

**FORTALECER LA PARTERÍA:
UNA DEUDA PENDIENTE
CON LAS MUJERES
DE MÉXICO**



EL PANORAMA EN 2015

MacArthur
Foundation

INICIATIVA DE LA FUNDACIÓN MACARTHUR PARA PROMOVER LA PARTERÍA EN MÉXICO

RESUMEN DEL INFORME DE LA LÍNEA DE BASE DE LA EVALUACIÓN

Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees y Paola Sesia
con la asistencia de Aitza Calixto, Rebeca Hernández y Fátima Valdivia

INTRODUCCIÓN

Al ratificar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, México asumió el compromiso de reducir la razón de muerte materna en un 75% para 2015. Para lograrlo, el país estableció como un mandato que todos los nacimientos se llevaran a cabo preferentemente en hospitales. Hoy en día, el 96% de los nacimientos en México ocurren principalmente en hospitales de segundo nivel que, por consiguiente, están sobresaturados y no siempre cuentan con el personal ni los recursos materiales y financieros suficientes y necesarios, por lo que se está enfrentando lo que muchos reconocen como una situación de crisis. Los partos hospitalarios tienden a ser sobremedicalizados; un claro reflejo de lo anterior es la cuarta tasa de cesáreas más alta en el mundo y la segunda en América Latina que México presenta hoy en día (Lazcano et al. 2013).

Ante esta situación preocupante, hay un creciente interés en reconocer la existencia y magnitud de la problemática que algunos llaman “violencia obstétrica”, así como en la promoción de una atención “humanizada” de los partos, además de que hoy hay una mayor conciencia sobre la importancia que tiene la calidad de la atención durante todas las etapas obstétricas. Esta tendencia hacia adoptar un enfoque más integral en la atención obstétrica tiende a volver incompatible la atención hospitalaria de los partos eutócicos; tendencia que está plasmada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que México ratificó en 2015.

Aunque México ha reducido de manera importante la mortalidad materna en un 52% para 2015, aún hay un largo camino por recorrer para alcanzar los niveles acordados internacionalmente y aún más para garantizar de forma satisfactoria la calidad en la atención para todas las mujeres y sus recién nacidos. Hoy por hoy, el momento parece propicio para promover la labor de las parteras profesionales como parte de la solución y regresar la atención de los partos no complicados al primer nivel, siempre y cuando haya un sistema de referencia seguro, oportuno y disponible en todo mo-

mento y ante cualquier emergencia. Dicha transición es consistente con y puede ser fortalecida por los actuales esfuerzos a nivel global para promover la partería profesional y así asegurar una atención obstétrica de calidad para todas las mujeres; iniciativa que ha sido promovida de forma activa por organismos multilaterales clave como la OMS, OPS y UNFPA, los cuales tienen una presencia importante en México.

La Iniciativa para Promover la Partería en México de la Fundación MacArthur fue lanzada formalmente en 2015. Se construye sobre una base sólida de más de 20 años de donaciones (1990 - 2012) en el campo de población y salud materna y reproductiva; donaciones que, muchos opinan, han contribuido a disminuir los niveles de mortalidad materna en México. El nuevo portafolio centrado en la partería ha sido concebido como una iniciativa dirigida por la siguiente teoría del cambio:

Con base en la evidencia, la partería profesional puede resultar en mejoras en la calidad de la atención, en la cobertura con trabajadores profesionales de la salud, en la equidad (al emplearlas en las zonas más marginadas y vulnerables) y en la eficacia práctica y financiera del sistema de salud al transferir los partos normales hacia unidades de salud de primer nivel y permitir así que los hospitales se dediquen a atender únicamente los casos complicados. Si México forma y emplea de manera eficaz a parteras profesionales que sean capaces de responder al amplio espectro de necesidades de la salud reproductiva y materna en coordinación con el nivel comunitario y los hospitales de segundo nivel, entonces habrá mayor posibilidad de que la morbilidad y la mortalidad materna disminuyan, mejore la calidad de la atención y se amplíe el acceso a la salud reproductiva y materna.

En el largo plazo, la Fundación busca mejorar la salud materna y acelerar la disminución de la mortalidad materna en México, ofreciendo apoyo para institucionalizar la partería profesional en el país. En relación



con esta meta a largo plazo, durante los próximos tres años la Fundación se centrará en apoyar la consolidación de un movimiento para obtener el reconocimiento de la partería profesional como una opción viable en el cuidado de la salud reproductiva y su institucionalización en el sistema de salud mexicano. En cinco años, los programas de formación se habrán ampliado, los modelos de prestación de servicios se habrán diseñado e implementado y se habrá creado un mercado para la partería profesional” (Population and Reproductive Health Program/Mexico Plan for Capstone Grantmaking 2015-2019, October 2014).

Para asegurar esfuerzos sostenidos hacia un crecimiento efectivo de la partería en México, la Fundación busca cooperar para poner en marcha procesos que culminen en un “punto crítico” o situación donde no haya marcha atrás, de manera que la práctica de la partería profesional se institucionalice en el sistema de salud y dé paso a que la atención de calidad y la salud materna mejoren en el largo plazo. Se espera que este punto crítico se caracterice por aumentar la disponibilidad y la demanda de los servicios de partería, tener un contexto favorable en la política pública, contar con promotores activos de la partería y obtener los recursos del Estado para apoyar programas de formación en partería. (John D. and Catherine T MacArthur Foundation. Terms of Reference for the Provision of Monitoring, Evaluation and Learning Services, Mexico Midwifery Initiative, February 23, 2015)

En la búsqueda de información que pueda guiar la Iniciativa, la Fundación MacArthur contrató a un equipo de trabajo para diseñar e implementar una evaluación integral y un marco de aprendizaje para llevarse a cabo en un período de 3 a 5 años, comenzando en mayo de 2015. El informe de la línea base—resumido en este documento—representa el primer paso del proceso. Una segunda valoración, a principios de 2018, evaluará la efectividad de la Iniciativa para el alcance de sus metas y objetivos a tres años, misma que será una guía para determinar si la Iniciativa continúa hasta llegar a cinco años de duración.

Metodología

Metodología general: A través de un enfoque de evaluación adaptativa (developmental evaluation), nuestra metodología se ha desarrollado junto con la iniciativa y está diseñada para informar sobre su progreso mientras ésta evoluciona. Con base en el marco descrito en los Términos de Referencia de la evaluación, llevamos a cabo entrevistas abiertas preliminares con 20 informantes clave que abarcaron 5 áreas temáticas alrededor de las cuales está construida dicha Iniciativa: actores clave, entornos normativo y de política pública, formación, empleo/inserción de las parteras y calidad de la atención. Recibimos una cuidadosa retroalimentación sobre las preguntas que desarrollamos para guiar la evaluación por parte de nuestro Comité Asesor de la Evaluación que consistió de 17 expertos/as involucrados/as en la atención materna y neonatal y la promoción de la partería en México. Con base en esta participación y en una extensa investigación en internet para identificar escuelas y sitios de empleo, al igual que organizaciones políticas y activistas, diseñamos guiones para entrevistas semi-estructuradas y encuestas para recoger datos cualitativos y cuantitativos de cada tipo de actor que planeamos entrevistar, al igual que un formato para recopilar datos para estadísticas institucionales en sitios de empleo y una lista de cotejo para registrar la infraestructura y los recursos humanos y materiales de cada institución de salud como información relevante para el componente de calidad de la atención. Entre agosto de 2015 y febrero de 2016, entrevistamos a 437 personas en 12 estados incluyendo a la Ciudad de México. Herramientas complementarias para recopilar información incluyeron un programa electrónico de mapeo y un análisis de los medios de comunicación que cubre el período de julio a noviembre de 2015.



Tipología de parteras: Utilizamos el término “parteras profesionales” para abarcar tanto a las “enfermeras-parteras” (generales, obstetras y perinatales) que atienden partos sin importar si se identifican o no con el término “partera”, como a las parteras técnicas.

Prácticas basadas en la evidencia: Para describir de forma sistemática la clase de atención proporcionada y recibida, desarrollamos una lista de 20 prácticas avaladas por la OMS¹ como componentes esenciales de una atención centrada en las mujeres, y basadas en las evidencias científicas que han demostrado contribuir en resultados de mayor calidad en la salud tanto de la madre como de su recién nacido. En cada área temática de indagación utilizamos la siguiente lista, añadiendo en algunos casos prácticas adicionales relevantes para el contexto y la etapa del cuidado obstétrico estudiado. Las prácticas centrales son:

1. Acompañamiento continuo a la mujer por una persona de su elección
2. Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis
3. Evitar suministro de oxitocina en trabajo de parto
4. Evitar la ruptura artificial de membranas
5. Libre deambulacion de la mujer en trabajo de parto
6. Permitir consumo de líquidos
7. Permitir consumo de alimentos ligeros
8. Evitar tricotomía (rasurado púbico)
9. Evitar aplicación de enemas
10. Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión
11. Evitar la episiotomía de rutina
12. Evitar la maniobra de Kristeller
13. Apego inmediato madre-recién nacido (RN)
14. Corte retardado del cordón umbilical
15. Evitar la revisión manual de la cavidad uterina
16. Evitar el uso rutinario de antibióticos
17. Evitar la aspiración rutinaria de las secreciones del recién nacido
18. Respeto hacia prácticas culturales de la mujer
19. Autonomía de la mujer para tomar decisiones
20. Uso de su propia ropa

Niveles de atención: El primer nivel se refiere a centros de salud básicos o clínicas maternas sin instalaciones quirúrgicas. El nivel intermedio incluye hospitales básicos comunitarios y clínicas especializadas de maternidad con instalaciones quirúrgicas. El segundo nivel se refiere a los hospitales generales.

¹El listado de las prácticas o “intervenciones” a promoverse o a evitarse se desarrolló a partir de Sachse, Sesia, et al. (2012), originalmente desarrollado en varios documentos de la OMS (1985, 1996, 2001). 17 de las prácticas son promovidas por la OMS y se basan en la evidencia científica, dos (no. 18 y no. 20) fueron incluidas por representar un enfoque de interculturalidad y una más (no. 19) porque refleja un enfoque de derechos.





I MARCO NORMATIVO Y LEGAL

Antecedentes

Con base en la teoría de cambio de la Fundación, para alcanzar una institucionalización duradera de la partería profesional en el sistema de salud, es necesario un contexto político favorable junto con una mayor disponibilidad y demanda de los servicios de partería, la presencia de promotores activos de la partería y recursos del Estado para financiar y apoyar programas de formación y escuelas. En este contexto, el análisis de la línea de base busca entender cómo el marco normativo y legal se posiciona ante la partería en este preciso momento, e intenta identificar actitudes o percepciones que sostienen los tomadores de decisiones con respecto a los diferentes tipos de partería, los factores que influyen en esas percepciones y lo que podría influir en ellos para que tengan opiniones más favorables.

Metodología

Documentamos el contexto que regula la partería – desde acuerdos y normas internacionales hasta la Constitución Mexicana y la Ley Nacional de Salud, normas específicas y códigos de práctica e iniciativas específicas estatales – y llevamos a cabo entrevistas semi-estructuradas con 40 funcionarios públicos (14 a nivel federal y 26 a nivel estatal).

Preguntamos a las personas que entrevistamos cuáles consideraban que fueran las principales leyes o normas que impactan a la partería actualmente, enfocándonos en aspectos que favorecen la institucionalización de la partería profesional en el sistema público de salud, en los factores que impiden progresar y en lo que los y las entrevistadas piensan que se necesita lograr para que la partería sea plenamente apoyada por el marco legal. Al principio, nuestras preguntas se centraron en el tema de la partería per se y, posteriormente, abarcaron también las prácticas basadas en evidencia que son una característica importante de la atención ejercida por la partería, dando también un giro para

enfaticar no sólo en los proveedores ideales (parteras u otros) sino también en los modelos ideales de atención fundamentados en la obstetricia basada en evidencia.

Se dio un seguimiento a medios de comunicación seleccionados a nivel nacional y estatal de julio a noviembre de 2015, para entender cómo y de qué manera los medios impresos y digitales ven y consideran a la partería.

Hallazgos

La partería en el marco legal actual: El concepto de partería profesional es inexistente, en gran medida, en el marco normativo y legal actuales. No hay nada que explícitamente prohíba la práctica de la partería. No obstante, es difícil para las parteras encontrar un lugar en el actual sistema de salud, debido a la constante preferencia en atender los partos en el segundo nivel y a las referencias en algunos documentos normativos al “personal médico calificado”; referencias que muchos responsables de las políticas públicas, proveedores y activistas interpretan que excluyen a las parteras.

La ausencia de un mandato político o de directrices operativas para promover la partería significa que, con frecuencia, las experiencias innovadoras dependen del interés o iniciativa de personas clave que tienen cargo directivo en un momento dado, lo que a su vez hace que estas experiencias sean vulnerables cuando hay cambios de directivos o en los liderazgos. Para actores a nivel estatal, la falta de especificidad y claridad en el marco normativo provoca que aquellos funcionarios de salud o directivos de unidades médicas que se interesen en promover la partería, tienen que encontrar su propia forma de resolver cómo operar las innovaciones encontrando, a menudo, resistencia entre el personal que no está convencido.

La única área donde la partería es reconocida expresamente en el sistema de salud es en los códigos laborales que permiten que instituciones públicas contraten



a cierto tipo de parteras. Hay un desafío en que varios estados no han abierto estos códigos y en que los que lo han hecho, por lo regular, destinan recursos insuficientes para la contratación de parteras o para pagarles sueldos de acuerdo con dichos códigos.

Prácticas basadas en evidencia en el actual marco legal:

Una vez que encontramos que la partería es en gran medida invisible dentro del marco legal, exploramos de qué forma las prácticas basadas en evidencia (que típicamente se utilizan dentro de un modelo de partería) vienen consideradas dentro del marco normativo. Aun cuando encontramos una tendencia hacia una mayor incorporación de muchas prácticas basadas en evidencia en los documentos normativos, las inconsistencias que existen en el lenguaje y los abordajes dan lugar a interpretaciones variadas para lo que se debería de hacer en la provisión de los servicios obstétricos. Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana (NOM007, 1993) establece que el personal de salud corte el cordón umbilical de 30 a 60 segundos después del nacimiento, mientras que la Guía de Práctica Clínica de Partos Normales recién modificada y aprobada a finales de 2014 dice que se debe esperar de uno a tres minutos hasta que el cordón deje de latir y el bebé haya normalizado su respiración. Además, los documentos más actualizados no son de aplicación obligatoria, dando como resultado inconsistencias en la aplicación de las normas en la provisión de los servicios obstétricos.

Cómo los tomadores de decisiones perciben la partería:

Mientras que el 75% de las personas entrevistadas mostró apertura hacia la partería, el concepto fue con frecuencia asociado más con las parteras tradicionales, mientras que el concepto de “partería profesional” fue menos entendido. Más del 90% de quienes entrevistamos no consideran a las enfermeras obstetras o perinatales como “parteras” y algunos sintieron que no es apropiado usar la palabra “profesional” para referirse a las parteras técnicas ya que no tienen un grado universitario en partería. En casi todos los casos opinaron que sus percepciones positivas con respecto a las parteras estaban influenciadas por experiencias personales con una partera (como haber nacido bajo la atención de una partera o haber trabajado con parteras en algún momento de su carrera) o por la evidencia contundente de los éxitos de modelos de partería precedentes de otros países.

Aquellas personas que expresaron actitudes menos positivas hacia la partería, con frecuencia mostraron una

falta de entendimiento acerca de la partería profesional (quiénes son las parteras, cuáles son sus habilidades o competencias, qué hacen en los servicios de salud) o falta de confianza en su capacidad para proporcionar una atención segura y calificada. Nadie reportó haber tenido una experiencia negativa directamente con una partera pero muchas personas mencionaron casos de médicos que fueron considerados culpables ante complicaciones que empezaron bajo el cuidado de parteras; típicamente, parteras tradicionales.

En algunas ocasiones, aun personas abiertas al tema de la partería presentan dudas acerca de cómo sería un modelo de atención de partería en la práctica y qué papel cumpliría cada tipo de personal. Este déficit en información puede ser el mayor obstáculo para progresar en este momento. En contraste, encontramos que más de la mitad de los entrevistados citó el “abandono” del primer nivel de atención como una preocupación clave, dando a entender que puede haber una apertura hacia el ejercicio de la atención obstétrica en dicho nivel.

El seguimiento a los medios de comunicación muestra que la partería casi no aparece como tal en los medios actualmente, lo cual contribuye al déficit de información permitiendo así la reproducción de percepciones equivocadas. En nuestra investigación hallamos actitudes positivas entre mujeres usuarias de los servicios de partería y entre funcionarios de alto nivel; sin embargo, éstas tampoco aparecen en los medios.

Recomendaciones

1. Convocar a un proceso incluyente para identificar una agenda común que logre que la Secretaría de Salud promueva un mandato de alto nivel, realice cambios integrales en el marco normativo y legal para que haya mayor énfasis en las prácticas basadas en la evidencia y otorgue un reconocimiento explícito a las parteras como cuidadoras ideales en la atención prenatal y obstétrica, en conjunto con otros prestadores de servicios en este modelo de atención.
2. Difundir información concisa y explícita sobre los modelos de atención basados en la partería para superar la falta generalizada de entendimiento entre los tomadores de decisiones; dar a conocer qué es lo que se quiere o se necesita para institucionalizar a la partería profesional como parte del sistema público de salud.



3. Definir y difundir ampliamente estándares de formación que se hayan previamente consensuado y que representen un conjunto básico de competencias a la vez que se reconozca que cada tipo de partera tiene abordajes, prácticas y competencias adicionales que van más allá de los estándares mínimos, y que desarrollan a partir de su propio nicho de operación.

4. Promover un sistema para verificar competencias que sobrepase las controversias y que acepte las diferencias existentes entre los distintos tipos de formación y práctica, como una medida de seguridad

tanto para las mujeres usuarias como para las propias parteras.

5. Crear relaciones productivas con los medios impresos y digitales como una manera para promover activamente reportajes con información completa, veraz y sugerente sobre el rol que juegan las parteras en modelos de atención centrados en la mujer, humanizados y basados en la evidencia; proporcionando así información para el debate público sobre el tema y corrigiendo percepciones equivocadas.





2 EL ECOSISTEMA DE ACTORES QUE DEFINEN LA AGENDA PÚBLICA

Antecedentes

Para entender cómo se está transformando el campo de la partería, comenzamos echando un vistazo al ecosistema de actores e instituciones que están influenciando la agenda de la partería en México, sus logros y los obstáculos que enfrenta. La estrategia de la Fundación da prioridad al apoyo de los promotores activos de la partería quienes están ayudando a fortalecer la partería profesional, viéndolos como actores esenciales para alcanzar el “punto crítico” de progreso hacia la institucionalización de la partería en el sistema de salud. Dado el momento actual tan oportuno para promover el cambio sistémico, es más importante que nunca que estos promotores estén preparados para informar e influir en el debate y en la agenda de la política pública.

Metodología

Llevamos a cabo entrevistas con 42 actores en la Ciudad de México y en 8 estados. Estos individuos representan a la sociedad civil, la academia, organizaciones multilaterales, organismos donantes y proveedores quienes trabajan directa o indirectamente en el tema de la partería, ya sea a favor o en contra de esta práctica. El propósito de nuestras entrevistas fue entender quiénes son los actores principales que están trazando la agenda de la partería en 2015 y quiénes son las voces que están poco representadas; sus fuerzas y retos como líderes y promotores; las agendas a las que aspiran y las relaciones que han construido para avanzar con dichas agendas.

Además de las entrevistas individuales, ocupamos los servicios de un programa electrónico de mapeo (LOME) como una forma complementaria para documentar la profundidad y naturaleza de la red de actores, organizaciones y contactos en este preciso momento. Aunque se pretende que este mapeo de redes crezca de manera orgánica, enviamos una invitación

inicial a donatarios de la Fundación MacArthur y a integrantes del Comité Asesor de la Evaluación para iniciar sistemáticamente este proceso de mapeo. Repetiremos la invitación de manera periódica y mediremos las características del mapeo, conforme se vaya desarrollando con el tiempo, como una manera de registrar cambios y de profundización de las relaciones en el campo de la partería.

Hallazgos

Encontramos que el ecosistema de la partería comprende diversos actores, la mayoría de los cuales son proveedores y promotores comprometidos que trabajan para mejorar la salud materna y neonatal. La variedad de intereses y perspectivas es un aspecto positivo del ecosistema. Pero, al mismo tiempo, representa un reto para sobrellevar las diferentes opiniones alrededor de preguntas fundamentales como “quién es o quién no es una partera”. Los desacuerdos necesitan ser resueltos para que un movimiento poderoso emerja con una agenda común, coherente y cohesiva.

El mapeo LOME registró un total de 85 organizaciones o instituciones (y unos pocos individuos) como miembros de la red de partería y 133 relaciones entre grupos. El número total de relaciones registradas fue pequeño (un promedio de 1.6 por miembro), lo que indica un bajo nivel de densidad de la red.

El mapa electrónico muestra dos constelaciones de actores y relaciones bastante separadas. Por un lado están las organizaciones multilaterales y activistas mientras que, por otro, están las instituciones que representan a las parteras profesionales (técnicas, enfermeras obstetras y perinatales) con pocos vínculos entre los dos conjuntos. La mayoría de las relaciones reportadas en la red general están categorizadas como “información y asesoría” y un número menor fue caracterizado como colaboración. En la categoría de “compartir recursos”, la cual incluye los recursos



financieros y técnicos, la densidad de relaciones es muy baja con un .01 por cada miembro de la red.

El significado de estos resultados está limitado por el hecho de que la herramienta de mapeo sólo captura relaciones que son reportadas, lo que significa que alguien que realiza múltiples entradas y solicita que muchos interlocutores se unan, probablemente será registrado como un nudo de actividad más importante. Pero aun ante este sesgo, el mapeo proporciona un panorama importante del ecosistema de la partería en este preciso momento y muestra que hay un espacio considerable para mejor y mayor colaboración.

En una manera similar al hallazgo de la presencia de dos constelaciones separadas, nuestras entrevistas hallaron que las enfermeras obstetras y perinatales, quienes representan una gran fuerza potencial para la partería, no están bien vinculadas con esfuerzos más amplios para promover la partería. Por lo regular, no se identifican como parteras y puede que hasta rechacen esta terminología. Más bien están orgullosas de ser consideradas como participantes en la profesionalización de la enfermería y no se ven a sí mismas como equivalentes a "parteras indígenas empíricas o tradicionales" o como proveedoras rurales con quienes muchos asocian el término "partera". Un término equivalente de enfermera-partera (en inglés "nurse midwife") no se utiliza comúnmente en español.

Recomendaciones

1. Trabajar para definir objetivos comunes y construir alianzas amplias alrededor de estrategias específicas con el objetivo fundamental de demostrar

por qué la partería es un componente esencial en un modelo humanizado de la atención obstétrica, mediante datos científicos, mensajes y ejemplos de lugares donde se practica la partería en México e internacionalmente.

2. Dirigir las campañas informativas a funcionarios de gobierno que están abiertos al concepto de la partería pero que con frecuencia están mal informados sobre el amplio espectro existente de los distintos tipos de parteras y los cambios que ellas están promoviendo.

3. Explorar el potencial para construir alianzas o identificar un terreno común entre los promotores de la partería y el personal médico comprometido con la medicina basada en evidencia aun si no promueven la partería per se, con el objetivo de abogar por una mayor consistencia en el marco normativo y una mejor implementación de las normas existentes.

4. Forjar una definición más inclusiva de la partería en la que diversos tipos de proveedoras y proveedores sean reconocidos como parte de un modelo de atención que se basa en la evidencia científica.

5. Definir y publicitar estándares mínimos para la formación previamente consensuados entre los actores interesados. Estos estándares deben de representar un conjunto mínimo de competencias comunes; al mismo tiempo es importante reconocer que cada tipo de parteras cuenta con abordajes, prácticas y/o competencias que van más allá de esos estándares mínimos, definiendo así sus propios nichos exclusivos de trabajo.





3 PROGRAMAS DE FORMACIÓN

Antecedentes

La Fundación busca fortalecer y ampliar alternativas para la formación de la partería profesional; alternativas que sean de calidad, legalmente acreditadas y con diversas orientaciones para poder así satisfacer la demanda de los servicios de partería que, se anticipa, estará creciendo a futuro. La línea de base describe los programas existentes, sus fortalezas y debilidades, el número y características de estudiantes inscritas y el tipo de formación práctica y teórica que se imparte.

Metodología

Nuestra evaluación se centró en programas que forman enfermeras obstetras y perinatales y parteras técnicas para atender partos. Descartamos programas de "enfermería y obstetricia" que no requieren práctica clínica en atención de partos para recibirse.

Después de una extensa búsqueda en internet y con el apoyo de actores clave y asesores, desarrollamos una lista con programas que mencionan en sus materiales informativos la atención neonatal u obstétrica como parte de su formación. De este listado terminamos eliminando todos los programas con la excepción de 11, después de determinar que los demás no incluían la atención de partos en su formación. Visitamos un total de 11 lugares o programas: 4 programas de formación académica, 4 sitios donde se forman parteras autónomas y 3 residencias clínicas, entrevistando a 20 directores, subdirectores, coordinadores clínicos y profesorado. Los hallazgos que se presentan aquí sintetizan los números y tipos de programas de formación en partería, los modelos

de formación que promueven y si incluyen acreditación institucional y certificación en partería. Se incluye además un breve análisis acerca de la sostenibilidad de cada programa y su potencial de expansión en el contexto mexicano.

Hallazgos

Programas y acreditación: Identificamos 11 programas de formación con un total de 317 estudiantes que corresponden a cinco diferentes modelos de formación en lo que se requiere que los y las estudiantes atiendan un mínimo de 40 partos para recibirse. Los programas están concentrados principalmente en la Ciudad de México y en estados ubicados en el sur del país donde hay mayor pobreza y porcentajes más altos de población indígena y en donde las necesidades de formación y atención son mayores.

Una comisión mixta, compuesta por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, acredita todos los programas académicos (con la excepción de los programas autónomos) y les proporciona un registro conocido como Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE). En el caso de un nuevo programa se ha obtenido la acreditación a nivel estatal mientras queda pendiente la acreditación del nivel federal.

	MODELO DE PROGRAMA	ESTUDIANTES	PARTOS REQUERIDOS	ACREDITACIÓN
4	Partería autónoma	26	40-95	No aplica
2	Partería técnica	80	80	RVOE
1	Enfermería y obstetricia (LEO)	150	100	RVOE
1	Salud reproductiva y partería	21	100	RVOE estatal ²
3	Especialización en enfermería perinatal (EEP)	40	60	RVOE
11		317		

²El registro federal se encuentra pendiente por ser un programa nuevo de recién apertura (2015).

Currículo basado en evidencia: En todos los programas las y los estudiantes aprenden la mayoría de las prácticas basadas en evidencia durante la parte teórica de sus estudios. Los programas independientes imparten 100% de las prácticas basadas en evidencia y los dos programas de partería técnica imparten todas menos una práctica; los programas de enfermería y obstetricia y de enfermería perinatal son más variados; sólo se imparten 13 de las 20 prácticas basadas en evidencia en ambos programas de enfermería obstétrica y 16 en ambos programas de especialización perinatal.

Teoría versus práctica clínica: Lo que se aprende en el salón de clases y el currículo teórico son inconsistentes con lo que las estudiantes pueden aplicar en sus prácticas clínicas. Debido a que las estudiantes con frecuencia emprenden sus prácticas clínicas en hospitales que no ejercen una obstetricia estrictamente basada en la evidencia, éstas tienen que aprender a desarrollar prácticas que se les había enseñado que tenían que evitar. Actualmente, hay un número demasiado limitado de establecimientos clínicos que aplican la obstetricia basada en la evidencia para poder cumplir con la demanda de campos clínicos de estudiantes de partería, por lo que esto se vuelve un obstáculo para expandir la formación en partería.

Profesorado: La mayoría de los docentes imparte clases de tiempo parcial (por asignatura) con una gran variedad de modalidades de contrato. Debido a que la acreditación del programa (o el RVOE) requiere que los profesores e instructores cuenten con los grados académicos pertinentes para ese programa, la mayoría de ellos efectivamente cuenta con los grados requeridos. Sin embargo, algunos programas tienen dificultades para contratar a parteras profesionales como docentes porque los requisitos de acreditación no las reconocen como personal calificado.

Existen también retos en términos de seguridad laboral y en convencer a profesores para que se muden a nuevos sitios de trabajo. Los programas de partería más grandes se ubican en la Ciudad de México, siendo los que tienen mayor potencial para crecer y con el mayor número de personal calificado como docente. En términos de género y etnia, son pocos los profesores de extracción indígena (aunque un programa ofrece clases en lengua náhuatl) y las mujeres dan clases en, al menos, la mitad de los cursos.

Fortalezas de los programas: Desarrollamos un índice de sostenibilidad basado en: número de estudiantes, estabilidad financiera, acreditación y estabilidad de sede, infraestructura y equipo en propiedad de la propia institución de formación. De acuerdo con este índice, los programas independientes presentan una menor estabilidad, debido a su bajo número de estudiantes, instalaciones informales y falta de financiamiento externo estable. El programa de enfermería y obstetricia del Instituto Politécnico Nacional resultó con el mayor puntaje en cuanto a sostenibilidad debido a su vasto número de estudiantes, fuentes de financiamiento seguras y propiedad de sus equipos e instalaciones. El programa de enfermería y obstetricia de la UNAM actualmente no exige un número mínimo de partos para recibirse, pero se ha modificado recientemente su currículo fortaleciendo la orientación obstétrica e incluyendo a la atención de partos como un requisito. A partir de estos cambios y una vez que su nuevo currículo entre en vigor en el 2017, se espera que se convierta en uno de los programas más importantes. Cabe mencionar que estos programas que resultaron ser más sostenibles, no son los que se adhieren más a una formación en obstetricia basada en la evidencia científica actualizada.

Los programas de formación de partería técnica no presentan problemas serios en la disponibilidad en sí de personal docente, sino que presentan retos en atraer y retener al profesorado por la inseguridad financiera de los programas mismos.

Las relaciones entre programas y entre personal médico y parteras: Observamos diferencias y antagonismos entre programas y entre modelos de formación que van desde la falta de información hasta una evidente hostilidad entre unos hacia otros. Con frecuencia escuchamos directores que desconocían o desaprobaban lo que hacen otros programas de formación en partería.

Es común que el personal médico que labora en los establecimientos donde las alumnas realizan sus prácticas clínicas perciba que las estudiantes de partería sólo tienen la capacidad de operar bajo supervisión médica directa y no les permitan realizar las prácticas basadas en evidencia que les impartieron en la escuela.



Potencial de expansión: Los directores y estudiantes con los que hablamos aman su trabajo a pesar del estrés que genera el programa, las exigencias clínicas y financieras y, a menudo, a pesar del contexto de violencia local que enfrentan. El personal formador en partería incluye, entre sus integrantes, a personas altamente calificadas y muy motivadas, dedicadas a formar parteras técnicas y/o enfermeras obstetras o especialistas perinatales, promoviendo un modelo de formación y atención basado en la evidencia: estas personas constituyen una base sólida para la expansión de los programas de formación.

Existe potencial para una expansión de hasta cinco veces de la formación de partería, especialmente cuando, a partir del 2017, el programa de enfermería y obstetricia en la Universidad Nacional Autónoma de México incorpore más obstetricia y campos clínicos donde se practique con base en la evidencia científica, para sus 2 mil estudiantes y sus 17 programas afiliados. Nuevos programas de partería técnica y técnica-universitaria en Michoacán y Oaxaca planean abrirse pronto.

Recomendaciones

1. Respaldar el establecimiento de más sitios donde ejercer campos clínicos que utilicen o, al menos, apoyen las prácticas basadas en evidencia, para que así las estudiantes puedan poner en práctica lo que aprendieron en clases.

2. Promover la inclusión de enfoques teóricos y prácticos centrados en la obstetricia basada en evidencia, en los planes de estudio de los distintos programas de formación para todo tipo de parteras y para alcanzar un nivel mínimo de competencias.

3. Crear un sistema de certificación basado en competencias que asegure que las parteras puedan demostrar sus conocimientos y el haber adquirido experiencia en prácticas clínicas basadas en evidencia y en otras competencias que se requieran, para así asegurar a los empleadores que las parteras contratadas son competentes.

4. Crear perfiles de trabajo y empleos bien remunerados para que las estudiantes potenciales vislumbren una clara trayectoria profesional como resultado de sus estudios de partería.

5. Coordinar colaboración, comprensión mutua e intercambio de información entre diferentes modelos de formación, incluyendo definiciones y descripciones claras de competencias y funciones de cada modelo.

6. Mejorar la comprensión mutua y el intercambio de información entre los programas de formación de partería y los establecimientos donde se llevan a cabo los campos clínicos, así como entre el personal administrativo, médico y de enfermería en los sitios de práctica clínica para lograr que estos lugares fortalezcan (en vez de debilitar) las competencias, funciones de trabajo, la autonomía y la autoridad de las parteras.





4 EMPLEO/INSERCIÓN DE PARTERAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Antecedentes

Uno de los objetivos de la Fundación es aumentar el número y tipos de instalaciones de salud que emplean a parteras calificadas y que les permitan trabajar de forma eficiente y efectiva. A partir de una estimación inicial de 100 parteras profesionales operando en instituciones formales de salud, la investigación buscó averiguar cuántas, en dónde y en qué tipos de establecimientos trabajan las parteras.

Dado el supuesto de la Fundación de que emplear a parteras puede ayudar a rebasar las carencias en la disponibilidad de personal de salud y mejorar el acceso y calidad de la atención en la salud materna, también fue necesario averiguar qué tan propicias son las condiciones laborales de las parteras, qué tan satisfactoriamente están integradas en el manejo operativo de la atención y qué clase de atención proporcionan en realidad.

Metodología

La línea de base se centró en parteras profesionales empleadas en establecimientos públicos de salud en donde atienden a mujeres de ingreso medio y bajo. También incluimos dos establecimientos privados que atienden a poblaciones similares. Registramos todos los establecimientos que emplean a parteras y que fueron mencionados en las entrevistas preliminares e identificamos nuevos lugares a través de una investigación en internet y una muestra de “bola de nieve”. La muestra no incluye parteras profesionales que ejercen de forma independiente sin una interfase establecida con el sistema público de salud.

Entrevistamos a 51 parteras, 16 directivos y otras autoridades de las unidades de salud y a 22 médicos en un total de 15 sitios de empleo. Solicitamos y recibimos estadísticas institucionales sobre número y tipos de parteras que atienden partos, sus condiciones laborales y el número de partos atendidos en 11 de los

15 sitios; por otro lado, tenemos datos estadísticos descriptivos y parciales sobre los otros sitios a través de nuestras entrevistas.

Hallazgos

Número y tipo de parteras y modelo de atención:

Encontramos 15 sitios en los que 187 proveedoras no-médicas atienden partos: 14 enfermeras generales, 81 enfermeras obstetras, 49 enfermeras especialistas perinatales, 18 estudiantes de enfermería obstétrica, 19 parteras técnicas y 6 estudiantes de partería técnica.³ Para el propósito de este reporte referiremos a todos estas proveedoras como parteras, aun cuando no se identifican como tales. Siete sitios (cuatro de primer nivel, uno de nivel intermedio y dos en hospitales) emplean enfermeras obstetras o perinatales, un centro de salud de primer nivel emplea enfermeras obstetras y parteras técnicas (además de una partera tradicional) y siete sitios –de los cuales 6 son hospitales públicos y uno es una clínica de maternidad privada- emplean sólo parteras técnicas.

En nueve de estos 15 sitios, las parteras están insertas dentro de un “programa de partería institucionalizado” –que definimos como un programa donde existe un mandato institucional explícito de proporcionar una atención obstétrica humanizada por parte de parteras – mientras que, en los demás, su contratación es un fenómeno aislado sin tener un compromiso institucional explícito hacia el empleo de parteras o el ejercicio de la obstetricia basada en evidencia. De las 51 parteras entrevistadas, 40 trabajan en programas institucionalizados y 38 reportan tener alta autonomía para tomar decisiones con el apoyo de colegas parteras.

Condiciones de empleo: Casi la mitad de las 187 parteras tienen contratos de corto plazo o no tienen contrato, en particular cuando se trata de enfermeras obstetras (48%) o de parteras técnicas (72%). El 35% de las enfermeras especialistas perinatales no tiene contrato.

³ Este total no incluye una partera técnica la cual trabaja actualmente en una unidad primaria del Ministerio de Salud de Chiapas, cuyo salario es pagado por un organismo sin fines de lucro por lo que se excluyó por no ser empleada del sistema público de salud.



Las parteras técnicas son contratadas de acuerdo al código correspondiente. Todas las enfermeras obstetras o especialistas perinatales son empleadas como enfermeras generales, lo cual limita no sólo el salario que perciben sino la descripción de su puesto. Los salarios pagados son más bajos que aquellos estipulados por la ley. Más de la mitad (63%) recibe prestaciones incompletas o no recibe prestación alguna.

Actividades en las que participan: El lugar de inserción tiene una enorme influencia sobre las prácticas que pueden emplear en su trabajo: 58% de las parteras en programas institucionalizados de partería, a diferencia de 18% que trabaja en lugares de contratación aislada, ejercen todas o casi todas las prácticas basadas en evidencia incluidas en el estudio.

Las parteras técnicas reportaron que se les enseñaron prácticas basadas en evidencia de forma más consistente que las enfermeras obstetras. Pero una vez en su lugar de trabajo –básicamente en entornos hospitalarios- a pocas se les permitió llevarlas a cabo. Lo contrario ocurrió con las enfermeras obstetras: a pocas se les enseñaron, durante la formación, las prácticas basadas en evidencia pero una vez insertas en su sitio de trabajo –por lo regular, programas institucionalizados de partería- tuvieron mayor posibilidad de aprenderlas en el trabajo y desempeñarlas. Un entorno de trabajo que es pro-partería tiende a fomentar la adopción de prácticas basadas en evidencia aun si la formación no lo hizo y viceversa: en el caso de lugares de inserción aislada se tiende a limitar el uso de las buenas prácticas aprendidas durante los años de formación.

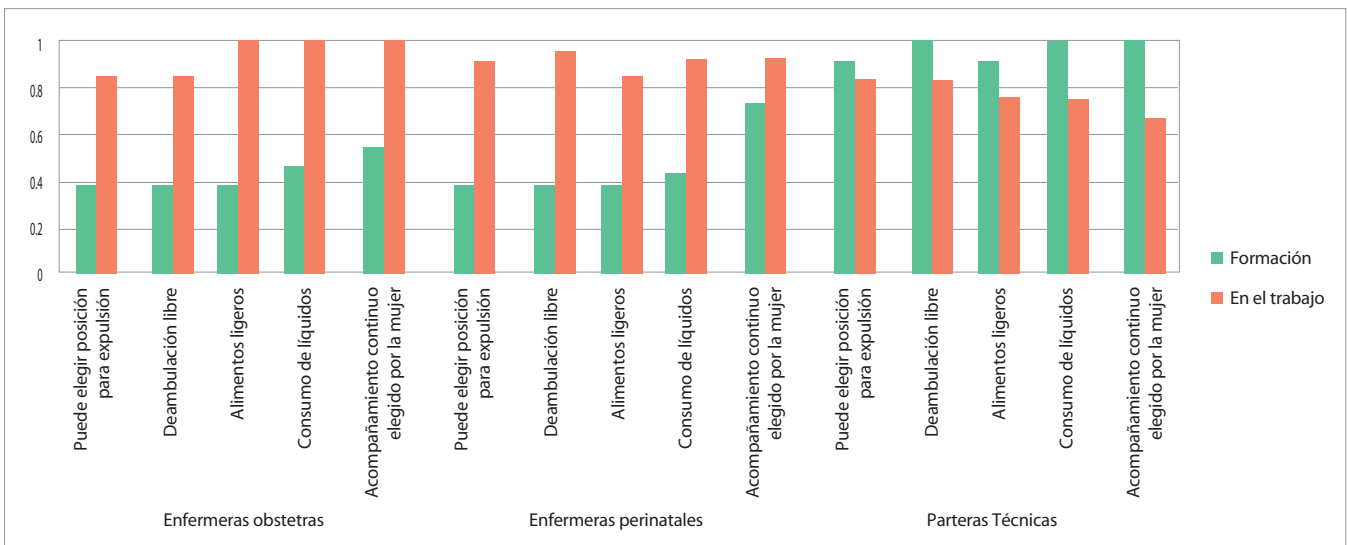
Calidad de la interacción con el personal médico:

Casi la mitad de las parteras mencionó dificultades que incluyen celos profesionales, culpar a las parteras, miedo y malos entendidos, lo que conlleva a una falta de apoyo y, a veces, al antagonismo absoluto por parte de médicos y algunas enfermeras. En siete de ocho instituciones que refieren casos complicados a hospitales, 23 de 37 encuestadas reportó pobres o malas relaciones con médicos y enfermeras que reciben a sus pacientes en los sitios de referencia.

A pesar de estas tensiones, varias parteras se sienten inspiradas, apasionadas y entusiasmadas con su trabajo. En 23 de los casos, ellas expresaron satisfacción por tener la oportunidad de proporcionar los servicios para los cuales fueron formadas. Estas actitudes positivas también fueron percibidas por 11 de 15 autoridades de instituciones de salud quienes comentaron que las parteras contaban con una buena formación y eran competentes, entusiastas y sumamente dedicadas.

Otros obstáculos para una inserción satisfactoria:

Baja productividad: Aun los programas institucionalizados de partería cuentan con bajos índices de mujeres embarazadas que acuden a los establecimientos y altas proporciones de mujeres que fueron referidas para dar a luz en hospitales (40% a 81%, en cinco de seis sitios que refieren embarazadas al segundo nivel). Las parteras que trabajan en hospitales generales atienden un bajo porcentaje de los partos que ocurren ahí, a veces porque están solas cubriendo un turno y por ello, les es imposible acompañar a las mu-



jeros que van a dar a luz a lo largo del trabajo de parto. 50 de las 51 parteras entrevistadas comentó que fácilmente podrían atender más partos.

Sistemas precarios de referencia: Los sistemas de referencia sufren comúnmente de falta de equipo (empezando con la disponibilidad limitada o nula de ambulancias) y relaciones tensas con los hospitales de referencia, como ya se reportó.

Discontinuidad de la atención: Sólo 33% de las parteras entrevistadas proporciona algún otro tipo de atención además de los partos ya que las mujeres son enviadas a hospitales desde sus centros de salud a partir de la semana 35 de embarazo; aun en centros de salud de primer nivel o en hospitales básicos comunitarios, las parteras pueden ser asignadas exclusivamente para servicios de atención de parto sin tener acceso alguno a las pacientes durante la atención prenatal o en el puerperio.

Falta de un mandato claro que apoye la partería: Con frecuencia, los médicos comentaron que no entendían lo que las parteras pueden o no pueden hacer, especialmente en el primer nivel, donde los doctores no están seguros de que se puedan atender partos; ni siquiera por parte de ellos.

Potencial para expandirse: Los programas institucionalizados de partería podrían aumentar el número de partos atendidos por parteras si generan mayor demanda entre las usuarias de los servicios de salud y si se reduce el número de referencias innecesarias al segundo nivel. Varios estados planean establecer sitios de enfermería similares a la Clínica de Maternidad de Atlacomulco y un estado planea emplear a parteras técnicas en clínicas centinelas de primer nivel.

Recomendaciones

1. Optimizar el funcionamiento de los modelos institucionalizados de partería existentes y divulgar su enfoque y logros para promover su replicación de una manera efectiva.
2. Promover la adopción de un mandato político oficial y claro que fomente y apoye la atención de partos eutócicos en el primer nivel, especificando roles y responsabilidades de manera clara y que promueva la colaboración continua y constructiva entre parteras y médicos.
3. Reorganizar la forma en que se prestan los servicios de salud materna para promover una mayor continuidad en la atención que ofrecen las parteras.
4. Dada la importancia del entorno donde trabajan las parteras, hacer esfuerzos para incorporar a las parteras en ambientes de trabajo que sean más propicios para el ejercicio de la partería y lograr que los lugares en los que ellas trabajan permitan y apoyen el uso de las prácticas basadas en evidencia.
5. Fortalecer los sistemas de referencia para garantizar un transporte adecuado y una comunicación efectiva entre parteras y médicos.
6. Garantizar la disponibilidad de recursos para contratar parteras en puestos que correspondan con su formación, talento y responsabilidades.
7. Apoyar a las enfermeras obstetras y perinatales a que unan sus esfuerzos para promover la partería y estimular a que se identifiquen con dichos esfuerzos.
8. Encontrar formas para promover la comunicación entre doctores y parteras, fomentar el apoyo mutuo y menguar la resistencia entre el personal médico.





5 CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Antecedentes

Para que los servicios de partería puedan ampliarse y apoyar de forma sostenida en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido en México, necesitan contribuir a la mejora de la calidad de atención que reciben las mujeres y sus bebés durante el embarazo, el parto y el puerperio. Demostrar que las parteras proporcionan una atención de alta calidad es esencial ya que esto puede ayudar a incrementar la demanda de las mujeres hacia los servicios de partería y así puedan obtener un mayor apoyo del personal médico y de los tomadores de decisiones en el campo de la salud. La investigación de la línea de base comparó la calidad de atención reportada por parteras, médicos y usuarias, además de medir la satisfacción de las mujeres usuarias al dar a luz con una partera o con un médico.

Metodología

La calidad de la atención incluye competencias técnicas e interpersonales al igual que condiciones organizacionales-sistémicas de los servicios de salud en los sitios seleccionados. Incluimos un enfoque de los derechos de las mujeres como usuarias que reciben o deberían de recibir servicios de una forma socialmente aceptable e individualmente satisfactoria.

Con base en los datos obtenidos en las entrevistas sobre empleo/inserción (Capítulo 4), se seleccionaron 12 sitios con una o más parteras profesionales empleadas habitualmente y donde el número de partos atendidos fuera suficiente para permitirnos encontrar mujeres que habían dado a luz con parteras o médicos en aquella institución. En el caso de dos sitios donde no trabajaban médicos, encuestamos a doctores que atienden partos normales en los hospitales de referencia cercanos, alcanzando un total de 14 sitios incluidos. Se eligieron mujeres que hubieran tenido partos vaginales dentro de los últimos 12 meses. En total, entrevistamos a 40 parteras, 30 médicos y 137 mujeres usuarias de los servicios.

Las encuestas abarcaron atención prenatal, durante el parto, el puerperio y al recién nacido y conocimientos básicos y atención durante emergencias obstétricas y neonatales. Además de las encuestas sobre el servicio a proveedores y a usuarias, se cotejó la infraestructura y los recursos materiales y humanos disponibles para la atención en salud materna en cada institución.

Los datos presentados aquí derivan de las encuestas con proveedores de servicios y usuarias. Las comparaciones estadísticas se realizaron entre médicos y parteras; entre médicos, enfermeras-parteras y parteras técnicas y, después, por nivel de atención (primero, intermedio y segundo nivel). El análisis estadístico para la significancia de las diferencias entre proporciones encontradas está en proceso.

Hallazgos

Este resumen incluye sólo las comparaciones de la atención durante el trabajo de parto y parto en donde los datos y las diferencias encontradas fueron más marcadas. Se encontraron diferencias menores en las comparaciones en la atención prenatal y durante el puerperio, además de que las muestras resultaron ser más pequeñas debido, entre otras razones, a que el continuo de la atención es poco común entre prestadores.

La calidad de la atención reportada por parteras en comparación con la reportada por médicos: Entre las personas encuestadas, más parteras utilizaron prácticas basadas en la evidencia durante el parto que personal médico. Por ejemplo, 78% permitió que la mujer eligiera en qué posición deseaba dar a luz mientras que sólo 33% de los doctores lo permitió; 80% de las parteras y 27% de los médicos evitaron aplicar venoclisis rutinariamente y 95% de las parteras en comparación con 47% de los médicos hicieron el corte retardado del cordón umbilical.⁴

⁴ Cabe señalar que en todos los resultados presentados, a pesar de que las parteras utilizan mejores prácticas, una proporción importante de ambos tipos de proveedores hace uso de prácticas obsoletas, innecesarias y que no se centran en la mujer como protagonista del parto.



Al comparar diferentes tipos de parteras, se encontró que más enfermeras obstetras y perinatales utilizaban prácticas basadas en la evidencia que las parteras técnicas. Es muy probable que el tipo de unidad de salud donde laboran (por lo regular, más hospitales) y las condiciones de trabajo (lugares donde las parteras tienen menos autonomía como se mostró en el capítulo 4 de Empleo) en las que las parteras técnicas operan, expliquen estas diferencias. Encontramos resultados parecidos cuando analizamos el porcentaje de adecuación en la utilización de todas las prácticas basadas en evidencia para cada prestador encuestado. Se encontró un porcentaje de alta adecuación (por ejemplo, usar 90% de las prácticas basadas en evidencia; es decir, 20 o más de un total de 23 prácticas durante la atención del parto) por solamente 23% de los médicos, comparado con el 70% de las parteras, especialmente entre las enfermeras obstetras y perinatales (80%). El 59% de las parteras técnicas alcanzó un porcentaje alto de adecuación.

La comparación entre los niveles de atención (primer nivel, nivel intermedio y segundo nivel) muestra la importancia del contexto institucional donde opera el personal encuestado. 93% de los proveedores de servicios (parteras y médicos) en el primer nivel mostró un alto porcentaje de adecuación a las prácticas de acuerdo a la evidencia, en comparación con un porcentaje de 45% en el nivel intermedio y un 0% en el segundo nivel; es decir, en los hospitales generales.

Percepciones de las mujeres en la calidad de atención recibida, de acuerdo a quién atendió su parto:

De manera consistente, más mujeres atendidas por parteras reportaron haber sido expuestas a prácticas basadas en evidencia que las mujeres que fueron atendidas por médicos. Por ejemplo, 42% de los médicos les permitieron deambular libremente durante el trabajo de parto mientras que las mujeres atendidas por parteras reportaron haber hecho lo mismo en un 80%.

Mujeres que recibieron atención en el primer nivel experimentaron con más frecuencia prácticas basadas en evidencia que las mujeres que fueron atendidas en hospitales básicos comunitarios o en hospitales generales, lo cual muestra, una vez más, la importancia del contexto para el desempeño de las parteras y los médicos.

Al medir los niveles de satisfacción en términos de calidad de la información recibida, qué tan bien fueron

tratadas, la duración de las consultas prenatales y si volverían o no al mismo lugar a dar a luz, altos porcentajes de mujeres atendidas por parteras dieron respuestas positivas en comparación con aquellas que fueron atendidas por médicos. Por ejemplo, casi el doble de mujeres atendidas por parteras calificó el trato recibido como excelente (66%) en comparación con aquellas que recibieron atención por parte de médicos (38%). Pero, una vez más, el contexto importa: 75% de las mujeres atendidas en el primer nivel calificaron la atención como excelente en comparación con un 59% de las mujeres atendidas en nivel intermedio y sólo un 28% de las que dieron a luz en un hospital general.

Preguntamos a 40 mujeres multíparas que dieron a luz con médicos y parteras acerca de cuáles eran las ventajas y desventajas de cada uno de estos proveedores. Sólo 2 opinaron que las parteras no presentan ventaja alguna sobre los médicos, mientras que las 24 restantes (63%) opinó que no habían encontrado desventaja alguna. Las ventajas identificadas fueron una mejor atención en todos los aspectos como un buen trato, el haberles infundido mayor confianza y haber recibido mejores explicaciones ante sus preguntas y dudas.

Recomendaciones

1. Difundir ampliamente información y crear campañas y mensajes sobre la buena calidad de atención que proporcionan las parteras y los beneficios que dicha atención conlleva tanto en términos de la satisfacción de las mujeres, como en cuanto a la mejora en los indicadores de resultados en la salud materna y neonatal; mejora que la literatura ha demostrado está relacionada, entre otras razones, precisamente con una atención prenatal, obstétrica y neonatal de calidad.
2. Priorizar la dotación adecuada de recursos humanos y materiales en las unidades de primer nivel y en los hospitales básicos comunitarios para que sea en estos sitios donde se ubiquen los servicios de partería, siempre asegurando la disponibilidad inmediata y cercana de servicios oportunos y efectivos de emergencia obstétrica y neonatal. Esta priorización también contribuirá a asegurar que las parteras ofrezcan el continuo de la atención desde el embarazo hasta el puerperio, beneficiando así el bienestar de las mujeres y sus bebés y mejores resultados en la salud materna y neonatal.



3. Dado que persiste el uso de prácticas que no están basadas en evidencias científicas actualizadas, es conveniente que el Sector Salud difunda las normas, lineamientos y guías de práctica clínica más ampliamente e implemente mayores y mejores mecanismos de supervisión que promuevan la medicina basada en evidencia en la atención materna y neonatal en todos los niveles, incluyendo en los hospitales generales.

4. Promover la adopción de prácticas basadas en evidencia para la atención materna y neonatal en todo el sistema de salud, destacando el papel central de las parteras como proveedoras de dicha atención.

5. Crear campañas y mensajes sobre los beneficios de la atención materna y neonatal basada en evidencia en unidades de primer nivel, destacando aquellos modelos y sitios en México que se caracterizan por su buen desempeño.



BIBLIOGRAFÍA

Lazcano-Ponce, E. et al., Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública Mex*, 2013; 55 suppl 2:S214 - S224.

Population and Reproductive Health Program/Mexico Plan for Capstone Grantmaking 2015-2019, October 2014

John D. and Catherine T MacArthur Foundation. 2015. Terms of Reference for the Provision of Monitoring, Evaluation and Learning Services, Mexico Midwifery Initiative, February 23, 2015

Sachse, M., Sesia, P. et al. 2012. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. En: *Revista CONAMED* 17 (suplemento 1): S4-S15).

LOME Social Networks, www.lome.io

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1985. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Publicada en: *The Lancet* 2(8452):436-437. Traducción ACPAM Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf .

OMS 1996. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica> (consultado 11/06/2016).

Chalmers B, Mangiaterra V y Porter R. 2001. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: Lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto *Birth* 28(3):202-207.

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. 2011 Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Ginebra, Suiza: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño-OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf

