentes médicos): 3 años
Tasa de abandono de la educación	20%	Aplicar la tasa de abandono de la educación de cualquier cuadro con el mismo código de la CIUO en el mismo país. Si no está disponible, asignar la mediana de muestra, en todos los países, para ese código de la CIUO.

ANEXO 6. CARTOGRAFÍA DE DISTRIBUCIONES REGIONALES DE POBLACIONES, MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EMBARAZOS Y NACIDOS VIVOS

La metodología cartográfica utilizada en este informe fue desarrollada y publicada por un grupo de asociados (Universidad de Southampton, ICS Integrare, USAID, Norad, UNFPA, OMS) que trabajan en el desarrollo de tecnología de vanguardia de cartografía para servicios de SMN [1]. Incluye enfoques nuevos e innovadores relacionados con la forma en que la geografía de SMN puede informar políticas y planificación a nivel país. En particular, este informe utiliza el desarrollo de la capacidad de los sistemas de información geográfica (SIG) para cartografiar mujeres en edad reproductiva (WRA), embarazos y nacidos vivos [2]. La metodología aplica un proceso sencillo de cuatro pasos para desglosar y estimar las distribuciones de las poblaciones, las WRA, los embarazos y los nacidos vivos en función de los límites regionales. A continuación se describen cada uno de los cuatro pasos.

1. Construcción de conjuntos de datos detallados y contemporáneos de distribución de la población

En forma reciente, se ha completado la construcción de estimaciones de distribución de la población para África y Asia con una resolución espacial aproximada de 100 metros (puede encontrarse una descripción completa en www.worldpop.org.uk) [3-8]. En resumen, se creó una base de datos vinculada a un SIG de datos oficiales y datos obtenidos a partir de un censo sobre estimación de la población, dirigida a los conjuntos de datos más recientes y detallados disponibles desde el punto de vista espacial, dada su importancia en la generación de representaciones cartográfica exactas. Se derivaron mapas detallados con una resolución espacial de 30 metros de extensiones de asentamientos a partir de imágenes satelitales de Landsat a través de enfoques de clasificación semiautomáticos [6-8] o análisis basados en la opinión de expertos. Estos mapas de asentamientos se utilizaron luego para refinar los datos de cobertura terrestre. Los datos obtenidos del censo local y cartografiados con un nivel de área de enumeración de alta resolución de países modelo en África y Asia se ampliaron para identificar densidades de población de clase de cobertura terrestre regional típica. Luego se aplicaron para redistribuir conteos del censo por zonas ecológicas regionales para cartografiar distribuciones de la población humana con una resolución espacial aproximada de 100 metros a nivel continental. En los casos en los que estaban disponibles, se incorporaron al proceso de representación cartográfica conjuntos de datos adicionales específicos de cada país que proporcionaron datos significativos en materia de distribuciones de la población, no obtenidos mediante censos, como encuestas nacionales detalladas o desplazados internos. Los conjuntos de datos de la población para las Américas se estaban construyendo al momento del análisis, y, por lo tanto, se utilizaron conjuntos de datos de la población del Proyecto de Cartografía Urbano Rural Global (*Global Rural Urban Mapping Project* [GRUMP]) [9] para los países de las Américas.

2. Construcción de conjuntos de datos de distribución de la población de proyecciones futuras

Las estimaciones de la ONU de las tasas de crecimiento rural y urbano [10] se compilaron para los 73 países que participaron en este informe. Se aplicaron a los conjuntos de datos que se describieron anteriormente. Para poblaciones cartografiadas en zonas urbanas según lo definido por el mapa de extensión urbana del Proyecto de Cartografía Urbano Rural Global de la Universidad de Columbia [9] se aplicaron las tasas de crecimiento urbano. Para todas las demás poblaciones, se aplicaron las tasas de crecimiento rural. Este enfoque se utilizó para construir los conjuntos de datos de distribución de la población de 2010, 2012, 2015, 2020, 2025 y 2030, que se ajustaron para asegurar que las cifras totales de población nacional se correspondieran con las estimadas por la ONU.

3. Construcción de conjuntos de datos de distribución de WRA

Mediante los métodos publicados previamente [11], se obtuvieron datos sobre composiciones de poblaciones regionales a partir de diversas fuentes para la mayor cantidad posible de países, principalmente a partir de los conteos contemporáneos basados en el censo y desglosados a nivel de unidad administrativa con alta resolución. Se equipararon con los conjuntos de datos de SIG correspondientes que mostraban los límites de cada unidad, y se utilizaron para ajustar los conjuntos de datos espaciales existentes de la población que se describen anteriormente a fin de generar estimaciones de las distribuciones de las poblaciones por sexo y grupo de edad de 5 años. Los conjuntos de datos se ajustaron luego para asegurar que las cifras totales de población nacional por grupo de edad, las cifras totales urbanas específicas y las cifras totales urbanas/rurales se correspondieran con las informadas por la ONU [12]. Se adoptó una suma de los conjuntos de datos que representaban a las mujeres incluidas en los grupos de edades de 15 a 49 años para generar conjuntos de datos de WRA.

4. Cartografía de embarazos y nacidos vivos

Mediante el enfoque publicado anteriormente [2], en 73 países, se derivaron tasas de fecundidad por edad en grupos de edad de 5 años desglosados por regiones y zonas urbanas en comparación con zonas rurales a partir de las encuestas por hogares más recientes a nivel nacional realizadas como parte del programa de la Encuesta Demográfica y por Hogares (DHS) (www.measuredhs.com). Luego se ensamblaron los conjuntos de datos de SIG que representaban los límites de las subregiones (http://spatialdata.dhsprogram.com/) y las extensiones urbanas dentro de ellas [9], y las tasas de fecundidad por edad se equipararon con estos límites. Estas tasas se utilizaron luego para ajustar cada conjunto de datos de distribución de la población femenina agrupada por edad de 5 años que se describen anteriormente para generar estimaciones reticuladas de las distribuciones de nacidos vivos en cada país. A nivel nacional, estos totales se ajustaron posteriormente en forma lineal a fin de asegurar que sus cifras totales se correspondieran con las estimadas por la ONU para el período 2010-2030 [12] para crear los diferentes conjuntos de datos anuales. Para los países donde no había datos recientes sobre DHS disponibles (n= xx) los conjuntos de datos de la población que se describen anteriormente se ajustaron simplemente para asegurar que sus cifras totales se correspondieran con las estimaciones de la ONU. Para convertir los conjuntos de datos reticulados de cantidades de nacidos vivos en cantidades de embarazos, se obtuvieron estimaciones de cantidades de embarazos en 2012 a nivel nacional del Instituto Guttmacher (www.guttmacher.org), y se ajustaron las cifras totales de conjuntos de datos de nacimientos de 2012 a nivel nacional para corresponderse con estas cifras totales. Para los demás años, se supuso que las relaciones a nivel nacional entre las cantidades de nacimientos y embarazos en 2012 no presentaron modificación alguna, y estas relaciones por país se utilizaron para convertir cada conjunto de datos de nacidos vivos en un conjunto de datos de embarazos.

REFERENCIAS

1. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, Tatem AJ, Moran A, y otros. *The geography of maternal and newborn health: the state of the art. Int J Geoinformatics* 2014 en revisión).
2. Tatem AJ, Campbell J, Guerra-Arias M, de Bernis L, Moran A, y otros. *Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. Int J Health Geogr* 2014; 13:2.
3. Linard C, Alegana VA, Noor AM, Snow RW, Tatem AJ. *A high resolution spatial population database of Somalia for disease risk mapping. Int J Health Geogr* 2010; 9:45.
4. Linard C, Gilbert M, Snow RW, Noor AM, Tatem AJ. *Population distribution, settlement patterns and accessibility across Africa in 2010*. PLoS ONE 2012; 7:e31743.
5. Linard C, Gilbert M, Tatem AJ. *Assessing the use of global land cover data for guiding large area population distribution modelling. GeoJournal* 2010; doi:10.1007/s10708-010-9364-8.
6. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. *Defining approaches to settlement mapping for public health management in Kenya using medium spatial resolution satellite imagery. Rem Sens Env* 2004; 93:42-52.
7. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. *Assessing the accuracy of satellite derived global and national urban maps in Kenya. Rem Sens Env* 2005; 96:87-97.
8. Tatem AJ, Noor AM, von Hagen C, di Gregorio A, Hay SI. *High resolution population maps for low income nations: combining land cover and census in East Africa. PLoS One* 2007; 2:e1298.
9. Balk DL, Deichmann U, Yetman G, Pozzi F, Hay SI, y otros. *Determining global population distribution: methods, applications and data. Adv Parasitol* 2006; 62:119-156.
10. División de Población de las Naciones Unidas. Prospectos sobre la urbanización mundial, revisión 2013. Nueva York: Naciones Unidas, 2013.
11. Tatem AJ, Garcia AJ, Snow RW, Noor AM, Gaughan AE, y otros. *Millennium development health metrics: where do Africa's children and women of childbearing age live? Population Health Metrics* 2013; 11.
12. División de Población de las Naciones Unidas. Prospectos sobre la Población Mundial, revisión 2012. Nueva York: Naciones Unidas, 2012.

ANEXO 7. TAREAS DENTRO DEL ALCANCE DE LOS PROFESIONALES DE PARTERÍA CONFORME A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES

Las tareas de los profesionales de partería se dividen en las siguientes ocho categorías:

1. planificación, provisión y evaluación de la atención y los servicios de apoyo para mujeres y recién nacidos, antes, durante y después del embarazo y el parto conforme al ejercicio de la profesión y las normas de la atención de partería moderna;
2. provisión de orientación a mujeres y familias y fomento de la educación comunitaria en materia de salud, nutrición, higiene, ejercicio, parto y planes de emergencia, atención neonatal, planificación familiar y anticoncepción, estilo de vida y demás temas relacionados con el embarazo y el parto;
3. evaluación del progreso durante el embarazo y el parto, mediante el manejo de las complicaciones y el reconocimiento de las señales de alerta que requieren la derivación a un médico especialista en obstetricia;
4. monitoreo del estado de salud de los recién nacidos mediante el manejo de las complicaciones y el reconocimiento de las señales de alerta que requieren la derivación a médicos especialistas en neonatología;
5. monitoreo del dolor y el malestar padecido por las mujeres durante el trabajo de parto y el parto y alivio del dolor mediante diversas terapias, incluidos los analgésicos;
6. informe de nacimientos a las autoridades gubernamentales a fin de cumplir con los requisitos legales y profesionales;
7. realización de estudios de investigación sobre prácticas y procedimientos de partería y divulgación de los hallazgos, por ejemplo, mediante publicaciones e informes científicos;
8. planificación y realización de actividades educativas relacionadas con la partería en ámbitos clínicos y comunitarios.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT). Definiciones de grupos conforme a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08). Proyecto final. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm (accedido el 24 de abril de 2014).

Claudia Martinez/World Vision

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014.
Todos los derechos reservados.

Las opiniones expresadas en esta publicación son las del/de los autor(es) y no necesariamente representan las opiniones de las Naciones Unidas, incluidos el UNFPA, o los Estados Miembro de la ONU.

Las designaciones empleadas y la presentación de materiales sobre cualquier representación cartográfica en este documento no entrañan la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría de las Naciones Unidas o el UNFPA con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, y tampoco con respecto a la delimitación de sus fronteras o límites.

Impreso en papel FSC 100% reciclado con tintas de base vegetal.

Con el propósito de reducir al mínimo los gastos de impresión, casi todas las publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas están disponibles gratuitamente en línea en formato electrónico, como documentos en los sistemas PDF y Word. Las solicitudes para recibir publicaciones en forma impresa serán manejadas sobre la base de la disponibilidad de los materiales y deben dirigirse a: publication@unfpa.org

Ahora que ha leído el informe, le pedimos que comparta todos los datos, que informe acerca de diálogos sobre políticas y que tome medidas a fin de que todas las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a servicios de partería de calidad.

Todas las mujeres y los recién nacidos tienen derecho a recibir atención de calidad durante el embarazo, el parto y el período posnatal **#Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

#La Salud de la Mujer y **#las parteras** van de la mano. Tome medidas para proteger a las mujeres: **#Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

#Las parteras pueden ayudar a evitar dos tercios de las muertes maternas totales. Envíe su apoyo a **salud de la mujer #Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

Todas las mujeres y todos los niños tienen derecho a recibir cuidados de salud de buena calidad. **#Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

Suecia logró reducir drásticamente su tasa de mortalidad materna mediante la utilización de los servicios de partería. **#Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

#Las parteras contribuyen a la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo

#Las parteras son clave para reducir las **#muertes maternas**. Envíe su apoyo a **#la salud de la mujer #Estado de las Parteras en el Mundo 2014**

Coordinado por el UNFPA
605 Third Avenue
New York, NY 10158
www.sowmy.org

Con el apoyo de:

Con el apoyo financiero de:

Publicación de las Naciones Unidas
Impresa en Estados Unidos
Junio de 2014

Número de venta: S.14.III.H.2
ISBN: 978-0-89714-028-7