



**INICIATIVA DE LA FUNDACION MACARTHUR
PARA PROMOVER LA PARTERÍA EN MÉXICO
INFORME DE RESULTADOS DE LA LÍNEA DE BASE**

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

Junio, 2017

CONTENIDO

1. SITUACIÓN ACTUAL	1
2. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	4
2.1. Metodología general	4
2.2. Marco legal y normativo	5
2.3. Ecosistema de actores	9
2.4. Programas formativos	12
2.5. Empleo/Inserción	20
2.6. Calidad de la atención	28
2.7. Conclusiones generales	35
3. RECOMENDACIONES	36
3.1. Marco legal y normativo	36
3.2. Ecosistema de actores	37
3.3. Formación	38
3.4. Empleo/Inserción	39
3.5. Calidad de la atención	39

CUADROS E IMÁGENES

Metodología:

Cuadro 1: Las interrogantes de la evaluación	41
Cuadro 2: Actoras entrevistadas ¹	44

Marco legal y normativo:

Cuadro 3: Prácticas basadas en la evidencia científica en la normatividad mexicana	45
--	----

Programas formativos:

Cuadro 4: Formación: Escuelas y programas, 2015	51
Cuadro 5: Consolidación de los programas	52
Cuadro 6: Prácticas basadas en la evidencia científica enseñadas por el modelo	53

Empleo/Inserción:

Cuadro 7: Sitios que emplean parteras	54
Cuadro 8: Descripción de la actividad obstétrica según la unidad de salud	55
Cuadro 9: Calidad de las relaciones con las unidades de salud de referencia	56
Cuadro 10A y B: Índice de prácticas basadas en la evidencia científica por tipo de inserción y unidad de salud	57
Cuadro 11: Proporción de parteras que implementan prácticas basadas en la evidencia científica según nivel de autonomía	58
Figura 1. Prácticas basadas en la evidencia científica aprendidas en la formación vs. implementadas en el trabajo	59
Cuadro 12: Condiciones laborales en unidades públicas de salud	61

Calidad de la atención:

Cuadro 13: Unidades médicas seleccionadas para el área de calidad de la atención	62
Cuadro 14: Características generales de los prestadores de servicios de salud	63
Cuadro 15: Prestadores de servicios por unidad de salud	64
Cuadro 16: Características de las usuarias de los servicios de salud	65
Cuadro 17: Prácticas de atención obstétrica—médicos y parteras	66
Cuadro 18: Prácticas de atención obstétrica—médicos y parteras por tipo	67
Cuadro 19: Proporción de médicas y parteras que usaron prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y parto	68
Cuadro 20: Proporción de médicos y parteras por tipo que usaron prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y parto	68
Cuadro 21: Atención obstétrica recibida—médicas y parteras	69
Cuadro 22: Atención obstétrica recibida—médicos y parteras por tipo	70
Cuadro 23: Proporción de médicas y parteras que usaron las prácticas normativas en la atención prenatal	71
Cuadro 24: Proporción de médicos y parteras por tipo que usaron las prácticas normativas en la atención prenatal	71
Cuadro 25: Prácticas de atención prenatal—médicas y parteras	72

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

Cuadro 26: Prácticas de atención prenatal—médicos y parteras por tipo	72
Cuadro 27: Atención prenatal recibida—médicas y parteras	73
Cuadro 28: Atención prenatal recibida—médicos y parteras por tipo	74
Cuadro 29: Prácticas de atención posparto y neonatal—médicas y parteras	75
Cuadro 30: Prácticas de atención posparto y neonatal—médicos y parteras por tipo	76
Cuadro 31: Proporción de médicas y parteras que usaron las prácticas normativas en la atención posparto y neonatal	76
Cuadro 32: Proporción de médicos y parteras por tipo que usaron las prácticas normativas en la atención posparto y neonatal	77
Cuadro 33: Atención posparto y neonatal recibida—médicas y parteras	78
Cuadro 34: Prácticas de atención prenatal según nivel de atención	79
Cuadro 35: Proporción de prestadores que usaron las prácticas normativas en la atención prenatal según nivel de atención	79
Cuadro 36: Prácticas de atención obstétrica según nivel de atención	80
Cuadro 37: Proporción de prestadoras que usaron las prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto según nivel de atención	81
Cuadro 38: Atención obstétrica recibida según nivel de atención	82
Cuadro 39: Atención posparto y neonatal según nivel de atención	83
Cuadro 40: Proporción de prestadores que usaron las prácticas normativas en la atención posparto y neonatal según nivel de atención	83
Cuadro 41: Atención de emergencias obstétricas y neonatales—médicas y parteras	84
Cuadro 42: Conocimientos para la atención de emergencias obstétricas y neonatales—médicos y parteras	85
Cuadro 43: Atención de emergencias obstétricas y neonatales—médicas y parteras por tipo	86
Cuadro 44. Conocimientos para la atención de emergencias obstétricas y neonatales—médicos y parteras por tipo	87
Cuadro 45. Atención de emergencias obstétricas y neonatales según nivel de atención	88
Cuadro 46. Conocimientos para la atención de emergencias obstétricas y neonatales según nivel de atención	89
Cuadro 47. Satisfacción de las usuarias—médicas y parteras	90
Cuadro 48. Satisfacción de las usuarias con médicos, enfermeras-parteras y parteras técnicas	90
Cuadro 49. Satisfacción de las usuarias según nivel de atención	91
Cuadro 50. Ventajas y desventajas de las parteras	91
Cuadro 51. Ventajas y desventajas de los médicos	92

La Fundación MacArthur, en colaboración con una amplia diversidad de aliadas, sostiene que la partería profesional puede contribuir a incrementar la calidad de la atención en la salud materna en México, fortalecer el primer nivel de atención e incrementar el número de proveedores en la atención primaria de la salud que trabajan en las zonas rurales y de alta marginalidad, donde se concentra la mayor razón de muerte materna del país. Después de décadas de trabajar para mejorar la salud reproductiva, en 2015 la Fundación lanzó una iniciativa final mediante el diseño cuidadoso de un portafolio de acciones enfocadas en la institucionalización de la partería profesional. En este documento se describe la información de la línea de base, obtenida al inicio de dicha Iniciativa.

1. SITUACIÓN ACTUAL

El 96% de los nacimientos en México ocurre en hospitales, principalmente de segundo nivel, muchos de los cuales están saturados, carecen de recursos, personal e insumos y recurren a médicos sobrecalificados para atender un gran número de partos eutócicos. Para muchos expertos en salud materna en México se trata de una situación crítica en que la mayoría de los nacimientos están sobremedicalizados, tal como lo demuestra la tasa de cesáreas que se ubica como la cuarta más alta a nivel mundial y la segunda en Latinoamérica.²

Este escenario se explica a partir de una serie de políticas de facto implementadas entre el 2002 y 2004 que establecía que todos los partos deberían ser atendidos en hospitales. Esta medida, que tenía por objetivo disminuir la razón de muerte materna (RMM) a nivel nacional, implicó una reducción en los apoyos al primer nivel de atención. Entre 1990 y 2014 México logró disminuir la RMM en un 52% hasta alcanzar una razón de 39 por cada 100 mil nacidas vivas. No obstante, no se logró cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio de una RMM de 22 por cada 100 mil nacidos vivos y México aún está lejos de alcanzar la equidad en ofrecer una atención de calidad para todas las mujeres y recién nacidas. La RMM es incluso más alta en los estados más pobres: en 2014, 12 estados tuvieron una RMM superior a la media nacional, de los cuales, los cinco primeros fueron Durango, Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Chihuahua.³ De acuerdo con un marco analítico ampliamente utilizado para encausar los esfuerzos para erradicar las muertes maternas prevenibles,⁴ mientras más mujeres se atienden en unidades médicas en México, la calidad de la atención se convierte en un factor altamente determinante en los resultados obtenidos, especialmente en instalaciones sobresaturadas como los hospitales generales.

Considerando esos retos, la Fundación—en conjunto con diversos aliados—estimó que las condiciones están dadas para lograr incrementar la participación de parteras profesionales en la salud materna y volver a un enfoque de atención donde los partos que no presenten complicaciones se atiendan en el primer nivel de atención, contando siempre con un sistema de referencia ágil, confiable y accesible en casos necesarios. Una transición de esa naturaleza se vería fortalecida por los esfuerzos globales para promover la partería profesional como un medio para asegurar atención obstétrica de calidad para todas las mujeres, tal como lo promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); estos dos últimos con una presencia importante en México. En 2011, la Confederación Internacional de Matronas

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

³ Freyermuth, G. et al. 2016. *Indicadores 2014. Mortalidad Materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México/ Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. *Nota. Los otros estados con razones superiores a la media son Tabasco, Ciudad de México, Yucatán, Veracruz, Oaxaca, Michoacán, Tlaxcala. Morelos tiene la razón más baja 9.1.*

⁴ Souza, J. P. et al. 2014. Obstetric transition: The pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* 121 (Suppl. 1): 1-4.

(CIM), la OMS y el UNFPA dieron a conocer el primer informe sobre el *Estado Mundial de la Partería*. En 2014 ambas agencias publicaron un segundo reporte, en el que solo se daba cuenta de 78 parteras profesionales en México. En este reporte se estimaba que, en México, tan solo se satisfacía el 61% de la demanda de profesionales de la salud disponibles para la atención de la salud materna y se recomendaba una mayor inversión en el desarrollo de la partería.⁵

Estos esfuerzos deben considerar que en México existe una larga tradición de partería originada en la partería tradicional, la cual sigue practicándose en amplias regiones del país. En las décadas 50 y 60 del siglo pasado el Instituto Nacional Indigenista estableció los primeros cursos de capacitación a parteras indígenas en regiones rurales. Estos esfuerzos se retomaron a finales de los años 70 y principios de los 80 por el sistema institucional de salud, el cual inició la capacitación de las parteras tradicionales para la implementación de prácticas seguras, enfatizando el parto limpio y el incremento del acceso a la planificación familiar. Al mismo tiempo a principios de los años 80, la política nacional de salud estaba enfocada en expandir los servicios de salud del primer nivel, incluyendo partos, a través de una presencia creciente de médicos en las zonas rurales.⁶

En cuanto a la partería profesional, en México desde el siglo XIX existían escuelas de partería en el país. En 1945, se forma la Escuela Nacional de Obstetricia y Enfermería (ENEO) de la UNAM, en la cual también se formaban parteras tituladas; fue hasta el 1968 cuando los planes de estudio de la ENEO se actualizaron para incorporar los últimos avances médicos, al mismo tiempo que la carrera de partería había desaparecido y sus funciones habían sido trasladadas a las enfermeras obstetras, tanto diplomadas como de licenciatura. A partir de los años 60 se congelaron las plazas de parteras, y se restringieron sus funciones a asistente al médico, y las enfermeras tomaron su lugar en los hospitales.⁷ A principios de los años 80 todos los programas de diplomado y licenciatura en partería habían desaparecido o habían sido reemplazados por programas de licenciatura en enfermería y obstetricia o enfermería general.⁸

Hacia 1987, el enfoque de riesgo en la salud materna se generalizó gracias a la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos, enfocada en la reducción de la mortalidad materna. Este enfoque continuó en México durante la década de los 90, con énfasis en la promoción de la atención prenatal y la detección de embarazos de riesgo para que fueran canalizados a hospitales para su atención. El Sector Salud continuó capacitando a las parteras tradicionales en prácticas para un parto seguro, a menudo limitando su intervención y sin otorgarles el reconocimiento por sus aportes en el plano cultural o clínico. En 1987, se abrió una clínica privada basada en la atención al parto por enfermeras obstetras con un enfoque interdisciplinario de riesgo. Este programa –CIMIGen– continua operando hasta la fecha con el mismo enfoque integral y actualmente es un eje central en la formación de enfermeras especialistas perinatales.⁹

⁵ Population and Reproductive Health Program/Mexico Plan for Capstone Grant making 2015-2019, October 2014.

⁶ Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. (COPLAMAR). 1982. *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. Volumen 4-Salud. COPLAMAR/Siglo XXI.

⁷ Pérez Cabrera, Iñiga y M^a Cristina Castañeda Godínez. 2012. Antecedentes Históricos De Las Parteras En México. <http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>. (downloaded May 31, 2017).

⁸ Carrillo, A.M. 1999. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 19: 167-190.

⁹ Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, la primera clínica y hospital de maternidad sin fines de lucro para habitantes de bajos ingresos de la Ciudad de México desde 1987. <http://comminit.com/?q=la/node/37725>.

A finales de los 90 inició a prevalecer el enfoque de atención a las emergencias obstétricas. Nuevas investigaciones mostraron que las complicaciones obstétricas podrían surgir en cualquier momento, incluso en embarazos de bajo riesgo. A pesar de no ser predecibles, estas complicaciones podrían manejarse satisfactoriamente teniendo acceso expedito a una atención de emergencias obstétricas calificada.¹⁰ Acorde con su compromiso de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en un 75% para el 2015, a principios de la década del 2000 en México se promovió que todos los bebés nacieran en hospitales donde la atención de emergencia estaba supuestamente siempre disponible.

Mientras se estaba dando este cambio, emergía una corriente contraria. En 1994 surgió CASA¹¹ en Guanajuato; una escuela privada de partería que ofrecía un programa de tres años para formar mujeres jóvenes de comunidades rurales e indígenas en prácticas obstétricas centradas en la mujer. Esta escuela contribuyó a formar un nuevo tipo de personal para trabajar en las comunidades y los centros de salud de primer nivel. En 1997, CASA se convirtió en la primera escuela de partería técnica acreditada en México, y más tarde logró reproducir el modelo en una segunda escuela en Tlapa, Guerrero. Si bien sus graduadas son reconocidas dentro del sistema público de salud con un código laboral específico, su presencia y aceptación en el sector salud ha sido inconsistente en el mejor de los casos y ciertamente menor a lo deseado por los promotores de la partería.

Otros esfuerzos para contrarrestar la tendencia hacia la sobre-medicalización de la atención obstétrica incluyen el trabajo de las parteras autónomas, en su mayoría formadas fuera de México (por ejemplo, en el Colegio Nacional de Partería de Estados Unidos u otros programas), quienes trabajan y forman otras parteras sin reconocimiento oficial del Sector Salud. Aunque conforman un grupo relativamente minoritario, trabajan en diversos estados fundamentalmente en la práctica privada, algunas de ellas a menudo incorporan a su labor prácticas tradicionales y holísticas, además de aquéllas basadas en la evidencia científica.

En años recientes, las promotoras de la partería se han enfocado en la eliminación de lo que en América Latina llaman “violencia obstétrica”,¹² en la necesidad de incorporar un enfoque “humanizado” o, como muchos prefieren llamar actualmente, de “parto respetado” en la atención, al tiempo de concientizar sobre la importancia de ofrecer servicios de calidad a lo largo del continuo de la atención. Este enfoque de mayor continuidad e integralidad puede ser incompatible con la atención de partos eutócicos a nivel hospitalario.

Si bien ha habido avances, se requiere un mayor impulso para alcanzar una atención en salud materna de calidad para todas las mujeres mexicanas. La Fundación MacArthur espera fortalecer este impulso a través de la Iniciativa para Promover la Partería Profesional, la cual constituye la culminación de más de 20 años –de 1990 a 2014– de brindar apoyos en materia de población, de salud reproductiva y salud materna.

¹⁰ Rosenfield, A. and Maine, D. 1985. Maternal mortality-A neglected tragedy. Where is the M in MCH? The Lancet, July 13. [<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC18134.pdf>].

¹¹ Centro de Atención para la Salud de la Adolescente.

¹² A nivel mundial tanto la OMS, la FIGO y otras agencias lo reconocen como “maltrato y falta de respeto”.

2. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

Con el objetivo de obtener información para orientar la Iniciativa, la Fundación MacArthur contrató a un equipo de cuatro evaluadoras con experiencia en el campo de la salud materna y las políticas públicas en México para diseñar e implementar un marco integral de evaluación y aprendizaje, durante un período de tres a cinco años a partir de mayo de 2015. Los hallazgos básicos en este informe representan el primer paso en este proceso. Un segundo informe a principios de 2018 evaluará la eficacia de la Iniciativa para alcanzar sus objetivos trienales.

2.1. Metodología general

Al utilizar un enfoque de evaluación evolutiva (*developmental evaluation*), la metodología de evaluación ha evolucionado junto con la Iniciativa. Con base en los términos de referencia de la evaluación, el equipo realizó entrevistas preliminares abiertas con 20 informantes clave. Las entrevistas abarcaron las cinco áreas temáticas priorizadas por la Iniciativa: actores claves, entorno político y normativo, educación o formación, empleo/inserción de las parteras y calidad de la atención. El equipo recibió retroalimentación sobre las preguntas de evaluación específicas que habían desarrollado por parte de un Comité Asesor de la Evaluación, conformado por 17 expertos en atención materna y neonatal, así como en la promoción de la partería en México. El Cuadro 1 muestra las interrogantes de la evaluación que guiaron todo el esfuerzo de recolección de datos de la línea de base.

Con estos aportes, sumados a los conocimientos previos del equipo en el campo de la salud materna, así como una extensa búsqueda en Internet para identificar escuelas y sitios de empleo, políticas y organizaciones activistas, el equipo diseñó cuestionarios semi-estructurados y encuestas para recopilar datos cuantitativos y cualitativos entrevistando a diferentes tipos de actores. Adicionalmente, se desarrolló un formato de recopilación de datos para la captura de estadísticas institucionales en los sitios de empleo, además de un listado de cotejo de la infraestructura y los recursos materiales y humanos de cada establecimiento de salud. Entre agosto de 2015 y febrero de 2016, el equipo de evaluación recopiló datos de 441 personas en 12 estados incluyendo la Ciudad de México, entre los cuales se encuentran 73 estudiantes de partería y egresadas que fueron encuestadas individualmente o en grupo. Durante las sesiones de entrevista, en ocasiones las evaluadoras aplicaron instrumentos de más de un área temática, ya que muchos actores tienen más de una función o trabajo en el campo. El Cuadro 2 describe las características básicas de los actores entrevistados.

A lo largo del estudio se utilizaron los siguientes conceptos clave:

Parteras. Utilizamos el término "parteras profesionales" o "parteras" para referirnos a las enfermeras (generales, obstétricas y perinatales) que atienden partos, aun si no se identifican a sí mismas como parteras, así como a las parteras técnicas.¹³

Enfermeras-parteras. Para referirnos a las enfermeras que atienden partos, utilizamos el término "enfermeras-parteras". Aun estando conscientes de que no se trata de una terminología común o ampliamente aceptada, es lo mejor que encontramos para englobar a todas las enfermeras (generales,

¹³ Partera técnica es una persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

obstétricas y perinatales) que atienden partos y que en muchos casos utilizan prácticas de partería en su labor obstétrica.

Prácticas basadas en la evidencia científica. Con el objetivo de describir sistemáticamente el tipo de atención prestada y recibida, se elaboró una lista de 20 prácticas basadas en la evidencia científica,¹⁴ 17 de las cuales son apoyadas por la OMS¹⁵ como componentes esenciales de la atención centrada en la mujer, que se ha demostrado que contribuyen a mejorar los resultados de la atención, tanto para la salud de la madre como para el bebé. Dos de ellas son prácticas que reflejan respeto a las diferencias culturales y una representa una práctica importante desde la perspectiva de los derechos de la mujer. Esta lista se utilizó en cada área temática de investigación, y se añadieron prácticas adicionales para el componente de calidad de atención de la evaluación.

Niveles de atención. El "primer nivel" se refiere a centros de salud o clínicas generales, así como clínicas de maternidad que no cuentan con quirófano. El "nivel intermedio" incluye hospitales básicos comunitarios y clínicas de maternidad especializadas que cuentan con quirófano. Por "segundo nivel" nos referimos a los hospitales generales.

2.2. Marco legal y normativo

Una convicción fundamental de la Iniciativa es la necesidad de contar con un entorno favorable en la política pública para lograr una institucionalización perdurable de la partería en el Sector Salud. Por ello, el análisis de la línea de base buscó entender el marco legal y normativo en el que se inserta la partería, así como identificar las percepciones de los tomadores de decisión respecto a los diferentes tipos de partería, los factores que influyen en dichas percepciones y lo que podría contribuir a modificar positivamente sus opiniones.

Metodología: Se documentó el marco que rige la partería –desde los tratados y normas internacionales hasta la Constitución y la Ley General de Salud, así las como Normas Oficiales e Iniciativas estatales específicas– además de entrevistar a 47 funcionarios públicos, 14 de nivel federal y 33 de nivel estatal. Les preguntamos a los entrevistados cuáles son las principales leyes o normas que atañen a la partería hoy en día. Nuestras preguntas se centraron en aspectos que favorecen la institucionalización de la partería en el sistema público de salud, los aspectos que impiden su progreso y qué se necesita para que la partería y/o las prácticas basadas en la evidencia científica tengan pleno respaldo en el marco legal. Además, encargamos una revisión de los medios de comunicación nacionales y estatales de julio a noviembre de 2015 para entender cómo se informa sobre la partería en medios impresos y electrónicos.¹⁶

¹⁴ Estas prácticas son: Acompañamiento continuo a la mujer por una persona de su elección, Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis, Evitar suministro de oxitocina en trabajo de parto, Evitar la ruptura artificial de membranas, Libre deambulacion de la mujer en trabajo de parto, Permitir consumo de líquidos, Permitir consumo de alimentos ligeros, Evitar tricotomía (rasurado público), Evitar aplicación de enemas, Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión, Evitar la episiotomía de rutina, Evitar la maniobra de Kristeller, Apego inmediato madre-recién nacido, Corte retardado del cordón umbilical, Evitar la revisión manual de la cavidad uterina, Evitar el uso rutinario de antibióticos, Evitar la aspiración rutinaria de las secreciones del recién nacido, Respeto hacia prácticas culturales de la mujer, Autonomía de la mujer para tomar decisiones, y Uso de su propia ropa.

¹⁵ Este listado de prácticas promovidas y evitadas se desarrolló a partir de Sachse, M., Sesia, P. et al. 2012. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED* 17 (Supl.1): S4-S15, originalmente desarrollado a partir de WHO, 1985. *Appropriate technology for birth*. *The Lancet* 326(8452): 436-7; Chalmers, I. et al. 1989. *Effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press; and Enkin, M. et al. 2000. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press.

¹⁶ Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), *Monitoreo y análisis de la partería en los medios de comunicación, enero 2016*.

Hallazgos sobre el marco legal y normativo:

El marco legal actual permite a las parteras (enfermeras-parteras, parteras técnicas y parteras tradicionales) trabajar en el Sector Salud, pero no define dónde deben trabajar o qué papel deben desempeñar.

Hasta hace muy poco tiempo, la partería en México estaba en gran medida ausente en la legislación mexicana más allá del reconocimiento del papel de las parteras tradicionales en las zonas rurales e indígenas. En abril de 2016, justo después de la finalización de la recolección de datos para elaborar la línea de base, y luego de una revisión inusualmente prolongada, se publicó una versión actualizada de la Norma Oficial Mexicana 007 (NOM-007) para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,¹⁷ en donde se reconoce por primera vez a las parteras como personal calificado para brindar atención obstétrica de bajo riesgo. La NOM-007 es ampliamente reconocida como el estándar más importante en relación con la salud materna y perinatal; en ella se establecen criterios básicos para la atención médica y su cumplimiento es obligatorio para todo el personal de salud que trabaja en establecimientos públicos o privados.

La Secretaría de Salud había establecido con anterioridad el uso de códigos laborales para enfermeras obstetras especializadas y parteras tradicionales, incluyendo en 2011 a las parteras técnicas, los cuales hicieron posible emplear parteras profesionales en el sistema de salud. Asimismo, el gobierno federal ha asignado recursos limitados para los estados con alta RMM para contratar parteras, no obstante, dichos recursos suelen ser sub-ejercidos y sólo algunos estados utilizan los códigos.

"El sistema de salud debe reconocer a la partería como una prioridad estratégica que puede resolver muchos de los problemas que enfrenta el sistema." (Actor de sociedad civil)

Las modificaciones a la NOM-007 y los códigos laborales existentes son indicativos de un avance hacia un entorno más favorable. Sin embargo, sigue siendo muy difícil para las parteras encontrar un espacio en el actual sistema de salud. Esto se debe principalmente a una preferencia sistémica para atender partos a nivel hospitalario como resultado de la decisión de la Secretaría de Salud ya mencionada, la cual debe ser revocada o modificada.

"El gobierno federal, necesita dar instrucciones a sus directivos y empleados para que contraten parteras y hacer saber a las secretarías de salud estatales que es una opción. Si este impulso proviene del gobierno federal, tendrá mucho más éxito que si se hace de poco a poco en cada estado." (Funcionario público, nivel federal)

Incluso antes de la publicación de la nueva NOM-007, mientras se realizaban las entrevistas para la línea de base, varios funcionarios de la Secretaría de Salud se mostraron abiertos a un modelo de partería para la atención de partos eutócicos en el primer nivel. Sin embargo, el personal médico tendía a creer que las médicas deberían ser quienes atienden todos los partos a nivel hospitalario para que estos fueran seguros. Las consecuencias negativas existentes para el personal médico que se considera responsable de complicaciones innecesarias o muerte materna refuerzan esta creencia, haciendo más difícil que los prestadores de servicios creen que la partería o un modelo alternativo de atención pueda ser una opción deseable, o incluso permisible.

Incluso en aquellos casos en los que existe un programa de partería, la falta de una política clara o de un mandato desde el nivel federal, hace que estas experiencias dependan de la voluntad de algún o

¹⁷ Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.

□ *"Nos hace falta una guía o modelo de atención de partería. A nivel operativo tenemos que acomodarnos con lo que hay. Necesitamos saber claramente dónde, cómo, hasta dónde y qué responsabilidades tiene cada uno. (Funcionario público, nivel estatal)*

algunos actores clave, lo que vuelve a estos programas vulnerables a los cambios de directivos en el gobierno y a las distintas prioridades personales. De la misma manera, la falta de un marco específico hace que las funcionarias de salud interesadas en promover la partería deban encontrar su propia manera de hacer operativa la idea, luchando a

menudo con una serie de requisitos estrictos y la resistencia del personal no convencido.

El marco normativo respalda muchas prácticas basadas en la evidencia científica que caracterizan al modelo de partería, pero existen inconsistencias que dan lugar a interpretaciones y variaciones en la práctica.

El equipo estudió las prácticas basadas en la evidencia científica dentro del marco normativo y encontró una tendencia hacia una mayor incorporación de muchas de ellas en las normas más importantes. Un ejemplo de ello es la Guía de Práctica Clínica de Partos Normales (GPC), un lineamiento clave para orientar las decisiones clínicas y directivas en todos los niveles de atención, la cual fue aprobada en 2014. En el Cuadro 3 se presenta una comparación de cómo las prácticas basadas en la evidencia científica aparecen en los diferentes documentos normativos.

La revisión también descubrió inconsistencias en el lenguaje y enfoque respecto de las 20 prácticas basadas en la evidencia científica, principalmente entre la GPC y la NOM-007. Por ejemplo, la NOM-007 indica a las prestadoras que se debe cortar el cordón umbilical de 30 a 60 segundos después del nacimiento, mientras que la GPC dice que se debe esperar de 1 a 3 minutos hasta que el pulso se haya detenido y la respiración se haya normalizado (siendo ésta una práctica basada en la evidencia científica considerada por el equipo). Aun cuando estas discrepancias puedan parecer triviales, hacen que sea más difícil para las parteras convencer al personal médico de que sus prácticas son seguras y efectivas. La armonización de los procedimientos con las prácticas basadas en la evidencia científica representa una oportunidad para legitimar la partería apoyando aspectos de su práctica.

□ *"Hay muchas normas, pero ¿hasta dónde se aplican? Necesitamos crear entornos habilitantes (...) generar una rendición de cuentas vertical... y un entorno regulatorio mucho más amplio y generalizado." (Funcionario público, nivel federal)*

"Hay tanta resistencia porque no es obligatoria." (Médico/actor de sociedad civil)

La supervisión y aplicación de las normas y lineamientos plantea otro desafío a superar, sobre todo al considerar que las directrices más avanzadas como la GPC son referentes pero no son obligatorias. Esta dificultad para implementar las normas y lineamientos fue evidente en una entrevista con altos funcionarios de dos dependencias del gobierno federal que promueven la capacitación en prácticas basadas en la evidencia científica a nivel estatal. Sus programas se dirigen a los directivos y profesionales a nivel estatal y tienen el objetivo de desalentar el uso de ciertas prácticas (uso rutinario de venoclisis, enemas, episiotomía y exploración rutinaria manual de la cavidad uterina) y alentar a otras (la libre deambulacion durante el trabajo de parto, la eleccion de la posicion al momento de la expulsión y el acompañamiento de una persona de su eleccion durante todo el proceso). En ambos casos, los funcionarios de alto nivel señalaron la dificultad para cambiar los hábitos del personal de sus propias dependencias. Este contraste entre la apertura individual en los niveles superiores y la realidad sobre el terreno refleja la falta de claridad, supervisión y mecanismos de aplicación del marco normativo.

Independientemente de su percepción sobre la partería, los tomadores de decisión tienen conocimientos limitados sobre los diferentes tipos de parteras profesionales, sus habilidades o competencias y lo que hacen o pueden hacer en el entorno de atención.

Si bien la mayoría de los funcionarios públicos entrevistados (33 de 47) expresaron apertura a la partería, el término solía asociarse con las parteras tradicionales y el concepto de partería profesional era menos comprendido. Más de .90 de estos funcionarios no consideraban que las enfermeras obstetras o perinatales fueran parteras. Algunos consideraron inapropiado utilizar la palabra "profesional" para referirse a las parteras técnicas, ya que no tienen un título universitario.

Aquellos que mostraron una percepción positiva sobre las parteras a menudo fueron influidos por sus experiencias personales con parteras (ya sea por haber nacido con una partera tradicional o por haber trabajado con parteras en algún momento de su carrera) o por conocer la evidencia acerca de los modelos de partería de otros países. Y aunque el énfasis en la reducción de la mortalidad materna se ha asociado con la medicalización de los nacimientos a nivel sistémico, encontramos que los funcionarios y prestadores del sector salud en estados como Guerrero, Chiapas y Morelos –donde existen numerosas comunidades aisladas y personal médico insuficiente– son más proclives a ver la partería como parte de la solución. No obstante, incluso quienes están abiertos a la partería tenían preguntas sobre cómo sería un modelo de atención basado en la partería en la práctica y el papel que jugaría cada tipo de personal en ese modelo.

Quienes se mostraron menos receptivos a la partería mostraron falta de información sobre las parteras profesionales (quienes son, sus habilidades o competencias y lo que hacen en un entorno de atención), o falta de confianza en las parteras para brindar una atención segura y calificada. Nadie reportó haber tenido directamente una experiencia negativa con una partera, pero algunas sabían o habían escuchado de médicos que habían sido señalados como responsables de situaciones complicadas que se habían generado bajo el cuidado de una partera.

"¿Por qué cambié mi percepción? Porque [con las parteras] la mujer está mejor acompañada y hay menos intervenciones y menos trabajo para los ginecólogos. Si los ginecólogos aprenden a trabajar con las enfermeras-parteras sería mejor... pero no quieren porque el proceso de parto toma más tiempo... La mayoría de las pacientes tienen una evolución normal y las enfermeras-parteras son capaces de atenderlas. Proporcionan un buen cuidado y refieren a las mujeres de forma oportuna.... es hermoso. Todos los ginecólogos deberían venir a ver el trabajo aquí. Abrieron mi perspectiva, mi mente." (Ginecobstetra, maternidad)

El monitoreo de medios¹⁸ nos da una idea de por qué esta información y desconfianza son tan extendidas. La partería como concepto apenas aparece en los medios, permitiendo que estas percepciones erróneas continúen sin ser cuestionadas. Los mensajes que se registran tienden a reforzar la fuerte asociación de la partería con las parteras tradicionales y la aparente vinculación con el importante pero polémico tema de la "violencia obstétrica". Las actitudes favorables entre las

"Tenemos parteras con conocimientos (adquiridos a través de la experiencia)... es importante que haya una unidad de certificación para proporcionar más certeza, para validar las competencias". (Funcionario público, nivel federal)

mujeres usuarias de servicios y los altos funcionarios gubernamentales que encontramos en el estudio están en gran medida ausentes en los medios de comunicación.

La certificación es un tema polémico en la comunidad de parteras; algunas temen que se convierta en una

¹⁸ El análisis de medios de CIMAC cubre siete de los periódicos de mayor influencia y siete portales a nivel nacional, así como cuatro medios impresos y cuatro medios electrónicos de cuatro estados: Hidalgo, Morelos, Oaxaca and Tlaxcala.

herramienta de control del *establishment* médico. No obstante, también encontramos un apoyo considerable de diversos actores, incluyendo a muchas parteras profesionales quienes creen que es absolutamente necesaria para proteger tanto a las usuarias como a las propias parteras, así como para construir una mayor credibilidad para la partería.

2.3. Ecosistema de actores

La investigación examinó de cerca el ecosistema de actores e instituciones que influyen en la agenda de la partería en México para entender sus logros y los obstáculos que enfrentan. La estrategia de la Fundación prioriza el apoyo a los promotores que ayudan a fortalecer la partería profesional, a quienes considera actores fundamentales para avanzar hacia la institucionalización de la partería en el sistema de salud. Dado el momento oportuno para impulsar un cambio sistémico, hoy más que nunca es importante que estos promotores estén preparados para informar e influir en el debate, y así impulsar el cambio en la agenda de la política pública.

Metodología: Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 20 actores del sector no gubernamental en la Ciudad de México y en ocho estados; se trata de representantes de la sociedad civil, la academia, agencias multilaterales y sus donatarios, así como profesionistas que trabajan directa o indirectamente en el ámbito de la partería, ya sea a favor o en contra de su práctica. El objetivo de estas entrevistas era identificar a los actores principales en la configuración de la agenda de la partería en 2015. Identificamos también sus fortalezas y desafíos como líderes y promotores, las agendas que impulsan, las relaciones que han construido para impulsar dichas agendas, así como a aquellos cuyas voces se encuentran sub-representadas.

Además de las entrevistas individuales, se utilizó una aplicación de mapeo electrónico (www.es.lome.io) como una forma complementaria de documentar la profundidad y la naturaleza de la red pro-partería en la actualidad. Si bien el mapa de esta red está diseñado para crecer de manera orgánica, enviamos una invitación inicial a todos los beneficiarios de la Fundación MacArthur e integrantes del Comité Asesor de la Evaluación para iniciar sistemáticamente el proceso. El equipo de evaluación repetirá la invitación periódicamente y medirá las características del mapa de la red a medida que se vaya desarrollando, como una manera de registrar los cambios o la profundización de las relaciones en el campo de la partería.

Hallazgos sobre el ecosistema de actores:

El ecosistema de la partería está compuesto por diversos intereses y perspectivas que enriquecen considerablemente el campo, pero representan un desafío para el surgimiento de una agenda cohesiva capaz de impulsar un cambio.

El ecosistema de la partería está compuesto por diversos actores que trabajan para promover modelos de atención basados en la evidencia científica en los cuales la partería representa una alternativa importante para el cuidado de los embarazos de bajo riesgo, aunque no todos promueven la partería *per se*. Varias personas hicieron hincapié en que su objetivo es definir nuevos modelos de atención en los que las mujeres-informadas y empoderadas para tomar decisiones acerca de su propia experiencia de parto estén al centro. Existen diversos términos para describir este paradigma alternativo, entre ellos "parto humanizado", "parto digno", "atención centrada en la mujer", "parto libre" y "parto respetado", cada uno con su propio conjunto de protagonistas y detractores. En este informe en

ocasiones se usa el término "parto humanizado" porque es el término usado con más frecuencia por los profesionales en el terreno, pero reconocemos que no es universalmente aceptado. Más allá de títulos y terminología, nuestro mapa del ecosistema está compuesto por actores que promueven un modelo de atención basado en el conocimiento científico y prácticas basadas en la evidencia científica que son compatibles con un enfoque de partería.

Las parteras están en el centro de nuestro ecosistema dado su potencial para fungir como motor de cambio. Ellas han logrado avances importantes abriendo escuelas y desarrollando sitios de práctica de partería con un apoyo político limitado y muchas veces enfrentando el escepticismo del *establishment* médico. Aun cuando algunas personas que definimos como parteras o enfermeras-parteras— específicamente enfermeras obstetras y perinatales— no se consideran a sí mismas como tales, las incluimos en este grupo debido a su dedicación a un modelo de práctica de "partería" no medicalizado centrado en la mujer. Al igual que otras parteras profesionales, su persistencia y compromiso están ayudando a cambiar mentalidades y demostrar lo que es posible.

Aunque no todas las parteras están interesadas en trabajar dentro del sistema médico, prácticamente todas se ven afectadas cuando se cuestiona la legitimidad de su oficio, cuando la hostilidad del personal médico dificulta la referencia o cuando se les niegan los certificados de nacimiento para los partos que atienden.

El potencial de las parteras para influir en un cambio a nivel de política pública es significativo, pero podría incrementarse si se superan las tensiones subyacentes al debate de quién es una partera y quién no. Estas tensiones solo acrecientan la brecha de información entre las tomadoras de decisión acerca de quiénes son las parteras, qué cambios en las políticas son importantes y qué se necesita para lograr dichos cambios.

□ *"Este argumento sobre quién es más partera nos está afectando. No beneficia a las parteras ni a las madres, sólo beneficia a los ginecólogos." (Partera/actor de sociedad civil)*

□ *"Incluso ellos, las parteras, no pueden decirnos lo que es una partera..." (Funcionario público. nivel federal)*

La agenda de la partería también es delineada por organizaciones y redes de la sociedad civil que promueven y brindan apoyo programático a diversos actores dentro del contexto de trabajo en áreas de salud y derechos sexuales y reproductivos, aborto, reducción de la mortalidad materna y desarrollo de liderazgos.

El mayor desafío al que se enfrentan este grupo de actores, así como las parteras antes mencionadas, es la falta de cohesión o colaboración —a veces hasta tensión— entre los subgrupos. Lo que podría ser una voz fuerte y unificada que promueve la práctica de la partería parece convertirse en un cúmulo de voces separadas que discuten acerca de quién es o quién no es una partera, lo que a su vez refuerza el malentendido prevaeciente entre los tomadores de decisiones acerca de quiénes son las parteras y qué quieren.

□ *"Este debate entre Licenciadas en Enfermería Obstétrica (LEOs) y parteras es tenso. (Debemos) encontrar una, dos o varias áreas en común, de verdad en común; juntarse como un solo bloque o actor. Aún no lo hemos logrado... avanzamos sin consenso. Terminamos aún más fragmentadas y generando resentimientos entre los actores que estamos hoy." (Académico/actor de sociedad civil)*

La comunidad de investigadores es un grupo pequeño pero muy activo de actores que ha contribuido a posicionar la partería en la agenda pública y a informar el debate, muchas veces trabajando cercanamente en colaboración con organizaciones de la sociedad civil y otros activistas. La falta de

información sobre la partería en México sigue siendo enorme, trayendo consigo una serie de mitos y percepciones erróneas. Estos investigadores pueden jugar un papel vital en el futuro centrando sus estudios de manera más directa en la situación actual de la partería en México y haciendo más visibles sus hallazgos en apoyo de una agenda de cambio a nivel social y en la política pública.

Dependencias de gobierno como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural (DMTySI), ambas dependientes

de la Secretaría de Salud, promueven aspectos específicos de la partería dentro de sus propios programas y en colaboración con otros. La fortaleza de esos actores gubernamentales como parte de la agenda pro-partería radica en su capacidad para apoyar nuevas iniciativas y modelos de atención que pueden generar un cambio a mayor escala en el sistema de salud. Nuestros datos muestran que incluso al interior de estas dependencias las percepciones sobre la partería varían y no todo el mundo está convencido de que deba ser parte de un nuevo modelo de atención. Además, encontramos un nivel sorprendentemente limitado de diálogo y coordinación entre dependencias y una influencia igualmente limitada a nivel estatal.

□ *"Me parece que... la Secretaría de Salud obviamente no es un actor homogéneo. No es un actor que está convencido... es un actor con contradicciones internas. "(Actor del sector no gubernamental)*

Las agencias multilaterales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y fundaciones privadas como MacArthur y Kellogg juegan un papel importante en la promoción de la agenda de la partería a través del diálogo con actores de alto nivel, financiando estudios, la promoción y desarrollo de experiencias piloto y la difusión de las mejores prácticas y logros a nivel internacional. Muchas promotoras identifican a estas instituciones como líderes clave en la materia, destacando específicamente al Grupo Intersectorial para el Impulso de la Partería (GIIP) como un importante espacio de diálogo y colaboración. No obstante, varios entrevistados sentían que el GIIP no era tan inclusivo como ellos querrían que fuera para que pudiera ayudar a formar alianzas estratégicas con profesionales de la partería.

Entrevistamos a varios médicos defensores de la partería o que abogan por un modelo de atención compatible con la práctica de la partería. Varios de estos últimos explicaron que el énfasis no debería estar en "quién" proporciona la atención, sino en "cómo se da la atención", sea por parteras u otras profesionales que sigan prácticas humanizadas centradas en los derechos y las elecciones de las mujeres. Otras apoyan abiertamente la incorporación de las parteras en el sistema de salud y exponen las ventajas que esto supondría. Todos enfatizan que el lenguaje de confrontación no ayuda a fomentar la colaboración.

En el estudio no se identificó una oposición organizada a la partería, pero se encontró personal médico cuyas actitudes individuales van desde el escepticismo hasta el rechazo directo de las parteras como personal calificado. La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) tiene una enorme influencia en el campo de la práctica a nivel nacional y el potencial de influir en las escuelas médicas a través de sus miembros y su junta directiva. Aunque la FEMECOG no se opone activamente a la partería, sus líderes demostraron un conocimiento limitado y un prejuicio significativo sobre la formación y las competencias de las parteras técnicas y tradicionales. Los sindicatos también representan un poderoso obstáculo potencial, dada su gran influencia en la práctica clínica y las funciones de los diferentes tipos de personal.

La red de partería, si bien diversa, se caracteriza por una baja densidad e interconectividad, sobre todo entre organizaciones activistas y profesionales.

El mapeo LOME¹⁹ provee información adicional sobre la profundidad y naturaleza de la red. Durante el levantamiento de la línea de base, 85 organizaciones o instituciones (y algunas personas) se registraron como integrantes de la red de partería y se enumeraron 133 relaciones entre grupos (un promedio de 1.6 por cada miembro), lo que denota una baja densidad y conectividad.

Se preguntó a los integrantes de la red cuáles de sus relaciones implicaban "información y asesoría", "colaboración" y / o "compartir recursos". Los resultados mostraron que compartir "información y asesoría" era la forma predominante de interacción, seguida de "colaboración". Las relaciones que las usuarias clasificaron como el "compartir recursos" técnicos y financieros eran poco frecuentes.

El mapa electrónico también muestra dos constelaciones de actores y relaciones bastante separadas. Por un lado, están las activistas y organizaciones internacionales y del otro lado las instituciones que representan a las enfermeras-parteras y parteras técnicas; existen pocos vínculos entre ambos grupos. No obstante, no existen indicios de que esta distancia obedezca a tensiones o diferencias de opinión.

La importancia de los resultados del mapeo de LOME se ve limitada dado que esta herramienta sólo captura las relaciones que se reportan. Esto significa que si alguien realiza múltiples entradas y pide a muchos aliados que se unan, es probable que aparezca como un nodo de actividad más importante. Incluso con este sesgo, la cartografía proporciona una imagen importante del ecosistema de la partería durante el levantamiento de la línea de base y en momentos subsecuentes cuando crezca. Esto confirma que la red tiene un amplio margen de mejora y mayor colaboración.

2.4. Programas formativos

Antecedentes: La Fundación busca construir y ampliar las opciones educativas para las parteras profesionales que estén oficialmente acreditadas y ofrezcan servicios de alta calidad, lo cual incluye diversas opciones para satisfacer de manera anticipada la demanda de servicios de partería. La Fundación también ha apoyado la creación de redes y actividades formativas con programas autónomos de partería que sean de alta calidad. En consecuencia, este reporte describe los programas existentes de partería técnica y de enfermería obstétrica y perinatal, así como los programas formativos de la partería autónoma; describe sus fortalezas y debilidades, el número y tipo de estudiantes matriculadas y las prácticas enseñadas durante la formación teórica y clínica.

Metodología: El estudio se centró en programas educativos para enfermeras obstetras y perinatales, parteras técnicas y parteras autónomas para la atención de partos. No estudiamos a programas que ofrecen talleres para las parteras tradicionales, porque no se tratan de programas de educación formal. Sin embargo, reconocemos su importancia para atender partos, brindar servicios, enseñar a otras y para la vinculación de las comunidades con el sistema institucional de salud.²⁰ También

¹⁹ Es una herramienta de mapeo de redes organizacionales. <https://www.lome.io/#/organizational-network-analysis>

²⁰ Las parteras tradicionales aprenden sus habilidades de otras parteras en una relación de maestra a aprendiz. Desde hace casi treinta años, las instituciones estatales y federales de salud han "capacitado" parteras tradicionales, organizando talleres mensuales o periódicos, en algo que puede considerarse como educación continua para la detección y manejo de riesgos, así como otras prácticas de salud (higiene y parto limpio, etc.). Por ejemplo, el IMSS Prospera y la Dirección General de Medicina Tradicional y Salud Intercultural tienen programas para capacitar a parteras tradicionales.

excluimos los programas de enfermería obstétrica que no requieren que las estudiantes atiendan un número mínimo de nacimientos para graduarse.

Basándonos en una extensa búsqueda en Internet y en la aportación de actrices y asesoras clave, desarrollamos una lista de más de 60 programas que mencionan la atención obstétrica o neonatal en sus materiales de difusión. Eliminamos todos excepto 11 después de verificar que no incluyen capacitación en atender partos. Estos 11 programas incluyen cuatro programas de capacitación académica, cuatro programas independientes de formación y tres residencias de enfermería perinatal. Entrevistamos a 17 directoras de programas, subdirectoras y coordinadoras clínicas, la mayoría de las cuales también son profesores. También entrevistamos a cinco directores de hospitales que reciben estudiantes, así como funcionarias estatales que coordinan o apoyan programas de formación.

Los hallazgos presentados aquí resumen el número y tipo de programas educativos de partería y los modelos de partería que enseñan, su acreditación institucional y certificación de parteras, así como una evaluación de la consolidación de cada programa y su potencial de expansión en el contexto mexicano.

Programas: (Ver Cuadro 4)

Programas de Partería Técnica (2 programas con 80 estudiantes)

Las parteras técnicas son formadas en un programa de bachillerato técnico de tres años que les exige atender por lo menos 80 partos. Actualmente, ambos programas han sido reconocidos como programas educativos oficiales al haber obtenido su Registro de Validación Oficial de Estudios (RVOE) por una comisión conjunta encabezada por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud.

Programas de Licenciatura (2 programas con 171 estudiantes)

Hay dos modelos de licenciatura para la formación de parteras en los que las estudiantes aprenden a atender partos mediante práctica clínica: (a) una Licenciatura en Enfermería Obstétrica (LEO) y (b) una Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería (Cruz Roja).

a) Licenciatura en Enfermería Obstétrica (LEO) (150 estudiantes): La Escuela Superior de Enfermería Obstétrica (ESEO) del Instituto Politécnico Nacional (IPN) cuenta con 150 estudiantes de Licenciatura en Enfermería Obstétrica en instalaciones de última generación en su campus de la Ciudad de México. Las estudiantes deben atender 100 partos para graduarse, aunque no todos sus sitios de campo clínico les permiten hacerlo. El programa de la ESEO ha sufrido recientemente una transformación importante para ampliar los estudios obstétricos de uno a dos semestres y se añadió un semestre de ginecología y dos o más cursos de autocuidado.²¹ Al prepararse para este énfasis ampliado en la atención de partos, el cuerpo docente de la ESEO recibió formación adicional en el Programa de Especialidad en Enfermería Perinatal (EEP) de la Escuela Nacional de Enfermería Obstétrica (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con un campo clínico en CIMIGen. El de la ESEO es uno de los modelos de formación más grandes y estables, debido a que recibe recursos de la Secretaría de Educación Pública.

²¹ Ver el mapa curricular de la LEO de la ESEO-IPN [http://www.eseo.ipn.mx/Documents/MAPA_CURRICULAR0CA7.PDF].

b) Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería (Cruz Roja, Morelos) (21 estudiantes): En 2015, los Servicios de Salud del Estado de Morelos, en colaboración con la Cruz Roja, fundaron la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería en el que las estudiantes comienzan la práctica clínica en hospitales, clínicas comunitarias y centros regionales de salud en su primer semestre (otoño de 2015).

Especialidad en Enfermería Perinatal (EEP-UNAM) (3 sitios con 40 estudiantes)

El programa de especialización de posgrado de la UNAM para Licenciadas en Enfermería es una residencia clínica en perinatología con un año de duración, diseñado para brindar experiencia clínica complementaria a la Licenciatura en Enfermería General u Obstétrica. Los acuerdos con clínicas y hospitales se negocian anualmente, dependiendo de la disponibilidad de las instalaciones y del acceso a la experiencia clínica de atención de partos. La UNAM actualmente cuenta con seis centros para campo clínico en la Ciudad de México y los estados de México, Morelos y Guerrero,²² pero éstos ofrecen diferentes niveles de experiencia en la atención de partos. Por esta razón, sólo se incluyeron en la línea de base los tres sitios que sí, permiten la atención de partos en campo clínico y cada sitio es considerado en el reporte como un programa separado.²³

Programas autónomos de formación en partería (4 programas con 26 estudiantes)

Se estudiaron los programas formativos de cuatro organizaciones dirigidas por parteras autónomas: Nueve Lunas (Oaxaca), Luna Maya (Chiapas), Luna Maya (Ciudad de México) y Osa Mayor (Quintana Roo). Estos programas suelen tener relaciones individuales de enseñanza-aprendizaje con una partera practicante y duran hasta tres años. Nueve Lunas en Oaxaca es una excepción al formato de aprendizaje individual, en el que se capacitan hasta 20 estudiantes al mismo tiempo. Nueve Lunas también se refiere a su modelo como *partería en la tradición* y hace hincapié en técnicas de la práctica de partería tradicional contando con reconocidas parteras tradicionales como instructoras. Sin embargo, sin certificación en México, y en muchos casos sin el reconocimiento del sistema de salud mexicano, estas parteras practican casi exclusivamente con pacientes del ámbito privado. Incluso sin la acreditación oficial, Nueve Lunas reporta que las competencias que enseñan cumplen con las normas internacionales, incluyendo el desarrollo de habilidades y los requisitos de campo clínico de atender por lo menos 50 (y hasta 95) partos.

Un caso especial: El programa de enfermería obstétrica de la UNAM (ENEO) es un caso especial que no se incluyó en este estudio ya que, cuando se realizó el levantamiento de la línea de base, no se requería atender un número determinado de partos. La página electrónica de la escuela describía las habilidades que las estudiantes adquirirían sin mencionar la atención de partos: "...los alumnos no solo pueden interactuar con los profesionales del equipo de salud sino también prestar cuidados de enfermería a personas sanas o enfermas. Las practicas comunitarias son uno de los campos de la salud pública y representan la oportunidad de formarse en la prevención y promoción de la salud como uno de los atributos fundamentales del egresado".²⁴ La falta de este requisito fue confirmada en entrevistas con las directoras; no obstante, encontramos a varias egresadas de la ENEO atendiendo partos en los sitios de inserción que visitamos.

²² CIMIGen, Hospital General de México, Maternidad Atlacomulco, Hospital General de Taxco, Hospital del Niño Morelense, Instituto Nacional de Perinatología [<http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/>]. Estos difieren de los sitios encuestados para la línea de base.

²³ Debido a conflictos de programación no pudimos entrevistar el tercer sitio, y por lo tanto solo tenemos información parcial sobre éste, aunque sigue aproximadamente el mismo modelo que los otros dos.

²⁴ Descripción sintética del plan de estudios, Licenciatura en Enfermería y Obstetricia UNAM-ENEO [https://escolar1.unam.mx/planes/e_enfermeria_obstetricia/Enf.pdf] El programa incluye el cuidado integral durante el parto, manejo obstétrico y urgencias. Las entrevistas con los directores y las comunicaciones de seguimiento no aclararon el contenido del entrenamiento o la práctica obstétrica.

El programa de la ENEO tiene un gran potencial a corto plazo para las enfermeras obstetras que egresan con la formación para atender partos toda vez que un nuevo plan de estudios con un enfoque obstétrico reforzado y perspectiva de género entró en vigor en 2015. Su primera generación se graduará en 2018.

Hallazgos sobre la formación:

Se espera que el número de graduadas de partería aumente, pero se requiere un incremento considerable para satisfacer la demanda futura.

Las 317 estudiantes matriculadas en los cinco modelos de formación en 2015 son un buen comienzo, pero no se acercan a las necesidades proyectadas. Si el objetivo es que las parteras atiendan el 20% de los 2,400,000 nacimientos anuales de México (es decir, 480,000 nacimientos) México necesita por lo menos 2,700 parteras profesionales (basándose en la estimación de la OMS de que cada partera puede atender 175 nacimientos anuales²⁵). Se necesitan muchas más parteras si se busca un mayor porcentaje de partos atendidos por parteras (por ejemplo 60 a 70%, como es el caso de Chile y Perú, países que han institucionalizado con éxito la partería profesional).

El número de parteras profesionales podría quintuplicarse en los próximos cinco años, sobre todo porque el Programa de Enfermería Obstétrica de la Universidad Nacional Autónoma (ENEO-UNAM) implementa su nuevo plan de estudios; eso es, si las estudiantes obtienen experiencia práctica en la atención de partos. Con 2000 estudiantes matriculados, la ENEO-UNAM podría graduar hasta 400 estudiantes por año para el 2017. Otros 17 programas de enfermería obstétrica afiliados que utilizan el mismo plan de estudios que el ENEO-UNAM podrían duplicar este número.

Se prevé la apertura de nuevos programas de partería para 2017 en Michoacán y Oaxaca. El programa de Oaxaca, basado en el plan de estudios CASA, se inauguró a principios de 2016. También se estaban realizando esfuerzos adicionales para abrir un programa en Michoacán. Se proyecta que éstos tendrán hasta 20 estudiantes cada uno en programas de tres a cuatro años, los cuales pueden formar hasta 40 parteras calificadas al año.

Si se abren nuevos programas de partería técnica y los programas de enfermería obstétrica (incluyendo el de la ENEO-UNAM y sus afiliados) se amplían y cuentan con campos clínicos adecuados, para el año 2017 México podría producir 840 parteras cada año, lo que permitiría responder de manera creciente a una mayor demanda de servicios de partería profesional en la próxima década.

Es necesario considerar una serie de restricciones en la aceptación de nuevas estudiantes, como son: (1) falta de espacio físico, (2) falta de campos clínicos y (3) los altos costos, un bajo apoyo en becas y un mercado laboral desfavorable o incierto para las estudiantes y egresadas. Muchos programas tienen un cupo limitado y carecen de recursos para su expansión, además se ven limitados por la falta de disponibilidad de campos clínicos que permitan a las estudiantes realizar prácticas obstétricas. Las estudiantes tienen limitaciones en lo que pueden pagar, especialmente cuando esperan trabajar en comunidades rurales donde se pagan bajos salarios. Algunas no pueden solicitar a programas privados (por ejemplo, el de la Cruz Roja) a menos que se les garantice una beca. Las estudiantes no pueden

²⁵ World Health Report 2005. [Make every mother and child count](#). WHO, Geneva.

entrar a una carrera profesional de partería dada la falta de puestos de trabajo, los bajos salarios y la falta de seguridad en el empleo. Los programas de enfermería perinatal (EEP) son residencias clínicas post-universitarias de un año de donde egresan parteras profesionales; sin embargo, con un año o más, las estudiantes podrían estudiar una carrera de medicina en México, lo que podría hacer que la opción de la carrera de partería sea potencialmente menos atractiva.

Se necesitan más programas educativos acreditados, estables y con docentes especializados en partería para formar suficientes parteras y satisfacer así la demanda a futuro.

Acreditación de los programas: Todos los programas de formación académica institucional tienen reconocimiento oficial como programas educativos a nivel estatal o federal, o pronto lo tendrán. La CIFRHS, una comisión conjunta de las Secretarías de Educación Pública y de Salud, emite recomendaciones técnicas hacia la acreditación de todos los programas académicos (excepto los programas autónomos).²⁶ Se evalúan los programas de educación superior en salud y la CIFRHS emite recomendaciones técnicas, mientras que la SEP otorga finalmente el RVOE.²⁷ Para cumplir los criterios del RVOE, el personal docente debe tener títulos profesionales en los campos apropiados; las instalaciones deben cumplir con los requisitos de seguridad e higiene, el programa debe cumplir con sus propios criterios pedagógicos; y los planes de estudios deben ser sólidos, entre otras cosas.²⁸ Recientemente (2014) la CIFRHS creó un subcomité para la revisión de los programas de formación de partería, un avance importante para la emisión de las recomendaciones técnicas favorables a estos programas, lo cual es el primer paso hacia su acreditación como programas de formación en salud.²⁹

Certificación como partera: La CIFRHS también emite recomendaciones técnicas en cuanto a los procesos y mecanismos de certificación para las distintas profesiones de trabajadores de la salud³⁰ y, al igual que para la acreditación de los programas, los comités interinstitucionales son encabezados por enfermeras generales.³¹ Las enfermeras se certifican a través de exámenes nacionales para estudiantes graduadas de programas de licenciatura. Hasta ahora la partería profesional no se menciona como profesión en el listado y criterios de certificación de la SEP.³²

Docentes: A pesar de que hay programas que enfrentaron dificultades en persuadir parteras profesionales para que se mudaran a su estado para enseñar, nadie mencionó una *falta* potencial de personal docente; el obstáculo más bien es la acreditación oficial de los programas. Por lo anterior, parece que hubiera suficientes parteras profesionales para enseñar a las estudiantes, sobre todo bajo el modelo mexicano en el que los profesores combinan la docencia de medio tiempo con la práctica profesional. Los programas autónomos y aquéllos de licenciatura que no son de enfermería, muchas veces se ven impedidos para contratar a sus egresadas al no tener ellas el reconocimiento antemencionado del RVOE (el requisito de acreditación de los programas establece que el personal docente debe tener títulos profesionales en los campos de estudios específicos). Un avance importante

²⁶ Secretaría de Educación Pública. SALUD. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [<http://www.cifrhs.salud.gob.mx/>].

²⁷ Ver Secretaría de Educación Pública [<http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/>], y [<http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/jspMarcoNormativo.jsp>].

²⁸ La UNAM y otras instituciones importantes tienen procesos internos para proponer, aprobar, modificar y evaluar programas de educación.

²⁹ Secretaría de Educación Pública. Salud. 2014. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/COMITES_CIFRHS_2014.pdf].

³⁰ Secretaría de Educación Pública. SALUD. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [<http://www.cifrhs.salud.gob.mx/>].

³¹ Secretaría de Educación Pública. SALUD. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/COMITES_CIFRHS_2014.pdf].

³² Secretaría de Educación Pública. SALUD. Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las Carreras de Enfermería [http://enarm.salud.gob.mx/documentacion/criterios_esenciales/120228_criterios_esenciales_enfermeria_v1.pdf].

sería establecer un sistema para certificar a las parteras profesionales como trabajadoras en el ámbito de la salud para que puedan ser reconocidas oficialmente como docentes y para que los programas cumplan con los requisitos de acreditación necesarios.³³

La mayoría de las docentes tienen contratos laborales variables y complejos. Para obtener el reconocimiento oficial del RVOE, es necesario que las profesoras e instructoras tengan un título profesional específico al campo de estudio.

Los grandes programas de enfermería obstétrica en la Ciudad de México, que tienen el mayor potencial de crecimiento, cuentan con una gran cantidad de personal certificados para ejercer la docencia en sus programas.

El programa de Nueve Lunas en Oaxaca es muy ilustrativo: sus parteras instructoras no tienen título profesional como estipulan los requisitos de acreditación de los programas de formación. Por esta razón, la COFEPRIS³⁴ a nivel estatal –el organismo de la Secretaría de Salud que supervisa el cumplimiento de la normatividad vigente– las obligó a cerrar su página electrónica y no les permite promoverse como programa de formación en partería, sólo como “introducción a la partería”. No obstante, ya han formado 34 parteras y siguen siendo el programa que más parteras autónomas forma en México.

Clasificamos los programas de acuerdo a su nivel de consolidación (ver Cuadro 5) basándonos en las entrevistas con sus directoras, de acuerdo al número de estudiantes, estabilidad fiscal, reconocimiento, propiedad de los inmuebles y equipo. Bajo este esquema, los programas autónomos resultan menos consolidados porque tienen menos estudiantes, sus espacios son prestados o rentados y sus recursos insuficientes o variables. Uno de los programas de enfermería obstétrica fue calificado como el más consolidado debido a su gran número de estudiantes, fuentes seguras de financiamiento federal, así como instalaciones y equipo permanentes.³⁵

Los planes de estudio de los diferentes programas formativos se beneficiarían al tener un tronco común de competencias básicas, al mismo tiempo que se respete la diversidad de opciones educativas.

Los cinco modelos de formación en partería (partería autónoma, enfermería obstétrica, enfermería perinatal, partería técnica, y licenciatura en salud reproductiva y partería) comparten como requisito un mínimo de 40 partos para graduarse (ver Cuadro 6). En todos ellos, se enseña a las estudiantes la mayoría de las prácticas basadas en la evidencia científica recomendadas a nivel teórico en las aulas. Los programas autónomos y de partería técnica enseñan todas o la mayoría de las prácticas basadas en la evidencia científica. Los programas de enfermería obstétrica son más variables, se enseñan sólo 11 de las 20 prácticas basadas en la evidencia científica que evaluamos. Como se informó anteriormente,

³³ Además de su cumplir con el plan de estudios, todos los estudiantes de educación superior en México están obligados a dar un servicio social de un año, coordinado por la Asociación Nacional de Instituciones de Educación Superior (ANUIES) (ver Cantón, A. and Ramos, E. 2013. Mandating Service: Mexico's National Requirement. *AAUP* Fall 2013, Vol. 16, No. 4 [<https://www.aacu.org/diversitydemocracy/2013/fall/see-ramos>] para un resumen en inglés), aunque cada institución tiene sus propios requisitos para completar el servicio. Un estudiante que ha completado todos los requisitos para el grado, así como su servicio social obtiene el título profesional de la Secretaría de Educación Pública.

³⁴ Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

³⁵ Como ya se ha descrito, el programa de enfermería obstétrica de la UNAM tiene un currículo modificado y aprobado con un enfoque obstétrico reforzado y perspectiva de género. Se espera que este programa se convierta en uno de los más fuertes una vez que se gradúe la primera generación de enfermeras que han estado expuestas al nuevo plan de estudios en 2018, incluyendo con la experiencia clínica de atender partos. De este programa se graduarán hasta 400 enfermeras obstetras calificadas por año.

los datos muestran que los programas de licenciatura en enfermería obstétrica—que son los más consolidados y en mayor posibilidad de crecimiento—en general no enseñan de la manera más consistente las prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica. Es importante reforzar la enseñanza de un tronco común de competencias basadas en la evidencia científica en los programas existentes, los nuevos y los que están en expansión. Se requiere alcanzar un consenso entre los programas en torno a un contenido mínimo de competencias que servirá de base para un sistema de certificación aplicable a las parteras de diversos programas.

Los planes de estudios de los programas formativos en general contemplan las prácticas basadas en la evidencia científica recomendadas por la Confederación Internacional de Matronas, sin embargo, hay deficiencias en la práctica clínica y faltan contenidos con enfoque de derechos y perspectiva de género en los planes de estudios, lo cual representa un obstáculo para lograr una formación adecuada.

Aun teniendo planes de estudio adecuados, los sitios de campo clínico a menudo impiden que las estudiantes apliquen los aprendizajes adquiridos en el aula. Las estudiantes que realizan sus rotaciones clínicas en hospitales que no adoptan prácticas basadas en la evidencia científica deben aprender e implementar prácticas que le han enseñado que se deberían evitar. El personal médico en algunos sitios de campo clínico interpretan el hecho que las estudiantes de partería deban trabajar bajo supervisión médica para no permitirles practicar lo que les han enseñado. En la actualidad hay muy pocos sitios que implementan modelos de atención basados en la evidencia científica que permitan satisfacer la demanda de mayores oportunidades educativas.

Por último, la mayoría de los programas mencionan la cultura, los derechos y la perspectiva de género en sus publicaciones, pero muy poco se lleva a la práctica. Pocas estudiantes se identifican como indígenas y hay muy pocas clases o docentes que enseñen la diversidad cultural y la existencia de prácticas etno-obstétricas prevalentes en el país.

▣ *"Las competencias de ICM no mencionan características culturales; la partera debe conocer, respetar y proteger la cultura de las mujeres. En México hay muchas culturas y la partera tiene que entender que las mujeres viven en una estructura familiar con valores culturales que son importantes para ellas, cualesquiera que sean". (Partera autónoma)*

"No hay consideración [de la cultura] en contextos indígenas, a pesar de que el término 'interculturalidad' es difundido, no existe en la práctica, las necesidades de las mujeres no se toman en cuenta". (Actor de sociedad civil)

Los programas de partería autónoma ofrecen más contenidos culturales y con enfoque de derechos que los demás. En Oaxaca, Nueve Lunas, con 20 estudiantes en 2015, tiene el mayor potencial para formar parteras autónomas. En su programa, al que llaman "partería en la tradición", incorporan prácticas de parto humanizado y con base en la evidencia científica, siguiendo estándares internacionales, además de incluir elementos centrados en la mujer, culturales y espirituales, con énfasis en las técnicas de la partería tradicional, usando parteras tradicionales reconocidas como instructoras. Se necesitan planes y programas que sean diversos y plurales, para satisfacer los derechos y necesidades culturales de las mujeres.

Sería benéfico tener mayor diversidad regional y sensibilidad cultural en los programas educativos, dado que la mayoría de ellos están concentrados en el centro del país (CdMx, Morelos, Guanajuato) mientras que la necesidad es mayor en los estados con mayor mortalidad materna.

En cuanto al género y etnicidad, pocas docentes son indígenas (aunque uno de los programas ofrece clases en náhuatl) y al menos la mitad de las clases son impartidas por mujeres. Únicamente los

programas de partería técnica y el de Nueve Lunas tienen un número significativo de estudiantes indígenas.

La Ciudad de México podría ser un lugar clave para fortalecer la formación en partería pues tiene el mayor número de programas y estudiantes de enfermería obstétrica: actualmente hay un total de 150 estudiantes (aproximadamente 40 egresadas al año) en la ESEO-IPN y potencialmente 2,000 (cerca de 400 egresadas por año) en el renovado programa de la ENEO-UNAM. Aunque el centro de México actualmente concentra el mayor número de estudiantes de partería, un 30% se encuentra en programas técnicos y autónomos de los estados de Oaxaca (con 20 en Nueve Lunas) y Guerrero (con 60 en la Escuela de Tlapa).

Las estudiantes y profesores aman su trabajo a pesar de la fragmentación, la falta de comunicación y la eventual tensión entre los modelos de formación y el personal médico.

Existen divisiones entre programas y entre modelos que van desde la falta de información sobre los otros hasta una hostilidad manifiesta. A menudo, las directoras ignoraban o reprobaban lo que se hacía en otros programas. Al preguntarles por otros programas o si en ellos se enseñaban prácticas basadas en la evidencia científica y tenían el entrenamiento clínico adecuado, a menudo respondían que no sabían. Algunos reconocieron lo nocivo de esta actitud.

“(Las parteras autónomas) son ilegales” (Director de escuela)

¿Conocen las enfermeras obstétricas las competencias de la ICM? “No sé, nunca he enseñado a enfermeras obstétricas.” (Partera autónoma)

“Una cosa que me molesta es esto de decir que las parteras técnicas son las chidas y que las enfermeras obstétricas no son auténticas parteras. Esto nos afecta a todos...” (Partera autónoma)

Las directoras y estudiantes con quienes hablamos aman su trabajo a pesar de los enormes retos que enfrentan. Estos retos consisten en un estrés constante relacionado con el programa debido a la incertidumbre laboral, bajos salarios, falta de prestaciones y muchos viajes; incertidumbre financiera al no saber cuándo o si llegará el presupuesto para el año siguiente; exigencias clínicas al atender pacientes con serios problemas de salud y económicos, además de tener que cubrir turnos nocturnos que los médicos rechazan, todo ello en un reiterado contexto local de violencia. Por ejemplo, el director de una escuela técnica nos habló de una mujer con hemorragia cuyo marido no quería llevarla a la clínica porque no quería manchar su camioneta con sangre. El incesto, matrimonio infantil y la violencia doméstica son comunes en algunas áreas.

El sector educativo en partería profesional en México cuenta con personas altamente motivadas y capacitadas, dedicadas a formar tanto a las parteras técnicas como a las enfermeras-parteras en un modelo de atención basado en la evidencia científica. Estos son los cimientos para la ampliación de los programas de formación en el futuro. Por ejemplo, una de las residencias de enfermería perinatal está compuesta por estudiantes que son enfermeras obstétricas que trabajan en un hospital regional. Ellas saben que su plan de estudios no les traerá un salario más alto o la posibilidad de implementar lo que han aprendido; incluso están dispuestas a trabajar en instituciones que realizan prácticas no recomendadas (por ejemplo, cesáreas innecesarias), insensibilidad cultural (refiriéndose a las mujeres

indígenas como "ignorantes") y que a veces sub-registra la mortalidad materna, diciendo "lo hacemos por amor a la camiseta."

2.5. Empleo/Inserción

Antecedentes: La línea de base buscaba saber cuántos, dónde y en qué tipo de entornos se emplean las parteras, así como qué tanto apoyo existe en su entorno laboral, cómo se integran a las actividades cotidianas y qué tipo de atención se les enseñó y se les permite brindar.

Metodología: Nos enfocamos en las parteras profesionales que trabajan en instituciones públicas de salud que atienden mujeres de ingresos medios y bajos, además de dos establecimientos privados que atienden una población similar. Registramos todos los sitios de empleo mencionados en las entrevistas preliminares y los identificados en Internet y a través del muestreo de oportunidad. Esta muestra no incluye a las parteras profesionales que practican sin una interacción establecida dentro de las instituciones públicas de salud.

Entrevistamos 51 parteras, 16 directoras y personal de alto nivel, así como 22 médicos en un total de 15 sitios de inserción. Solicitamos y recibimos las estadísticas oficiales sobre el número y tipo de parteras que atienden partos, sus condiciones de empleo y el número de partos atendidos en 11 de estos 15 sitios y obtuvimos datos estadísticos parciales del resto durante las entrevistas.

Hallazgos sobre el área de empleo:

Actualmente hay más parteras trabajando en el sector público de lo originalmente estimado pero el número es mucho menor del requerido para revertir el déficit de personal disponible.

La Fundación tenía un estimado inicial de 100 parteras profesionales trabajando en el sector público. Hallamos 15 sitios en los que 187 parteras profesionales atienden partos: 14 enfermeras generales, 81 enfermeras obstetras, 49 enfermeras especialistas perinatales, 18 enfermeras-parteras de servicio social, 19 parteras técnicas y seis parteras técnicas de servicio social.³⁶ Siete sitios (cuatro de primer nivel, uno intermedio y dos hospitales de segundo nivel) emplean enfermeras-parteras; un centro de salud de primer nivel emplea enfermeras-parteras y parteras técnicas (incluyendo una tradicional) y siete sitios emplean exclusivamente parteras técnicas; seis de ellos son hospitales públicos y uno es una maternidad privada (Ver Cuadro 7).

En nueve de los 15, las parteras trabajan como parte de un programa institucionalizado de partería con un mandato institucional explícito de proveer atención centrada en la mujer por medio de parteras (marcados con un* en el cuadro). En el resto, el trabajo de las parteras es un fenómeno aislado sin un compromiso institucional explícito con la partería o un modelo basado en la evidencia científica. De las cincuenta y un parteras entrevistadas, 40 trabajan en programas institucionalizados y 11 en contextos aislados.

³⁶ Este total no incluye a una partera técnica que actualmente está trabajando en una unidad de la Secretaría de Salud en Chiapas, la cual es financiada por una organización privada sin fines de lucro, ya que no es empleada del propio sistema de salud. Dada la inestabilidad del empleo, suponemos que hay probablemente una docena de parteras insertadas en circunstancias aisladas que no fueron mencionadas por ninguno de nuestros informantes.

Los programas institucionalizados de partería actuales pueden servir como modelos dignos de ser replicados, pero sólo después de que se solucionen los múltiples desafíos que enfrentan.

Baja productividad – Como se aprecia en el Cuadro 8, incluso los programas institucionalizados de partería tienen un bajo número de embarazadas que acuden por atención obstétrica y un gran porcentaje de éstas son referidas a hospitales de segundo nivel para atender su parto (se refieren de 40% a 81% de los partos en cinco sitios). Las parteras que trabajan en hospitales generales atienden un bajo porcentaje de los partos que ahí se realizan.

Cincuenta de las 51 parteras entrevistadas dijeron que fácilmente podrían atender más partos; de ellas, 29 dijeron que se debía al bajo número de pacientes que dan a luz en su institución. La razón de esta baja productividad se debe fundamentalmente a que pocas mujeres acuden al lugar, o las que acuden por atención prenatal son referidas a establecimientos de segundo nivel, ya sea por preferencia, resistencia del personal médico o por presentar las mujeres factores de riesgo según los algoritmos de riesgo utilizados a nivel estatal. Al menos uno de los instrumentos utilizados para el *triage* de riesgo contempla factores sociales y económicos que no parecen justificar la referencia a un hospital (por ejemplo, que la mujer reporte que su embarazo no fue planeado) y se nos dijo que se ha realizado poca investigación para perfeccionar el instrumento y hacerlo más selectivo sin perder efectividad y relevancia para cada estado y cada contexto institucional.

Otro factor mencionado por nueve parteras es la cobertura parcial en los turnos. Cuando no hay parteras en todos los turnos –a veces están solo en uno– es difícil brindar atención para un parto natural dado que el trabajo de parto suele durar más que un turno. En cinco casos –todos situados en instituciones de enseñanza– las parteras mencionaron el exceso de otro tipo de personal, sobre todo médicas residentes, a quienes se les da prioridad para “practicar” la atención de partos.

En algunos casos escuchamos que otras de las razones por las que las mujeres prefieren atenderse en un hospital es porque son enviadas a casa durante el trabajo de parto y ya no regresan o porque tienen acceso a otros servicios si se atienden en un hospital.

*"Había una mujer embarazada que estaba planeando dar a luz aquí... pero [la enviamos] a casa durante el trabajo de parto y decidió dar a luz en el hospital ya que así puede obtener una cita para su bebé con un pediatra y aquí en el centro de salud sólo puede ver a la enfermera perinatal y a un médico general."
(Enfermera perinatal, centro de salud)*

Estos programas podrían ampliar el número de partos atendidos por parteras, generando una mayor demanda y reduciendo el número de referencias innecesarias al nivel hospitalario. Se necesitan estrategias de difusión más eficaces para atraer a más mujeres en edad reproductiva de las zonas de captación de los sitios de inserción de parteras existentes. También es urgente actualizar los instrumentos de *triage* del riesgo para hacerlos más selectivos y precisos.

Sistemas precarios de referencia – Las unidades de primer nivel de atención sufren comúnmente de falta

*"... se refieren muchas mujeres al hospital general por razones innecesarias. La demanda no es alta. Si la mujer tiene un factor de riesgo, la enviamos al hospital general, por ejemplo, si tuvo una cesárea anterior o debido a su edad."
(Enfermera obstetra, maternidad)*

*"... la productividad es tan baja porque los mandamos a casa a descansar y luego no vuelven, otros quieren anestesia o cesárea..."
(Enfermera perinatal, maternidad)*

de equipo, incluyendo la disponibilidad de ambulancias, así como relaciones tensas con los hospitales de referencia. De 11 sitios sin capacidad para atender urgencias, solo dos tenían una ambulancia en funcionamiento y una buena relación con el hospital de referencia. El resto debe llamar a ambulancias particulares y/o se enfrentan

con diversos grados de rechazo cuando llegan a las unidades hospitalarias de referencia, como se ilustra en el Cuadro 9.

Sin sistemas eficaces de referencia, el temor por las complicaciones seguirá afectando a las parteras, muchas de las cuales prefieren referir a una paciente antes de asumir el riesgo de una eventual complicación, sobre todo porque carecen de respaldo oficial en caso de presentarse alguna. En uno de los sitios escuchamos lo contrario: las enfermeras perinatales no podían obtener autorización del médico en turno cuando tenían traslados de emergencia.

Retos para su replicación – Varios estados tienen planeado replicar programas institucionalizados de partería en otros sitios y un estado planea emplear a parteras técnicas en clínicas centinelas de primer nivel. Así pues, tal parece que la replicación ocurre a medida que los modelos se dan a conocer, por lo que el éxito de los programas actuales y futuros estará en riesgo si estos retos y deficiencias no se corrigen.

El entorno en el que trabajan las parteras determina en gran medida que, si puedan brindar una atención de calidad, implementando prácticas basadas en la evidencia científica, con enfoque de derechos humanos y sensibilidad cultural. Las parteras deben poder contar con entornos propicios para contribuir a una mejor calidad de la atención.

El entorno laboral es determinante para que las parteras puedan brindar una atención centrada en la mujer. En general, solo un tercio de las parteras lleva a cabo las 14 prácticas basadas en la evidencia científica que analizamos; una proporción de .58 de las parteras que trabajan en programas institucionalizados de partería ejercen todas o casi todas las prácticas basadas en la evidencia incluidas en el estudio, mientras que solo el .18 de quienes trabajan en lugares de contratación aislada lo hace (Cuadro 10).

En tan solo tres sitios todas las parteras reportaron de manera consistente el uso de prácticas basadas en la evidencia científica, en el resto había inconsistencia en su uso entre las parteras o una menor proporción del uso general de estas prácticas.

La autonomía con que se permite a las parteras brindar atención está fuertemente asociada con el tipo de programa en el que ellas trabajan. De acuerdo con nuestra medición de la autonomía en el contexto laboral, 38 reportaron tener una alta autonomía y 13 una baja autonomía en la toma de decisiones y apoyo en el trabajo de equipo.³⁷ El nivel de autonomía que tiene una partera está relacionado con el tipo de prácticas que emplea, como se muestra en el Cuadro 11.

¿Por qué algunas parteras realizan prácticas que se supone que no forman parte de los servicios de partería? Investigamos si en su formación reportaron haber aprendido prácticas centradas en la mujer o no y qué prácticas realizan en su trabajo. Como ya informamos, de acuerdo con las directoras de escuelas, a las parteras técnicas

"Tuve que aprender a atender partos en posición ginecológica. Tuve que aprender a reparar episiotomías, especialmente cuando trabajaba con ginecólogos residentes. Hay mucha presión ya que te interrogan mucho y no hay mucha libertad..."(Partera técnica, hospital)

"Aquí aprendí sobre el parto humanizado y estoy tratando de aplicarlo. En mi capacitación, me enseñaron el cuidado de parto hospitalario. Me gusta más el enfoque humanizado."(Enfermera obstetra, maternidad)

³⁷ Las parteras que indicaron que siempre o casi siempre son la principal persona responsable o que trabajan en un equipo horizontal y equitativo con otras parteras fueron calificadas como altamente autónomas. El resto trabaja bajo supervisión directa de un médico o en un equipo jerárquico con médicos y se calificó como de baja autonomía.

suelen enseñárseles más prácticas idóneas que a las enfermeras-parteras. El análisis de lo que las parteras reportan haber aprendido y que pueden emplear confirma los hallazgos que muestra la Figura 1. Las parteras técnicas reportan haber aprendido prácticas basadas en la evidencia científica de manera más consistente que las enfermeras-parteras, pero una vez en los sitios de empleo un menor número podía aplicarlas. Es importante recordar que diez de las 14 parteras técnicas trabajan en entornos hospitalarios sin el respaldo de otras parteras o fuera de un programa institucionalizado de partería.

Lo contrario sucede con las enfermeras-parteras: a un menor número se le enseñó el uso de prácticas basadas en la evidencia científica, pero una vez en su entorno laboral –usualmente programas

"... ya hemos visto que no hay necesidad de venoclisis, ni episios. Hemos visto que funciona bien, es por eso que hay estudios y guías de práctica clínica que describen estas nuevas prácticas. Todo está en la guía de práctica clínica ". (Enfermera perinatal, maternidad)

"... Cambié mucho durante el entrenamiento de la especialidad [perinatal]. Me volví más consciente sobre el embarazo y la maternidad... cómo actuar mejor; a nivel personal a través de mucha auto-reflexión, buscar el equilibrio interno... Fui a congresos y foros. (Enfermera perinatal, centro de salud)

institucionalizados de partería– un mayor número podía realizar las prácticas recomendadas. Un entorno de trabajo que es pro-partería tiende a fomentar la adopción de prácticas basadas en la 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.

Un entorno habilitante puede por lo tanto estimular el uso de buenas prácticas, mientras en un entorno opuesto se pueden requerir prácticas no basadas en la evidencia científica. De 29 parteras entrevistadas que explicaron sus razones para un cambio de prácticas, 15 mencionaron haberlas aprendido en el sitio o de algún mentor. Trece parteras reportaron haberlas aprendido de las propias mujeres y al observar los buenos resultados obtenidos con las “nuevas” prácticas basadas en la evidencia científica. Específicamente, 11 mencionaron que su visión cambió durante su especialización perinatal. Ocho parteras mencionaron asimismo que la lectura de literatura científica, incluida la Guía de Práctica Clínica de Partos Normales de la Secretaría de Salud, así mismo la participación en conferencias y cursos fortaleció su conocimiento y disposición de realizar más prácticas humanizadas. En general se mostraron entusiasmadas por la oportunidad que les brinda el trabajar en dichos entornos, así como un alto nivel de iniciativa para demostrar que lo que hacen produce buenos resultados.

Un menor número de parteras técnicas realiza prácticas basadas en la evidencia científica respecto de las enfermeras obstetras o perinatales. Es necesario considerar el contexto laboral para entender esta discrepancia. Una partera técnica formada en y convencida de los beneficios de las prácticas humanizadas describió la situación y la presión para medicalizar su práctica, incluyendo problemas de infraestructura, protocolos institucionales y un elevado número de pacientes. Ella se ha acostumbrado a realizar episiotomías dado que las mujeres dan a luz en mesas de expulsión que producen desgarros perineales que se deben prevenir, además utiliza oxitocina para acelerar el trabajo de parto pues hay muchas mujeres esperando para dar a luz. Ella se cambió al turno nocturno ya que el ginecobstetra de ese turno apoya su trabajo y ellos, junto con varios residentes e internos atienden cerca de ocho partos cada noche.

No obstante, cuatro personas entrevistadas comentaron que la formación de las parteras técnicas parece ser deficiente, y por lo mismo, parte del problema. Por ejemplo, el director de un hospital donde realizan sus prácticas comentó: “Las parteras (técnicas) [...] tienen una capacitación deficiente al

grado que solo les permitimos atender cuatro o cinco partos bajo supervisión de un ginecólogo cuando les toca su rotación aquí.”

Otra persona que ha formado y trabajado con parteras técnicas en un entorno hospitalario dijo que: “Las estudiantes salen con muchas deficiencias, no saben cómo evaluar pacientes, escribir historias clínicas y en general parecen asustadas de practicar la partería...”

Estos comentarios no deben ser ignorados y no contradicen los hallazgos que indican que las parteras técnicas tienen una formación más consistente en prácticas no invasivas. Aun así, es posible que su formación presente algunas deficiencias técnicas –como se aprecia en los datos sobre calidad en la atención que se presentan a continuación– y éstas las vuelven más vulnerables en entornos más escépticos u hostiles en los que trabajan.

Las condiciones del mercado laboral en que trabajan las parteras son desfavorables y carecen de recursos suficientes.

Como se muestra en el Cuadro 12, cerca de la mitad de las 187 parteras tiene contratos temporales o simplemente no tienen contrato, principalmente las enfermeras-parteras (48%) y las parteras técnicas (72%). Treinta y cinco por ciento de las enfermeras perinatales no tiene contrato. Las parteras técnicas suelen ser empleadas de acuerdo con el código correspondiente, las enfermeras-parteras son empleadas como enfermeras generales³⁸ limitando no solo su potencial salarial sino también la descripción de su puesto. Eso puede ser una forma de evitar que las enfermeras-parteras atiendan partos. Los salarios son más bajos que los estipulados por la ley. Más de la mitad (63%) tiene prestaciones incompletas o simplemente no tiene.

"Hay un código para las parteras profesionales (a las que llamamos técnicas) –esto es un gran triunfo– con un salario equivalente a una enfermera obstetra. Sin embargo, no tenemos suficiente dinero en el presupuesto para contratarlas. Necesitamos más fondos y necesitamos que sean [cantidades fijas] ". (Funcionario gubernamental estatal)

"Ella [una partera técnica] debería ser capaz de conservar su puesto como partera y deberían pagarle bien. Ella gana una quinta parte de lo que ganan las enfermeras y trabajan cinco veces más. "(Ginecobstetra, hospital)

Estas cuestiones son importantes para las parteras. Cuando se les preguntó qué cambios les gustaría ver en su situación laboral, 23 de 51 parteras dijeron que querían un salario proporcional a sus habilidades y formación y un código que corresponda al hecho de que son parteras. Nueve parteras añadieron que quieren ser capaces de hacer lo que se les enseñó a hacer y no estar limitadas por la descripción de su puesto.

"Yo quiero cambiar mi código. Estamos contratadas como enfermeras generales, nivel C. No hay código para especialistas perinatales. Sólo tengo un contrato de seis meses... no tenemos puestos fijos. Es porque somos enfermeras. "(Enfermera perinatal, maternidad)

En términos de productividad, es muy difícil saber cuántos partos atienden las parteras, con excepción de los programas institucionalizados de partería. En contextos

hospitalarios, los partos atendidos por parteras se registran bajo el nombre de un médico, a menudo el jefe del turno, quien tiene que firmar y asumir la responsabilidad debido al protocolo del hospital. Esto es motivo de gran preocupación para algunos médicos de que los hagan responsables de problemas que se

"... la cuestión legal, es el médico quien tiene que firmar. Si algo se complica... a nivel legal es el médico quien firma. Esto es algo que tendría que cambiar. "(Ginecobstetra, hospital)

³⁸ En las entrevistas, algunas enfermeras-parteras nos dijeron que son contratadas como auxiliares de enfermería aún cuando sus plazas no fueron reportadas así en el formato de datos estadísticos institucionales. Este nivel de contratación fue confirmado por otras personas.

iniciaron bajo el cuidado de una partera.

Incluso en programas institucionalizados de partería, las parteras a menudo enfrentan una falta de conocimiento, desconfianza y hostilidad por parte de los médicos y algunas enfermeras generales. También hay una falta de claridad sobre el papel que deben desempeñar y si pueden atender partos normales en el primer nivel.

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 hacia ellas. Como se mencionó anteriormente (Cuadro 7), en siete de ocho unidades 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.

"... todavía no tenemos el espacio físico, nos culpan por las complicaciones, hay celos profesionales y es difícil trabajar aquí en estas condiciones". (Enfermera obstetra, hospital)

"... es una lucha tener que estar mostrándoles todo el tiempo que las enfermeras pueden hacerlo, estar siempre bajo escrutinio. Si uno comete un error, están por todos lados. Si estuviéramos más unidos con el resto del personal en el centro de salud sería mucho mejor." (Enfermera perinatal, maternidad)

"... no tenemos suministros, medicinas, incluso las cosas más esenciales para poder trabajar... a nivel estatal todavía no tenemos apoyo". (Enfermera perinatal, centro de salud)

"... somos criticadas por los doctores" (Partera técnica, hospital)

Cuarenta y tres parteras reportaron aspectos negativos de su trabajo además de sus inconformidades relacionadas con la falta de seguridad laboral antes descrita. Por mucho, el aspecto más mencionado por 20 parteras (14 enfermeras perinatales, 3 enfermeras obstetras y 3 parteras técnicas) es lo que algunas llamaron celos profesionales, culpa, miedo y malos entendidos, que se traducen en la falta de apoyo y a veces obstrucción por parte del personal médico, algunas enfermeras y en general, por el sistema de salud en su conjunto. La segunda queja más común, reportada por 11 de las parteras, fue la falta de infraestructura y equipamiento, que en algunos casos resultó ser bastante dramática.

Otras fuentes de insatisfacción mencionadas por cuatro o más parteras fueron: la falta de respaldo legal y seguro de responsabilidad civil profesional, falta de práctica en la atención de partos, demasiadas prácticas invasivas y falta de reconocimiento del trabajo que realizan, y en algunos casos específicos, tensiones entre el equipo de parteras.

"Debe haber normas que estipulen lo que pueden y no pueden hacer. No escuchan los consejos médicos. Están usurpando el espacio en nuestra clínica. Restrigen nuestra enseñanza a los residentes médicos que son de mayor prioridad y los partos que atienden toman demasiado tiempo." (Médico, clínica de primer nivel de atención)

Con frecuencia las médicas reportaron no entender lo que las parteras pueden o no hacer, especialmente en el primer nivel de atención, donde el personal médico no está seguro de quién puede atender partos, incluyendo en el caso de los médicos.

A pesar de estas tensiones, varias parteras se sienten inspiradas, apasionadas y entusiasmadas con su trabajo; 28 de ellas hablaron –con gran entusiasmo– de la oportunidad de

"... puedo cumplir con mi perfil profesional, respetamos la integridad de la mujer. Ella es libre de expresarse y hacer lo que quiere, tenemos un buen equipo de trabajo." (Enfermera perinatal, hospital)

"... la forma en que trabajamos, prenatal, nacimiento seguro, respetuoso, el padre puede estar allí. Se van muy felices porque no sufren la violencia obstétrica que ocurre en otros lugares". (Enfermera obstetra, hospital)

proporcionar los servicios para los cuales fueron formadas, especialmente de poder brindar una atención humanizada. Veintitrés mencionaron la relación con las mujeres y la oportunidad de escuchar sus necesidades y respetar sus derechos. Un buen ambiente de trabajo en equipo, la posibilidad de tomar decisiones de forma autónoma y el orgullo y reconocimiento por hacer un trabajo altamente calificado fueron mencionados por entre seis y ocho parteras.

Al preguntar si se sienten o no parte de un movimiento de partería, volvimos a captar este sentimiento de inspiración y dedicación. Muchas de las enfermeras-parteras entrevistadas no se identifican con el término "partera", al que tienden a asociar con las parteras tradicionales por lo que usualmente debíamos explicarles que también nos referíamos a las enfermeras-parteras y parteras técnicas. Además, muchas no respondieron en términos de afiliación a un movimiento organizado, pero se refirieron a su propio esfuerzo de promoción de prácticas más humanizadas. Sin embargo, 44 dijeron ser parte de un movimiento de promoción de la partería, e incluso las que respondieron que "no eran parte", compartían la visión de promover mejores prácticas en la atención ofertada.

*"Yo no me considero una partera... pero soy parte de un movimiento por el parto humanizado. Yo lo promuevo, lo llevo a cabo y creo, contribuyo, puedo ayudar a lograrlo."
(Enfermera obstetra, maternidad)*

*"Estoy a favor de ello y lo promuevo en mi práctica, pero no pertenezco a ningún grupo".
(Enfermera perinatal, centro de salud)*

*"...sí. Porque estamos luchando por algo que nos gusta, no nos conformamos, es una lucha, lo podemos hacer, estudiar es importante, la partería como tal se asocia con personas de bajos ingresos, donde se transmiten conocimientos a través de generaciones".
(Enfermera perinatal, maternidad)*

*"Tenemos el conocimiento, nos relacionamos más y mejor con los pacientes. Sería muy útil promover más este modelo en México."
(Enfermera obstetra, maternidad)*

Estas actitudes positivas también fueron percibidas por 11 de 15 autoridades de unidades de salud quienes comentaron que las parteras contaban con una buena formación y eran competentes, entusiastas y sumamente dedicadas.

Existen algunos esfuerzos promisorios para promover una interacción respetuosa con las parteras tradicionales cuyo éxito requiere constancia.

En siete de los estados que visitamos,³⁹ las autoridades de salud hablaron de manera entusiasta sobre los programas con "sus" parteras tradicionales y con frecuencia mencionaron a las parteras tradicionales cuando se les preguntaba sobre toda la gama de prestadoras no-médicas de atención obstétrica. Ésta fue la expresión que tuvimos que usar repetidamente para lograr que se refirieran a las parteras técnicas y enfermeras-parteras.

Estos programas tienen en común un interés en capacitar y certificar parteras tradicionales para que utilicen siete prácticas clave para atender partos de manera limpia y segura. Lo más común es que se les pida u obligue a registrar mujeres embarazadas y referirlas a servicios de salud de primer o segundo nivel, según su perfil de riesgo, el cual se les enseña a las parteras tradicionales a valorar. En todos los casos, esto se hace sin mediar un pago y con mínimos

*"... y la persecución. Porque ellos [el personal de salud] amenazan a las parteras, 'si atienden un parto las vamos a multar'... A las mujeres les dicen 'si vas con una partera, te quitamos tu apoyo o 'no la vamos a atender en el centro de salud.'"
(Activista de la sociedad civil)*

³⁹ Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tlaxcala, Morelos, Veracruz y Estado de México.

incentivos. También se les dan formatos que deben entregar a las mujeres para que posteriormente puedan registrar a sus hijos. En algunos estados como Tlaxcala se les ha enseñado a las parteras tradicionales a suministrar anticonceptivos, incluyendo DIUs; este es el único estado en el que observamos un esfuerzo colaborativo en el que las enfermeras perinatales acuden a la casa de las mujeres embarazadas a solicitud de la partera tradicional para brindar apoyo.

De manera reiterada escuchamos testimonios de tensión entre las parteras tradicionales y el personal médico quienes las hacen sentir que no son bienvenidas y son acusadas de obrar mal, a veces amenazando con represalias en caso de que las mujeres decidan dar a luz con ellas.

Esta clase de pensamiento es muy extendido en el sector público, pero es frecuentemente criticado por los promotores de la partería que ven un valor intrínseco en el conocimiento y prácticas de la partería tradicional.

"... en varios proyectos... se menciona a las parteras tradicionales, pero solo de una manera utilitaria. En otras palabras, todo el mundo quiere incluirlas... pero ¿cómo?... nadie les va a pagar, como siempre, nadie va a reconocerlas o respetarlas, simplemente las van a usar para que los profesionales de la salud sean aceptados en la comunidad y para llevar a las mujeres al centro de salud para la atención... no es justo... yo les digo 'bien, si no creen en las parteras tradicionales, déjenlas solas, no se aprovechen de ellas si realmente las respetan.'" (Actor de sociedad civil)

En Puebla se han creado 15 sitios con un Módulo de Medicina Tradicional dentro de las instalaciones de un hospital general. Las parteras tradicionales están de guardia en el Módulo y pueden atender partos allí, sabiendo que, si ocurre una emergencia, la paciente podría ser referida instantáneamente al hospital. Sin embargo, no se atendieron partos en el módulo de Cuetzalan el año pasado, sólo se ha atendido uno en los cinco años de operación. El personal de la Secretaría de Salud describió otros 14 sitios en el estado diseñados bajo el mismo modelo. Hasta ahora pocos partos han sido atendidos en los Módulos, debido en parte a la falta de apoyo del personal del hospital, así como desincentivos económicos que pueden representar un obstáculo. Las parteras tradicionales reportan que pueden ganar más dinero atendiendo mujeres en casa que en el Módulo y que si refieren a una paciente al hospital ya no reciben sus honorarios.

Solo uno de estos sitios ha reportado seis nacimientos entre diciembre de 2015 y febrero de 2016, según se informa, gracias al completo respaldo del personal del hospital al modelo que incluye parteras tradicionales. En los otros sitios, el respaldo es inexistente o se desarrolla lentamente.

Por ello, queda claro que se requiere comprender y considerar una amplia gama de factores para que las parteras tradicionales logren una interacción más cercana con las parteras profesionales y el *establishment* médico.

2.6. Calidad de la atención

Antecedentes: En conjunto con sus aliadas, la Fundación considera que confiar en parteras profesionales altamente calificadas conducirá a una atención materna y neonatal de mayor calidad, más centrada en la mujer y de menor costo, contribuyendo así a una disminución sostenida de la mortalidad y morbilidad materna en México. Para que esto suceda, las parteras necesitan integrarse con éxito en los servicios de salud, utilizar prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica y seguir de cerca los marcos normativos de la atención prenatal, del puerperio y del recién nacido. Si pueden trabajar en centros de salud donde se les permite hacer su trabajo dentro de un entorno

habilitante, ayudarían a evitar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, especialmente las derivadas de la sobre-medicalización que ocurre en los hospitales. También pueden ayudar a detectar y prevenir problemas durante el embarazo, el posparto y en el recién nacido, ya que pueden proporcionar el continuo de la atención, si se les permite hacerlo. Demostrar que las parteras brindan una atención de alta calidad es un paso esencial para aumentar la demanda de las mujeres por sus servicios y para obtener el apoyo de los tomadores de decisión en la política pública y de los profesionales médicos para su implementación en el sistema de salud.

Metodología: El equipo de evaluación se basó en la definición de la OMS de calidad de la atención,⁴⁰ la cual incluye competencias técnicas e interpersonales, así como condiciones sistémicas en la organización de las unidades de salud. La definición también incluye el derecho de la mujer a recibir estos servicios de manera segura, eficaz, socialmente aceptable, económicamente accesible y satisfactoria.

Con base en los datos de las entrevistas de inserción, se seleccionaron 12 sitios en los que había una o más parteras profesionales formalmente empleadas y en el que el número de partos atendidos era suficiente para encontrar mujeres que habían dado a luz con parteras o médicos. En dos sitios donde no había médicos disponibles, se encuestó a los médicos que atienden partos normales en los hospitales de referencia cercanos, llegando así a un total de 14 sitios incluidos en el componente de calidad (Cuadro 13). Las mujeres fueron seleccionadas si habían tenido un parto vaginal en los 12 meses previos. Se entrevistó a 40 parteras (especialistas perinatales, enfermeras obstetras, parteras técnicas y algunas enfermeras generales que atienden partos), 30 médicas (ginecólogas, residentes, médicas generales y pasantes⁴¹) (ver Cuadros 14 y 15 para sus características generales) y 127 usuarias⁴² (ver características generales en Cuadro 16).

El levantamiento de información comprendió la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, el posparto y la atención de la recién nacida, así como los conocimientos básicos y las prácticas durante las emergencias obstétricas y neonatales. Además de las encuestas a prestadores de servicios de salud y usuarias, se aplicó a cada unidad de salud el listado de cotejo para medir infraestructura y recursos materiales y humanos disponibles. Los datos que se presentan a continuación se derivan de cuestionarios con prestadores de servicios y mujeres usuarias de los servicios que aplicamos para responder a las siguientes preguntas:

1. Los diferentes tipos de parteras profesionales: ¿Están calificadas para brindar atención prenatal, de parto, posparto, neonatal y atención obstétrica y neonatal de emergencia en comparación con la atención estándar prestada por médicos calificados?
2. Los diversos entornos sanitarios y niveles de atención en los que trabajan las parteras: ¿Les permiten desplegar sus habilidades y conocimientos o impiden que lo hagan?
3. Las mujeres que dieron a luz con parteras: ¿Muestran una mayor satisfacción con la atención recibida en comparación con las mujeres que dieron a luz en las unidades hospitalarias con una atención obstétrica más medicalizada?

⁴⁰ WHO 2006. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

⁴¹ Un pasante es un médico que ha aprobado todas las materias, excepto una tesis final y el último año de servicio social.

⁴² Accidentalmente, durante el trabajo de parto se recogió información de 10 mujeres más que dieron a luz por cesárea, lo que da un total de 137. Esta información se utilizó sólo para la atención prenatal.

4. Las parteras empleadas en determinadas unidades de salud: ¿Ofrecen realmente un continuo de la atención a las mujeres usuarias?

Para lograr lo anterior, se hicieron comparaciones básicas entre la calidad de atención de las médicas y las parteras, y la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, primero entre médicos, enfermeras-parteras y parteras técnicas y luego por nivel de atención (primer nivel, nivel intermedio y segundo nivel). Cuando los números eran suficientes, realizamos una prueba estadística para ver si las diferencias que encontramos eran significativas o no.⁴³

Hallazgos en la calidad de la atención:

La mayoría de las parteras profesionales tienden a implementar prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto.

Más parteras reportan implementar prácticas basadas en la evidencia científica durante el parto respecto al personal médico. Por ejemplo, el .83 de las parteras permite que la mujer sea acompañada durante el parto, mientras que solo el .37 de los médicos lo hace; el .78 de las parteras permite a la mujer elegir en qué posición desea dar a luz, mientras que solo el .33 de las médicas lo hace; el .80 de las parteras y el .27 de los médicos evitan la aplicación rutinaria de venoclisis; el .95 de las parteras retrasan el corte del cordón umbilical en comparación con el .47 de los prestadores médicos; y el .95 de las parteras informó promover el apego inmediato madre-recién nacido, mientras que el .57 de los médicos así lo hizo. De estas prácticas, las diferencias encontradas en las tres últimos fueron estadísticamente significativas.⁴⁴ Se incluyó una sola práctica negativa, no basada en la evidencia científica: la preferencia de los prestadores para que la mujer dé a luz en posición litotómica (horizontal); la diferencia entre médicas (.73) y parteras (.23) que prefieren esta posición ginecológica fue altamente significativa (Cuadro 17). En general, estos hallazgos son consistentes con otros resultados de investigaciones nacionales e internacionales.⁴⁵

Las enfermeras-parteras reportaron implementar más prácticas basadas en la evidencia científica que las parteras técnicas, por ejemplo, el acompañamiento, evitar el uso rutinario de venoclisis, permitir a las mujeres decidir su posición al momento del parto y el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto. Es muy probable que los entornos (con más frecuencia los hospitales) y las condiciones de trabajo (entornos aislados y con menor autonomía) en los que trabajan las parteras técnicas expliquen estas diferencias.

Estos mismos patrones se encontraron al construir un índice de adecuación de todas las prácticas basadas en la evidencia científica. Una proporción de .23 de los médicos, frente al .70 de las parteras (Cuadro 19), reportó un alto nivel de la atención obstétrica (es decir, utilizar el .90 o al menos 20 de las 23 prácticas sobre las que preguntamos), lo que resultó ser estadísticamente significativo. Más

⁴³ Agradecemos a José Alberto Muños (CONACyT / CIESAS-Pacífico Sur) y Martín Romero (Instituto Nacional de Salud Pública) por su apoyo en la revisión de nuestros resultados numéricos y en la realización de todas las pruebas estadísticas.

⁴⁴ Nos referimos a que las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$ o $p \leq 0.01$ dependiendo de cada caso.

⁴⁵ Sandall, J. et al. 2016. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane database of systematic reviews (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd004667.pub5/full>). Cragin, L. et al. 2007. Educating skilled birth attendants in Mexico. Do the curricula meet ICM standards? *Reproductive Health Matters* 15(30):50-60. Walker, D. Et al. 2012 Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with who evidence-based practice guidelines? *Journal Midwifery and Women's Health* 57:18-27. Renfrew, M. J. et al. 2014 Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* 384:1129-45 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/abstract)).

enfermeras-parteras (.78) reportaron un alto nivel en el índice de adecuación que las parteras técnicas (.59) durante el trabajo de parto y el parto (Cuadro 20).

De manera consistente, las mujeres atendidas por parteras⁴⁶ reportaron haber recibido más prácticas de atención basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto que las atendidas por médicas. Por ejemplo, entre las mujeres atendidas por parteras, el .78 informó que se les permitió escoger quién las acompañaría durante el trabajo de parto y el parto, en comparación con el .33 de las atendidas por los médicos; el .80 de las primeras informaron que se les permitió deambular durante el trabajo de parto, mientras que solo el .42 de las segundas dijo que se les permitió hacerlo; el .69 de las atendidas por parteras pudieron elegir libremente su posición durante el parto, mientras que solo el .19 de las atendidas por médicas pudo hacerlo; el .82 de las mujeres atendidas por parteras dijeron que éstas promovieron el contacto inmediato de piel a piel con su recién nacida, en comparación con el .48 de las mujeres atendidas por médicos (Cuadro 21). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Hay prácticas que la medicina basada en evidencia muestra que no tienen ningún beneficio (tricotomía y enemas) o que pueden ser perjudiciales (maniobra de Kristeller) las cuales parecen estar cayendo en desuso entre los distintos tipos de personal, médicos incluidos. No obstante, encontramos que la exploración rutinaria manual de la cavidad uterina (una práctica dolorosa y potencialmente dañina y que la medicina basada en la evidencia recomienda evitar) es muy frecuente. Aun cuando hay más reportes de esta práctica entre mujeres atendidas por médicas que por parteras, el .50 de las mujeres que se han atendido con partera reportaron que se le había realizado esta maniobra.

Más mujeres atendidas por enfermeras-parteras habían experimentado prácticas basadas en la evidencia científica que las mujeres que fueron atendidas por parteras técnicas. Al mismo tiempo, más mujeres atendidas por parteras técnicas reportaron haber experimentado prácticas basadas en la evidencia científica que las atendidas por personal médico. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las siguientes prácticas (Cuadro 22):

- Acompañamiento por una persona de su elección
- Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis
- Permitir el consumo de líquidos
- Libre deambulación de la mujer durante el trabajo de parto
- Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión
- Apego inmediato madre-recién nacido
- Ofrecer métodos de planificación familiar después del evento obstétrico y aceptados voluntariamente por la mujer
- Ofrecer explicaciones sobre el cuidado posparto
- Ofrecer explicaciones sobre el cuidado neonatal

La mayoría de las parteras profesionales que prestan servicios de salud prenatal y posparto tienden a seguir los procedimientos normativos que deberían ser estándar durante la atención. Sin embargo, la atención puede todavía mejorar.

⁴⁶ Solo se incluyeron las mujeres que dieron a luz por vía vaginal y que no sufrieron ningún tipo de complicación, ni materna ni neonatal.

Respecto a la atención prenatal, el .78 de las parteras informó que prestaban servicios y prácticas adecuadas a los marcos normativos (con el .85 o más de todas las prácticas prescritas), frente al .55 de los médicos (Cuadro 23), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Dos prácticas de atención prenatal (medición del crecimiento del útero y de la frecuencia cardíaca fetal en cada consulta) fueron significativamente más frecuentes en las parteras que en las médicas (Cuadro 25). En general, las proporciones de parteras con altos niveles en el índice de adecuación de las prácticas prenatales específicas oscilaron entre un mínimo de .28 y un máximo de .72 (Cuadro 25), lo que demuestra que hay margen de mejora, aunque en muchos casos el incumplimiento se debió a la falta de insumos o pruebas de laboratorio en el entorno clínico. No se encontraron diferencias importantes al diferenciar la atención prenatal reportada por enfermeras-parteras frente a parteras técnicas (Cuadro 24 y 26).

La mayoría de las mujeres reportó un cuidado prenatal adecuado por parte de las parteras, con resultados similares también para las médicas (Cuadro 27). Al diferenciar la atención prenatal de las enfermeras-parteras y las parteras técnicas, las mujeres no informaron diferencias con excepción de las pruebas de VIH-sida, pues una menor proporción de mujeres atendidas por parteras técnicas informaron haber recibido la prueba (.50) en comparación con las mujeres atendidas por enfermeras-parteras (.91) (Cuadro 28). Por otro lado, las parteras técnicas tienden a ser más sensibles a las prácticas culturales durante el cuidado prenatal (Cuadro 28).

En la atención del puerperio, las parteras informaron realizar la mayoría de las prácticas prescritas, al igual que los médicos. Encontramos una diferencia con respecto al cuidado de los recién nacidos: las proporciones de parteras que realizaron las prácticas neonatales prescritas (ver su color, respiración y movimiento, temperatura, tamaño y peso, cordón y lactancia) fueron .40 o incluso .50 más altas que las proporciones de los médicos, aunque solo en una práctica (cuidado del muñón umbilical) la diferencia reportada entre parteras (.83) y médicas (.27) alcanzó significancia estadística (Cuadro 29). Todas las parteras técnicas informaron haber promovido la lactancia materna de forma inmediata, mientras que el .77 de las enfermeras-parteras y el .40 de los médicos lo hicieron (Cuadro 30). En general, los niveles obtenidos en el índice de adecuación con los marcos normativos de la atención durante el puerperio y al recién nacido fueron de una proporción de .58 de las parteras contra el .27 de los médicos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 31). No se encontraron diferencias importantes entre los diferentes tipos de parteras (Cuadro 32). El incumplimiento en la atención posparto tiende a reflejar una falta de continuidad en la atención prestada.

Las mujeres atendidas por parteras informaron haber recibido una atención posparto apropiada por parte de las parteras en un número elevado; no se encontraron diferencias significativas en las proporciones de casos que comparaban la atención recibida por médicas y por parteras (Cuadro 33).

El entorno clínico en el que trabajan las parteras tiene una gran influencia sobre la posibilidad de aplicar prácticas basadas en la evidencia científica durante el trabajo de parto y el parto. El entorno es tan crítico que tanto los médicos como las parteras que trabajan en la atención primaria proporcionan sistemáticamente una atención obstétrica mayormente basada en la evidencia científica que los médicos y parteras que laboran en hospitales básicos comunitarios y aún más frente a aquéllos que prestan atención en hospitales generales.

La comparación entre los niveles de atención (primer nivel, nivel intermedio y segundo nivel) muestra la importancia del contexto institucional. En la atención prenatal, el nivel de cumplimiento fue del .81

entre los prestadores que trabajan en unidades de atención primaria, el .67 en nivel intermedio y el .50 en los hospitales generales (Cuadro 35). Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, las diferencias entre la aplicación de prácticas específicas de atención prenatal entre los distintos niveles de atención sí lo fueron (véase Cuadro 34).

La importancia del contexto es aún mayor cuando se examina la atención obstétrica. Una proporción de .93 de las prestadoras de servicios (parteras y médicas) en el primer nivel mostró un alto nivel en el índice de adecuación en la utilización de las prácticas basadas la evidencia científica, en comparación con el .45 en el nivel intermedio y 0 en el segundo nivel; es decir, en los hospitales generales (Cuadro 37). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Encontramos diferencias significativas entre las siguientes prácticas: evitar el uso rutinario de venocclisis, la libre deambulacion, permitir el consumo de líquidos durante el trabajo de parto, permitir a las mujeres decidir su posición de parto, retrasar el corte del cordón umbilical y evitar la revisión manual de la cavidad uterina. En todas estas, el cumplimiento en el primer nivel de atención fue mucho mayor (hasta .60) que en el segundo nivel (Cuadro 36). Al preguntarles por la única práctica negativa y no basada en la evidencia científica incluida en el cuestionario (preferencia por la adopción de la posición litotómica por las mujeres durante el parto), sólo el .14 de los prestadores en el primer nivel respondió que preferían esta posición, frente al .55 en las unidades de nivel intermedio y el .73 en hospitales generales, lo que hace que estas diferencias fueran estadísticamente significativas. (Cuadro 36)

Las mujeres que recibieron atención en el primer nivel por parte de parteras y médicos, con más frecuencia fueron atendidas con base en la evidencia científica que las mujeres que se atendieron en el nivel intermedio o en hospitales generales (Cuadro 38). Por ejemplo, el .94 de las mujeres que recibieron atención en el primer nivel tuvieron libertad para caminar durante el parto, mientras que solo el .59 de ellas lo pudo hacer en nivel intermedio, que fueron principalmente hospitales comunitarios, y el .37 en los hospitales generales, independientemente del tipo de prestador. Del mismo modo, el .81 de las mujeres que dieron a luz en las clínicas de primer nivel pudieron elegir la posición, mientras que solo el .13 pudo hacerlo en los hospitales; el .98 de las mujeres que recibieron atención en el primer nivel recibieron a sus recién nacidos inmediatamente después del nacimiento para el contacto piel a piel, mientras que el .58 y el .47 pudieron hacerlo en nivel intermedio y hospitales generales, respectivamente. Estos datos muestran de nuevo la importancia del contexto tanto para las parteras como para los médicos.

En la atención posparto y neonatal, las proporciones de prestadores que cumplieron con las prácticas normativas fueron del .50 en unidades de primer nivel, del .71 en el nivel intermedio de atención y .00 en los hospitales generales (Cuadro 40); en los hospitales generales, estos resultados están relacionados con el hecho de que los prestadores de la atención obstétrica no son los mismos que se encargan de revisar al recién nacido (Cuadro 39). Aunque las diferencias en el índice de adecuación per se no fueron estadísticamente significativas, sí lo fueron los resultados en cuanto a las prácticas específicas de cuidado de la recién nacida en los distintos niveles de atención (Cuadro 39).

En conjunto, los resultados tienden a confirmar que el primer nivel de atención y las unidades de nivel intermedio son lugares más adecuados para que las parteras trabajen, siempre y cuando estas unidades tengan garantizado el acceso inmediato al traslado y la atención de emergencia obstétrica y neonatal de calidad cuando sea necesario.

A pesar de estos resultados positivos que enseñan que las parteras ofrecen una atención obstétrica de mejor calidad que la atención hospitalaria u ofrecida por médicos, hay áreas donde los servicios de partería pueden y deben mejorar, especialmente en la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales (EmON)

Los hallazgos de la línea de base sugieren que muchas parteras tienen poca experiencia en el manejo de emergencias obstétricas y/o neonatales, mientras que las médicas tienden a tener más experiencia con dichas emergencias (Cuadro 41). Las parteras técnicas reportaron haber tenido más experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica que las enfermeras-parteras (Cuadro 43). En algunos casos, el conocimiento de las parteras sobre atención en EmON es deficiente (Cuadros 42 y 44). Aunque las parteras deben especializarse en atender partos normales, necesitan ser capaces de detectar, estabilizar y referir las emergencias obstétricas y neonatales. La ventana de oportunidad para salvar la vida de una mujer es corta y para los bebés aún más. Es indispensable tener más conocimientos y capacitación práctica en este campo para que las parteras puedan ayudar a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Esto es aún más importante teniendo en cuenta que la línea de base reveló que la mayoría de las parteras está deseosa por mejorar sus conocimientos y habilidades en esta área. Además, es necesario mejorar los conocimientos y las habilidades en la atención en EmON para que las parteras sean más aceptadas por el personal directivo del sector salud, los prestadores de servicios y los hacedores de las políticas públicas en general, como una opción viable.

Nuestros resultados sobre atención en EmON son muy limitados porque perdimos muchos casos en la aplicación de las encuestas. Sin embargo, sí demuestran que la gestión y los conocimientos reales sobre EmON deben mejorar entre los diferentes tipos de prestadores, incluidos las médicas, así como en todos los niveles de atención (Cuadros 45 y 46). Particularmente problemático fue descubrir que en los hospitales generales el manejo de EmON es deficiente, mostrando que el sistema de salud como un todo necesita prestar atención a la mejora de los conocimientos y habilidades de todos los prestadores. Esto incluye los entornos hospitalarios que se supone que son el lugar adecuado para atender y resolver las emergencias obstétricas y neonatales.

Las mujeres que fueron atendidas por parteras estuvieron más satisfechas con el cuidado que recibieron durante el embarazo, el parto y el puerperio, que las mujeres atendidas por médicos.

Cuando medimos la satisfacción con la calidad de la información recibida, la forma en que fueron tratadas, lo agradable que encontraron el lugar en el que dieron a luz y si volverían a dar a luz en el mismo lugar, una mayor proporción de mujeres atendidas por parteras dio respuestas positivas en comparación con las atendidas por médicos. Por ejemplo, casi el doble del número de mujeres atendidas por parteras manifestó haber recibido una excelente atención durante el trabajo de parto y el parto (.66) en comparación con las mujeres atendidas por médicos (.38); el .98 de las mujeres atendidas por parteras expresaron que darían a luz con la misma persona en el futuro, frente al .75 de las atendidas por médicas (la diferencia encontrada en esta variable es estadísticamente significativa).

Las diferencias encontradas en los niveles del índice de aprobación entre los diferentes tipos de prestadores fueron estadísticamente significativas: el .38 de las mujeres atendidas por médicos, el .56 que dio a luz con parteras técnicas y el .84 atendido por enfermeras-parteras declararon haber recibido una atención excelente (Cuadro 48). Pero nuevamente el contexto importa, al influir en la percepción de las mujeres sobre una buena atención: el .75 de las mujeres atendidas en el primer nivel clasificaron su atención como excelente, comparado con el .59 de las mujeres atendidas en nivel intermedio y el

.28 en el segundo nivel; las diferencias entre los niveles de atención también fueron estadísticamente significativas (Cuadro 49).

Las mujeres reconocen la diferencia entre el cuidado de la partería centrado en la mujer y la atención hospitalaria altamente medicalizada. Prefieren la primera sobre la segunda cuando se les pide distinguir ventajas y desventajas.

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 prestadores de servicios (Cuadros 50 y 51). Sólo dos 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, por ejemplo, en buen trato, el haberles infundido mayor confianza y haber recibido mejores explicaciones ante sus preguntas y dudas (Cuadro 50). Esto sugiere que las mujeres que han pasado por la experiencia real de dar a luz con parteras tienen el potencial de convertirse en promotoras de una creciente demanda de servicios de partería.

El continuo de la atención que las parteras están capacitadas para brindar no siempre es una realidad en los entornos clínicos donde están operando.

Casi la mitad de las parteras se encuentran en entornos que no proporcionan un continuo de atención a las mujeres. El sistema de salud tiende a fragmentar la atención prenatal de la atención de parto, y la atención del parto está separada de la atención en el puerperio y a la recién nacida. En la atención prenatal este problema es mucho mayor con los médicos que con las parteras: mientras que el .80 de éstas proporcionan atención obstétrica y prenatal, solo el .37 de los médicos lo hacen. En la atención posparto, el problema se agrava pues solo un .60 de las parteras prestan también atención a la madre y al recién nacido. Tal como la literatura disponible enfatiza⁴⁷ y nuestros datos de referencia confirman, la atención en el puerperio es el eslabón más débil en la salud materna. Solo la mitad de las mujeres regresaron para chequearse después del parto y sólo el .60 de las parteras encuestadas brindan atención posparto en el entorno clínico en el que trabajan. La atención es más fragmentada en los hospitales generales. Este hallazgo refleja problemas sistémicos dentro del ámbito de la salud materna en México. Lo anterior sugiere nuevamente que para que las parteras muestren todo su potencial de atención, es necesario tener en cuenta el contexto en el que operan.

2.7 Conclusiones generales

El sistema de salud en México tiene ante sí una gran oportunidad de resolver o al menos aminorar muchos de los retos que enfrenta para brindar a las mujeres y las recién nacidas una atención obstétrica de calidad, centrada en la mujer y basada en la evidencia científica. Hay muchos retos, pero también existen muchos puntos a favor que pueden ayudar a resolverlos.

Está claro que una amplia gama de actoras –incluyendo diferentes tipos de parteras– están dispuestas a contribuir y proveer una atención obstétrica basada en la evidencia científica y centrada en la mujer, como la que promueven las organizaciones de salud a nivel global, así como un número importante de actores clave en México. Estas actoras deben unir fuerzas, superar las divisiones internas y aprender unas de otras, de manera que puedan aprovechar su diversidad y sus talentos. El marco jurídico y normativo ofrece ventanas de oportunidad si se resuelven las inconsistencias y si los aspectos

⁴⁷ Heredia, I. et al. 2013. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Publica Mex* 55 (Supl. 2): S249-S258; Lazcano Ponce, E. et al., 2013 op. cit.

progresivos del marco se conocen e implementan más ampliamente. Existen esfuerzos para fortalecer la atención primaria en general y específicamente para la atención obstétrica de bajo riesgo que parecen estar cerca de cristalizarse y que pueden contribuir en gran medida a la institucionalización de la partería en primer nivel y en los hospitales básicos comunitarios, donde los servicios de partería parecen ser más apropiados.

Resulta estimulante comprobar que una vez que se les brinda un entorno habilitante, las parteras pueden proporcionar una atención basada en la evidencia científica, que contribuye a obtener resultados más saludables para las madres y los recién nacidos. Esto confirma una hipótesis clave de la Fundación MacArthur y sus aliados: que las parteras pueden proporcionar el tipo de atención que las mujeres desean y aprecian, como ya lo hacen en muchos países del mundo. Esto debería alentar a los médicos a confiar en las parteras para atender partos de bajo riesgo, lo que permitiría a los especialistas médicos cuidar a las mujeres que presentan complicaciones que sólo ellos pueden atender con seguridad. La evidencia sugiere que las tensiones que actualmente existen en algunos entornos entre las parteras y las médicas se reducirían a medida que las médicas adquieran experiencia de colaboración con las parteras, y que se logre una mayor coherencia entre las disposiciones federales, estatales, hospitalarias y/o de las clínicas. Una mayor colaboración redundará en beneficios para todas las involucradas.

Aún existen retos importantes en México dadas sus condiciones económicas y políticas, incluyendo –y de manera primordial– el relevo en la administración federal en 2018. Asimismo, dada la necesidad de ampliar los programas educativos y las oportunidades de empleo, las restricciones presupuestales del sector salud generan retos únicos. No obstante, existe la esperanza de que, dada la fuerza y tenacidad de las actoras que promueven la partería profesional, el sistema de salud pueda superar esos retos y llevar a cabo esfuerzos para llenar los vacíos y satisfacer las necesidades de las mujeres, lenta pero consistentemente en la próxima década. Para ayudar a obtener estos resultados, el equipo de evaluación ofrece una serie de recomendaciones para todo el ecosistema de actores.

3. RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos de las cinco áreas, el equipo de evaluación ofrece las siguientes recomendaciones. Para cada resultado de mediano y largo plazo⁴⁸ se hace una recomendación general en un cuadro destacado, seguida de una serie de indicaciones sobre lo que se necesita para su cumplimiento. Aunque se organizan por área, hay una cierta superposición natural e interacción entre las diferentes recomendaciones. La intención de esta sección es poner de relieve los cambios y las acciones que las evaluadoras consideran necesarios para el avance. Las recomendaciones están dirigidas a la Fundación MacArthur y sus donatarios, así como al resto de los actores, incluyendo a la sociedad civil y aliadas del sector salud, así como otras que desempeñan un papel en la promoción de la institucionalización de la partería en México.

⁴⁸ "Mediano plazo" y "largo plazo", como se utilizan aquí, no implican un tiempo específico, sino más bien se refieren a la medida en que otros cambios son necesarios antes de que el resultado pueda ocurrir. Esto implica que los resultados a mediano plazo ocurrirán con mayor frecuencia antes de que puedan tener lugar los resultados a más largo plazo. Los números romanos pequeños que siguen a cada resultado se usan en el Gráfico 5 para ilustrar algunas de las relaciones entre ellos.

3.1. Marco legal y normativo

Resultado a largo plazo: Compromiso político de alto nivel para la incorporación de la partería en el sistema de salud de México y directrices claras para facilitar la implementación del mandato.

Recomendación general: Promover un mandato político de alto nivel que indique por qué las parteras son importantes para el sistema y guías de operación que describan cómo incorporar diferentes tipos de parteras en diversos entornos de atención en el primer nivel y el nivel intermedio. Si bien es posible que no se pueda lograr un mandato en los próximos dos años, los activistas pueden trabajar para replantear el debate, posicionando la partería como un componente clave de un modelo de atención basado en la evidencia científica, además de desarrollar y difundir propuestas operativas específicas.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Propuestas consensuadas y bien documentadas para implementar modelos integrales de atención de partería que preparen el terreno para influir en el nuevo gobierno.
- Análisis de las políticas públicas que permitan identificar las oportunidades políticas y los obstáculos, así como definir estrategias para promover un mandato de alto nivel sobre la partería.
- Alianzas dinámicas y multilaterales que trabajen para definir y promover agendas y propuestas consensuadas.

3.2. Ecosistema de actores

Resultado a mediano plazo: Consolidación de redes y alianzas multilaterales perdurables que definan y promuevan estratégicamente agendas y propuestas políticas y supervisen su aplicación.

Recomendación general: Fomentar la colaboración intersectorial para establecer agendas comunes que conduzcan a propuestas e iniciativas de políticas públicas.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- La voluntad de diversas actoras para superar sus diferencias y buscar una base común para promover la partería de una manera amplia e integral.
- El apoyo de actores convencidos aún no involucrados, para promover la partería.
- Oportunidades para explorar beneficios mutuos a través del trabajo con actoras de sectores distintos a los propios.
- Ejemplos de colaboraciones intersectoriales exitosas.
- Líderes capacitadas para alentar el diálogo y aliviar las tensiones a través de agendas comunes y conciencia de los beneficios mutuos.

Recomendación general: Establecer una definición inclusiva de partería, así como un sentido común de identidad profesional y establecer una colaboración sólida y duradera entre los diferentes tipos de parteras.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Imágenes positivas y un lenguaje que abarque a todo el espectro de parteras de una manera respetuosa que considere su diversidad.

- Que las enfermeras-parteras estén involucradas, identificadas y aceptadas dentro de los esfuerzos para promover la partería.
- Diálogo e intercambio de información entre los diferentes programas de formación de parteras y los centros institucionalizados de atención de partería, para lograr el reconocimiento de objetivos, prácticas y valores compartidos.
- Oportunidades para que las parteras tradicionales compartan sus conocimientos con otras y, en los estados donde existen parteras tradicionales activas, una colaboración e interrelación mutuamente benéfica entre las parteras tradicionales, técnicas, autónomas y las enfermeras-parteras.

Resultado a largo plazo: Reconocimiento generalizado de la partería como un componente clave de un modelo de atención basado en la evidencia científica, que puede mejorar los resultados en salud materna y neonatal a lo largo del continuo de la atención.

Recomendación general: Una amplia difusión de información y mensajes efectivos, así como iniciativas de sensibilización para que los tomadores de decisión en las políticas públicas, los directivos, administradores y prestadores de servicios de salud, los medios de comunicación, las mujeres y el público en general vean la partería como una opción segura, benéfica y consistente con las metas del sistema de salud.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Estrategias eficaces de comunicación y sensibilización, diseñadas, probadas y puestas en práctica para superar los prejuicios y malentendidos entre los responsables de la formulación de las políticas públicas, las administradoras del sistema de salud y los prestadores de servicios, respecto de la seguridad y la importancia de la partería de acuerdo con las metas del sistema de salud.
- Mensajes inclusivos con enfoque positivo para evitar antagonismos entre actores tales como médicas, enfermeras-parteras y/u otras parteras.
- Enfatizar la calidad de la atención brindada por las parteras y los beneficios que ofrece esta atención--tanto para satisfacer las necesidades de las mujeres como para obtener mejores resultados de salud--en los mensajes de comunicación y en el intercambio de información.
- Mensajes que sitúen a la partería como un componente clave de un modelo de atención basado en la evidencia científica y no solo como un tipo más de prestador de servicios, independientemente del entorno clínico.
- Generación y uso de evidencia de apoyo que destaque resultados exitosos, especialmente de experiencias en México.

3.3. Formación

Resultado a largo plazo: Las oportunidades de formación para parteras incluyen múltiples programas de alta calidad con potencial de crecimiento para satisfacer la creciente necesidad de parteras profesionales del país.

Recomendación general: Fomentar la ampliación de los programas de formación de alta calidad, especialmente aquellos que tienen más potencial para graduar un creciente número de parteras

altamente capacitadas, sin comprometer la importancia de la sensibilidad cultural en el contexto plural de México.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Mejorar los planes de estudio y asegurar que los espacios de campo clínico ofrezcan a todo tipo de parteras un nivel mínimo de competencias a través de contenidos basados en la evidencia científica, centrados en la mujer, con perspectiva de derechos y culturalmente pertinentes.
- Claridad en los procesos de acreditación de los diversos programas educativos y de atención médica.
- Ampliar la colaboración y el intercambio de información entre distintos programas educativos, comenzando con descripciones claras de cada modelo, para fortalecer y diferenciar entre sí los programas de manera que las estudiantes puedan tomar decisiones informadas.
- Simplificar el acceso del personal a la formación *in situ* o a través de programas especializados de educación continua que aseguren las destrezas requeridas, al tiempo de incrementar el número de parteras calificadas disponibles en el sistema de salud.
- Sistemas de información que ayuden a las escuelas y a los programas educativos a dar seguimiento a sus egresadas para que puedan analizar los factores que facilitan u obstaculizan su inserción laboral efectiva al terminar la formación.

3.4. Empleo/Inserción

Resultado a largo plazo: Las parteras que trabajan en el sistema de salud pueden utilizar constantemente prácticas basadas en la evidencia científica y culturalmente pertinentes en todo el continuo de la atención –incluyendo la atención de EmON– en entornos favorables.

Recomendación general: Fomentar la creación de condiciones de empleo y entornos clínicos que permitan a las parteras implementar prácticas de alta calidad basadas en la evidencia científica con perspectiva de derechos y enfoque intercultural en todo el continuo de la atención.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- La voluntad de las directoras de clínicas y hospitales para aceptar y mandar el uso de las prácticas recomendadas, además de apoyar y permitir los modelos de atención de partería en sus unidades de salud.
- Contar con descripciones de los puestos de trabajo y salarios que autorizan a las parteras a implementar prácticas de partería con autonomía y en condiciones laborales dignas.
- Recursos para contratar parteras a niveles acordes con su formación, destrezas y responsabilidades.
- Un sistema de certificación basado en competencias, bien definido y ampliamente difundido, que asegure que las parteras tengan los conocimientos y la experiencia en prácticas basadas en la evidencia científica, así como otras habilidades requeridas, incluyendo la atención de EmON, para asegurar a los empleadores que las parteras que contratan son competentes.

Resultado a largo plazo: Las parteras, los médicos y otras prestadoras de servicios de salud trabajan constructivamente en equipo en todos los niveles del sistema de salud.

Recomendación general: Fomentar la comunicación y la colaboración entre las parteras y los médicos en los sitios de práctica clínica y otros lugares de empleo, con el objetivo de generar confianza y ampliar las funciones, la autonomía y la autoridad de las parteras.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Sensibilización del personal médico y de los directivos de las instituciones de salud donde trabajan las parteras, sobre todo aquéllas que tienen el potencial para convertirse en modelos de partería en el sector salud
- Materiales y experiencias de éxito probado en México para fomentar el trabajo en equipo y la colaboración constructiva entre parteras y otras prestadoras de atención médica.

3.5. Calidad de la atención

Resultado a largo plazo: Ampliación de los servicios de partería de alta calidad con acceso a atención de emergencia rápida y confiable en las unidades de primer nivel y en hospitales básicos comunitarios.

Recomendación general: Aumentar la cantidad, la calidad y la productividad de los modelos de atención de partería en México, fortaleciendo su vinculación con unidades de segundo nivel para la referencia y atención de EmON.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Diagnosticar los desafíos que enfrentan los sitios con programas institucionalizados de partería existentes y emitir recomendaciones para optimizar su funcionamiento, incluyendo su interacción con las unidades de referencia de segundo nivel.
- Recursos para implementar las mejoras recomendadas.
- Mejorar las habilidades de partería a lo largo del continuo de la atención, incluyendo prácticas para la atención de EmON en todos los sitios con programas institucionalizados de partería.
- Protocolos que alienten y faciliten su replicación, asegurando y documentando resultados de alta calidad.

Resultado a largo plazo: El personal de todo el sistema de salud cumple con las normas y directrices oficiales que respaldan la atención materna y neonatal de alta calidad basada en la evidencia científica, pueden brindar atención de EmON y reconocen el papel central de las parteras en la prestación de dicha atención.

Recomendación general: Ampliar el conocimiento de las prácticas basadas en la evidencia científica y de atención de EmON, al tiempo de promover el cumplimiento de las normas y directrices oficiales, trabajando con aliadas clave en la Secretaría de Salud y otros organismos relevantes.

¿Qué se necesita para lograrlo?

- Una amplia difusión y educación sobre la importancia de las normas y directrices basadas en la evidencia científica entre las prestadoras de salud materna dentro del sistema de salud
- Análisis de las inconsistencias entre las normas y lineamientos que generan confusión sobre las prácticas recomendadas, de manera que se fomente el cumplimiento de las prácticas más avanzadas
- Mecanismos eficaces de supervisión e incentivos para fomentar el cumplimiento de las prácticas basadas en la evidencia científica que ya están en el marco legal y normativo.

Se espera que, al analizar y discutir los datos proporcionados en este informe, y teniendo en cuenta las recomendaciones que el equipo de evaluación pone a consideración, las actoras de todo el ecosistema puedan trabajar juntas para lograr la institucionalización efectiva de un modelo de partería de alta calidad en todo el sistema de salud mexicano. Este logro sin duda contribuirá a lograr resultados más favorables para la salud materna y neonatal y una mayor satisfacción para las mujeres y sus familias.

CUADRO 1: LAS INTERROGANTES DE LA EVALUACIÓN

ACTORES Y ESFUERZOS PARA PROMOVER LA PARTERÍA	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características de los esfuerzos para promover la partería a nivel estatal y nacional (número, composición, diversidad)? ¿Quiénes son los líderes y detractores, y cuáles son sus fortalezas y debilidades? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué grupos o voces están ausentes en el liderazgo de estos esfuerzos?
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tan efectivos son los esfuerzos para la promoción de la práctica de la partería? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuántas iniciativas han sido promovidas con o sin éxito? ➤ ¿Cuáles son los principales logros (campañas, consensos, visibilidad, fuerza y claridad del mensaje, influencia sobre los tomadores de decisiones o los líderes de opinión)?
Obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué desafíos u obstáculos (incluyendo tensiones o líneas de ruptura) deben superar estos esfuerzos para ser más efectivos?
Legitimidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las percepciones de la población objetivo (mujeres, familias, proveedores de servicios de salud, diseñadores de políticas públicas) sobre la partería en contraste con el modelo médico actual? • ¿Qué conocimientos, actitudes y/o prejuicios se tienen con respecto a los distintos tipos de parteras?
Demanda	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida las mujeres de diversos estratos socioeconómicos y culturales buscan o desean servicios de partería, y de qué tipo? • ¿Qué factores influyen esta demanda? • ¿Qué información o qué opciones favorecerían la demanda de la atención de parteras?
Teorías de Cambio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es lo que los actores claves consideran necesario para hacer más efectivos los esfuerzos para promover la partería?
POLÍTICAS PÚBLICAS Y ENTORNO NORMATIVO	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué políticas, normas y prácticas (a nivel federal, estatal y de jurisdicciones sanitarias) influyen actualmente en el acceso al modelo de atención de partería? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué aspectos de las políticas y del entorno normativo promueven la práctica de la partería? ➤ ¿Qué políticas, normas o prácticas obstaculizan la plena implementación del modelo de partería? ➤ ¿Qué hace falta?
Percepción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué conocimientos, actitudes o percepciones tienen los diseñadores de

<p>Necesidades</p> <p>Teorías de Cambio</p>	<p>políticas públicas y los tomadores de decisiones acerca de los diferentes tipos de partería?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué factores (ej. datos, investigaciones, supuestos, prejuicios) influyen esas percepciones? • ¿Qué información es necesaria para influir en los tomadores de decisiones para que apoyen el modelo de atención de partería? • ¿Qué piensan los actores clave que es necesario hacer para crear políticas públicas y un entorno normativo más favorable?
<p>FORMACIÓN, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN</p>	
<p>Descripción</p> <p>Disponibilidad</p> <p>Calidad</p> <p>Necesidades</p> <p>Teorías de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué escuelas y modelos de capacitación existen en México? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo se imparten los conocimientos y habilidades en cada uno de estos modelos? ➤ ¿Cuál es el perfil del personal docente en los diferentes modelos de formación/escuelas (formación, género, origen étnico, carga de trabajo, etc.)? ➤ ¿Cuál es el perfil de los estudiantes que asisten a las diferentes escuelas/modelos de formación? ➤ ¿Cuáles son las estructuras financieras, de reclutamiento, de contratación y de despido? • ¿Qué procedimientos o enfoques existen para la acreditación de los programas o escuelas de formación? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son los pasos para la acreditación de los programas? ➤ ¿Cuáles de estos pasos se cumplen con regularidad? • ¿Qué procedimientos o enfoques existen para la certificación de parteras? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son los pasos para la certificación de parteras? ➤ ¿Cuáles de estos pasos se cumplen con regularidad? • ¿Qué alternativas de educación continua existen? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la capacidad actual de formación y la posibilidad de satisfacer la demanda de parteras (personal, infraestructura, etc.)? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántos y cuáles de los estándares de conocimientos y habilidades de partería de la CIM- OMS cumplen las diferentes escuelas y programas? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se necesita para ampliar las capacidades de formación en el futuro (espacios, reclutamiento, etc.) • ¿Qué se necesita para que los programas de capacitación cumplan con los criterios que no cumplen en la actualidad? • ¿Qué se necesita para ampliar o mejorar los procesos de acreditación y certificación? • ¿Qué alternativas de educación continua son necesarias?

Cambio	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué consideran los actores clave que se necesita para ampliar la formación de calidad, la acreditación y certificación?
EMPLEO E INSERCIÓN	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuántas y qué tipo de parteras está empleadas actualmente o en interfaz con el sistema de salud, y en qué circunstancias? ¿Cuál es su condición laboral (ej. salario, prestaciones, contrato, estructura del equipo médico) y qué actividades realizan los distintos tipos de parteras? ¿Cómo es la interacción de las parteras tradicionales con el sistema de salud?
Calidad de la interacción	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la calidad de la interacción entre el personal médico y los distintos tipos de parteras? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuál es la diferencia en la interacción entre distintos tipos de personal médico y distintos tipos de parteras?
Necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué obstáculos o retos existen para que la inserción e interacción de parteras con el sistema de salud sean exitosas? ¿Cómo pueden superarse?
Potencial de expansión	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué factores contribuyen a una inserción e interacción exitosa? ¿Cómo se pueden incrementar?
Teorías de Cambio	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué piensan los actores clave que es necesario hacer para asegurar suficientes inserciones e interacciones exitosas de parteras en el sistema de salud?
CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA / NEONATAL	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ¿Hasta qué punto el modelo biomédico de atención cumple con los estándares de atención obstétrica de la OMS? ¿En qué medida el modelo biomédico de atención satisface las necesidades de las mujeres? ¿Cuáles son los costos (para la mujer y para el sistema de salud) asociados con cada opción?
Calidad y estándares de atención	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la calidad del continuo de atención provisto por los distintos tipos de parteras y de personal médico? ¿Cuáles son los obstáculos para tener una atención de calidad?
RESULTADOS EN LA SALUD MATERNA Y NEONATAL	
Resultados comparativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo varían los resultados en salud materna y neonatal entre diferentes modelos de atención que incorporan tanto las opciones de partería como las de atención médica? Los resultados incluyen: número de cesáreas / nacimientos totales, mortalidad y morbilidad neonatal (asfixia, etc.), mortalidad y morbilidad materna (pre eclampsia / eclampsia, hemorragia, sepsis, parto distócico), etc.

CUADRO 2: ACTORAS ENTREVISTADAS⁴⁹

Estado	Total	Funcionarios Federales	Funcionarias estatales	Directivos de hospitales	Médicas	Enfermeras ⁵⁰	Parteras	Directivos de programas educativos	Investigadores, promotoras y organizaciones	Promotores de salud	Agencias multi-laterales
Ciudad de México	61	14	1	3	9		15	6	11		2
Chiapas	15		3	3	1		5	1	2		
Colima	1						1				
Estado de México	28		3	3	6	2	13	1			
Guanajuato	28		2	2	9		11	3	1		
Guerrero	31		6	6	5		9	3		2	
Michoacán	1								1		
Morelos	9		4	1			1	1	2		
Oaxaca	9		5		1			2	1		
Puebla	12		1	4	3		4				
Tlaxcala	23		8	4	6		5				
Veracruz	13			4	6	1	2				
Totales	231	14	33	30	46	3	66	17	18	2	2

Encuestas y entrevistas grupales	
Estudiantes	69
Graduadas	4
Usuaris de los servicios	137
	210

⁴⁹ Si bien muchos actores tienen más de un rol, estas categorías reflejan el rol principal que determinó el instrumento de recolección de datos primarios que se aplicó.

⁵⁰ La categoría “enfermeras” se refiere a aquellas enfermeras que no atienden partos, mientras que “parteras” incluye a todas las que atienden partos, incluidas las enfermeras.

CUADRO 3: PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA NORMATIVIDAD MEXICANA

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

Prácticas basadas en evidencia científica

<p>Acompañamiento continuo a la mujer por una persona de su elección</p>		<p>Procurar el acompañamiento psico-afectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir</p>	<p>Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades) (p.26) Estimula la presencia de</p>	
--	--	---	--	--

		personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible (p. 6)	una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto... Esto le brinda seguridad, reduce el tiempo de trabajo de parto y aumenta la satisfacción de la usuaria. (p. 71)	
Libre deambulaci3n durante el trabajo de parto	5.5.5. Propiciar la deambulaci3n alternada con reposo... para favorecer el trabajo de parto... en tanto que no exista contraindicaci3n m3dica.	Deambular en la primera etapa (fase activa) del parto reduce la duraci3n del trabajo de parto y no parecer estar asociado con efectos adversos en la madre y en el reci3n nacido. (p. 9)	Acompa1a a la mujer en la deambulaci3n y p3ndulo, instruyendo sobre el mismo. La deambulaci3n y la adopci3n de posiciones agiliza la progresi3n del trabajo de parto... siempre bajo la atenta mirada de la persona responsable. (p. 73)	
Posici3n elegida al momento de la expuls3n	5.1.12. La mujer debe tener la opci3n de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin.	Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posici3n que les sea m3s c3moda siempre y cuando no exista contraindicaci3n (p. 9) La posici3n vertical podr3 ser recomendada cuando la paciente lo solicite y que la	Explica a la mujer las diferentes posiciones que puede elegir durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento, explicando c3mo puede utilizar los implementos (mesas y	

		unidad hospitalaria cuente con la infraestructura... Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual. (p. 12)	bancos obstétricos). (p. 72)	
Contacto inmediato piel a piel	5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida... cuyas condiciones de salud lo permitan.	Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos. (p. 16)	Atiende de manera inmediata al recién nacido, asegurando favorecer el contacto inmediato piel a piel... colocándolo/a sobre el abdomen o pecho de la madre... (p. 76)	
Corte retardado del cordón umbilical	5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros...	Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical... (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. (p. 13)	Corta el cordón umbilical sin prisas... esperando de uno a tres minutos a que hayan cesado las pulsaciones del mismo, o hasta que se regularice su respiración, mientras el (la) bebé se encuentra con su madre. (p. 77)	
Evitar la aplicación rutinaria de		No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo	Evita canalizar a la mujer de manera rutinaria y obligatoria	

venoclisis		de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso.... (p. 6)	(venoclisis), para con ello facilitar su deambulación y movilidad. Aplicará la venoclisis sólo cuando se identifiquen factores de riesgo. (p. 73)	
Evitar suministro rutinario de oxitocina durante el trabajo de parto		Es recomendable que las mujeres con embarazo normal que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas en fase latente para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas innecesarias, uso de oxitocina...) (p. 5).	La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural... También se ha identificado científicamente que el apego y lactancia inmediatos producen oxitocina y favorecen el alumbramiento de la placenta. (p. 51)	
Evitar la ruptura artificial de membranas	5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de la membranas se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias...	Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario (p. 11)	Realiza la inducción del trabajo de parto sólo en complicaciones potenciales (p. 72)	
Evitar la tricotomía (rasurado)	5.5.9 ...la tricotomía vulvo perineal..., no serán de aplicación obligatoria,	Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia,	El rasurado púbico... solo lo realiza bajo indicación médica en preparación	

púbico)	excepto en los casos que por indicación médica así se requiera.	como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva. (p.7)	de cirugías específicas y no de manera rutinaria en la atención del parto. (p. 72)	
Evitar aplicación de enemas	5.5.9 la aplicación de enema evacuante..., no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera.	No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.... debe realizarse sólo por indicación médica e informando a la paciente (p. 7)	... la aplicación de enemas, solo la realiza bajo indicación médica en preparación de cirugías específicas y no de manera rutinaria... (p. 72)	
Evitar la episiotomía de rutina, favoreciendo otras formas de preparación del perineo	5.5.9 Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica...	Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarres de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía. (p. 12)	Valora el periné y vagina para definir la necesidad de aplicar episiotomía y no aplicarla de rutina. (p. 76)	

<p>Evitar la revisión manual rutinaria de cavidad uterina sin anestesia</p>	<p>5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria ...</p>	<p>Un estudio clínico, no encontró diferencias significativas, considerando que no debe realizarse en forma rutinaria. (p. 15)</p>	<p>Indica y realiza sólo cuando se requiere... de acuerdo a los signos de retención de tejido placentario y membranas, siempre bajo anestesia y nunca en forma rutinaria. (p. 78)</p>	
<p>Postura respecto a las parteras</p>	<p>5.1.11 Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.</p>	<p>Usuarios potenciales (de la GPC): Médico General, Ginecólogo y Obstetra, Urgenciólogos, Enfermeras, Parteras y personal de salud en formación... (p. 10 Evidencias y Recomendaciones)</p>	<p>Estas competencias son aplicables para el personal que atienda el parto, ya sea médico, enfermera o partera. (p. 65)</p>	<p><i>(No se menciona a las parteras)</i></p>

CUADRO 4: FORMACIÓN: ESCUELAS Y PROGRAMAS, 2015

# de programas	Modelos de programas	Estudiantes	Partos atendidos	Acreditación
4	Autónomas	26	40-95	No aplica
2	Parteras técnicas	80	80	RVOE ⁵¹
1	Enfermeras obstetras (LEO)	150	100	RVOE
1	Salud reproductiva y partería	21	100	RVOE estatal ⁵²
3	Enfermeras especialistas perinatales (EEP)	40	60	RVOE
11		317		

⁵¹ Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios.

⁵² RVOE pendiente, este programa se abrió en 2015.

CUADRO 5: CONSOLIDACIÓN DE LOS PROGRAMAS

CLAVE:	0	1
número de estudiantes	< 20 estudiantes	> 21, la mediana
estabilidad fiscal	Presupuesto anualizado	Presupuesto por más de 1 año
acreditación	Ninguna	RVOE
propiedad	Prestada o sujeta a presupuesto anual	Propia o tenencia estable > 5 años
equipo	Ninguno proporcionado por el programa	Computadoras e internet par alas estudiantes

	INSTITUCIÓN	=SUM variables (max 5)	N inscritas 2015 (mediana = 21)	Fiscal	Acreditación	Propiedad	Equipo
Independiente	Independiente 1	1	0.5	0	0	0.5	0
	Independiente 2	1	0.5	0	0	0.5	0
	Independiente 3	0.5	0.5	0	0	0	0
	Independiente 4	0.5	0.5	0	0	0	0
Técnica	Técnica 1	3.5	1	0.5	1	0	1
	Técnica 2	4.5	1	0.5	1	1	1
Enfermeras obstetras y Salud reproductiva	Enfermera 1	3.5	1	0.5	1	1	0
	Enfermera 2	5	1	1	1	1	1
Especialista perinatal	Perinatal 1	3.5	0.5	1	1	1	0

CUADRO 6: PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ENSEÑADAS POR EL MODELO⁵³

	Autónomas (4)	Técnicas (2)	Obstetras y Salud reproductiva (2)	Especialistas perinatales (2 de 3)⁵⁴
	<i>4 programas</i>	<i>2 programas</i>	<i>2 programas</i>	<i>2 de 3 programas</i>
PRÁCTICAS PROMOVIDAS				
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	4	2	2	2
Libre deambulaci3n	4	2	2	2
Consumo de líquidos	4	2	2	2
Consumo de alimentos ligeros	4	2	2	2
Contacto inmediato piel a piel	4	2	2	1
Respeto a las prácticas culturales de la mujer	4	2	2	2
Posici3n elegida por la mujer al momento de la expulsión	4	2	1	2
Corte retardado del cord3n umbilical	4	2	1	2
Uso de su propia ropa	4	2	1	1
Autonomía de la mujer para tomar decisiones	4	2	1	1
PRÁCTICAS A EVITAR				
Uso rutinario o profiláctico de antibióticos	0	0	0	0
Aplicaci3n de enemas	0	0	0	0
Episiotomía de rutina	0	0	0	0
Maniobra de Kristeller	0	0	0	0
Rasurado púbico	0	0	0	0
Ruptura rutinaria de membranas	0	0	0	0
Exploraci3n manual de cavidad uterina sin anestesia	0	0	0	1
Aplicaci3n rutinaria de venoclisis	0	0	2	1
Aspiraci3n rutinaria de secreciones del reci3n nacido	0	0	1	0
Aplicaci3n de oxitocina durante el trabajo de parto	0	0	1	1

⁵³ Esta lista de intervenciones se desarrolló a partir de (Sachse, M., P. Sesia, et al. 2012), originalmente desarrollado a partir de (OMS, 1985) y revisada en (Enkin et al., 1989; OMS, 1996; Chalmers et al., 2001; and WHO, 2011).

⁵⁴ Ver nota 23.

CUADRO 7: SITIOS QUE EMPLEAN PARTERAS

Sitios que emplean enfermeras-parteras					
Nombre de la institución / Estado	Tipo de institución	Enfermeras generales	Enfermeras obstetras	Enfermeras especialistas perinatales	Estudiantes (servicio social)
1. Atlacomulco,* Estado de México	Primer nivel— Público—Maternidad	6	14	6	0
2. Cuautitlán,* Estado de México	Primer nivel— Público—Maternidad	0	27	16	0
3. CIMIGen,* Ciudad de México	Nivel intermedio – Privado- Maternidad	0	25	3	5
4. Santa Catarina,* Ciudad de México	Primer nivel – Público – Maternidad dentro de un Centro de Salud de primer nivel	2	13	4	13
5. Estado de Tlaxcala	12 Centros de Salud de primer nivel, 2 Hospitales Básicos Comunitarios, todos públicos	0	0	15	0
6. Teocelo,* Veracruz	Nivel intermedio – Público- Hospital de la Comunidad	2	0	3	0
7. Tláhuac, Ciudad de México	Segundo nivel – Público- Hospital General	0	0	2	0

Sitios que emplean parteras técnicas						
Nombre de la institución	Tipo de institución	Enfermeras generales	Enfermeras obstetras	Parteras técnicas	Parteras tradicionales	Estudiantes (servicio social)
8. San Juan Chamula,* Chiapas	Clínica de Maternidad	4	2	4	1	2
9. CASA,* Guanajuato	Hospital Materno Privado	0	0	8	1	0
10. Tlapa,* Guerrero	Hospital General	0	0	4	0	0
11. San Luis de la Paz, Guanajuato	Hospital Materno	0	0	0	0	1
12. San Felipe,* Guanajuato	Hospital Básico Comunitario	0	0	0	0	3
13. Cuetzalan, Puebla	Hospital General	0	0	1	26	0
14. San Martín Texmelucan, Puebla	Hospital Integral Comunitario	0	0	1	0	0
15. Hospital Regional Universitario, Colima	Hospital Escuela	0	0	1	0	0

Totales	Enfermeras generales	Enfermeras obstetras	Enfermeras perinatales	Parteras técnicas	Parteras tradicionales	Estudiantes servicio social
	14	81	49	19	28	24 =18 enfermeras + 6 parteras técnicas

* Programas de partería institucionalizados.

CUADRO 8: DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD OBSTÉTRICA SEGÚN LA UNIDAD DE SALUD

(Estadísticas reportadas para ene-sept 2015 a menos que se indique otra cosa)

Institución	Sistema de referencia	# de mujeres embarazadas registradas	Total de nacimientos (atendidos en el lugar y referidos)	Nacimientos totales referidos a un nivel superior	Partos vaginales en el lugar	Partos atendidos por parteras en el lugar	% Cesáreas
1. Atzacomulco , Estado de México	15 min, con ambulancia disponible	255	468	108 (23%)	360 (100%)	315 (87.5%)	NA – no hay quirófano
2. Cuatitlán , Estado de México	30-40 min, sin ambulancia disponible	4969	1026	835 (81.3%)	191 (100%)	191 (100%)	NA – no hay quirófano
3. CIMIgen , Ciudad de México	Las complicaciones se resuelven en el lugar	1333	508	29 (5.5%)	251 (52%)	251 (100%)	228 (47.6%)
4. Santa Catarina , Ciudad de México	30-40 min	2591	345	169 (49%)	176 (100%)	176 (100%)	NA – no hay quirófano
5. Estado de Tlaxcala	Variable, deben llamar a un servicio de ambulancia privado	NA	NA	Casi todos se refieren al 2º nivel	1 o 2 por partera	1 o 2 por partera	NA – no hay quirófano
6. Teocelo, Veracruz	30 min.	56	619	250 (40.4%)	290 (46.8%)	111 (38.3%)	79 (12.8%)
7. Tláhuac , Ciudad de México	Las complicaciones se resuelven en el lugar	94	3688 (ene-dic)	NA	2562 (69.5%)	No acreditados a partera	1126 (30.5%)
8. San Juan Chamula , Chiapas	5 min al hospital de referencia	5	21	15 (.71)	6 (.29)	6 (1.00)	NA – no hay quirófano
9. CASA , Guanajuato	NA	62	228	4 (1.8%)	224 (98.2%)	224 (100%)	NA – no hay quirófano
10. Tlapa , Guerrero	15 min, con ambulancia disponible	62	838	NA	657 (78.4%)	385 (58.6%)	181 (21.6%)
11. San Luis de la Paz , Guanajuato		NA		NA	NA	30 (100%)	NA – no hay quirófano
12. San Felipe , Guanajuato	30 min	NA		NA	757	20%	
13. Cuetzalan , Puebla	NA – las complicaciones se resuelven en el lugar	NA	797	NA	595 (74.6%)		202 (25.3%)
14. San Martín Texmelucan , Puebla	30 min – con ambulancia disponible	NA	1386	15 (1%)	879 (63.4%)	150 (17.1%)	492 (47.8%)
15. Hospital Regional Universitario, Colima	NA – las complicaciones se manejan en el sitio	NA		NA		En 7 años la partera atendió 1254 partos de los cuales ninguno se le acreditó	

CUADRO 9: CALIDAD DE LAS RELACIONES CON LAS UNIDADES DE SALUD DE REFERENCIA

(según reportaron las parteras entrevistadas)

Institución	Buena relación	Pobre o mala	Textos que ilustran las relaciones negativas
Primer nivel y nivel intermedio—clínicas de maternidad	11	12	<p>Se mencionaron varios casos en los que las autoridades ignoraron las solicitudes de traslado de enfermeras donde estaba en peligro la seguridad de la madre y el niño</p> <p>"Nos hacen muchas preguntas, no nos creen, nos piden que llevemos a la paciente canalizada".</p> <p>"No confían en las enfermeras, pero el ginecólogo ahora nos está ayudando a establecer contacto con ellas".</p> <p>"Se quejan mucho de nosotras. Se quejan de que siempre les enviamos los casos más complicados".</p> <p>"Dicen que referimos todo, pero no entienden que no tenemos la capacidad aquí para resolver las complicaciones".</p> <p>"Los doctores son muy sarcásticos, también las enfermeras. Dicen que 'por qué referimos si no somos doctores'. Es necesario revisar los términos, estandarizar la atención, para que cada quien haga su trabajo, y que dejen de molestarnos".</p> <p>"No tienen información sobre el modelo que usamos en nuestro establecimiento... Dicen que no soy especialista, piensan que es sólo una clínica de Maternidad ordinaria y se molestan con nosotras porque no podemos resolver las complicaciones".</p> <p>"Las enfermeras son muy groseras, los médicos no nos ponen atención, nos ignoran por completo. Hay que tratarlos con guantes y tratar de llevarse bien con ellos. "</p> <p>"No nos caemos bien, pero tratamos de cuidar a los pacientes. En lo que no estamos de acuerdo es en cómo tratan a las mujeres. No las tratan como a un ser humano, sino más bien como otro número. Además, primero juzgan nuestro trabajo y luego reciben a la paciente".</p> <p>"Los directores y especialistas son particularmente cerrados y no nos apoyan".</p>
Hospitales comunitarios	1	8	<p>"A veces dicen que no tienen un ginecólogo, pero sí tienen".</p> <p>"[En el hospital de referencia] siempre están diciendo que referimos a todo y que no están de acuerdo en que atendamos partos".</p> <p>"Pero hay problemas especialmente en las áreas de obstetricia y ginecología. No tienen suficientes especialistas. Hay problemas de sobresaturación".</p> <p>"Porque siempre están cuestionando por qué ordenamos el traslado".</p>
Hospitales generales	2	3	<p>"A pesar de que nos comunicamos con los médicos, su respuesta es que no entienden por qué les referimos 'todo' a ellos".</p>
# de entrevistadas	14	23	

10A: ÍNDICE DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA POR TIPO DE INSERCIÓN

		Tipo de inserción	
		Inserción aislada	Programa de institucionalizado
Índice de prácticas basadas en evidencia científica	13 o 14	2 .18	23 .58
	<13	9 .82	17 .42
Total		11 1.00	40 1.00

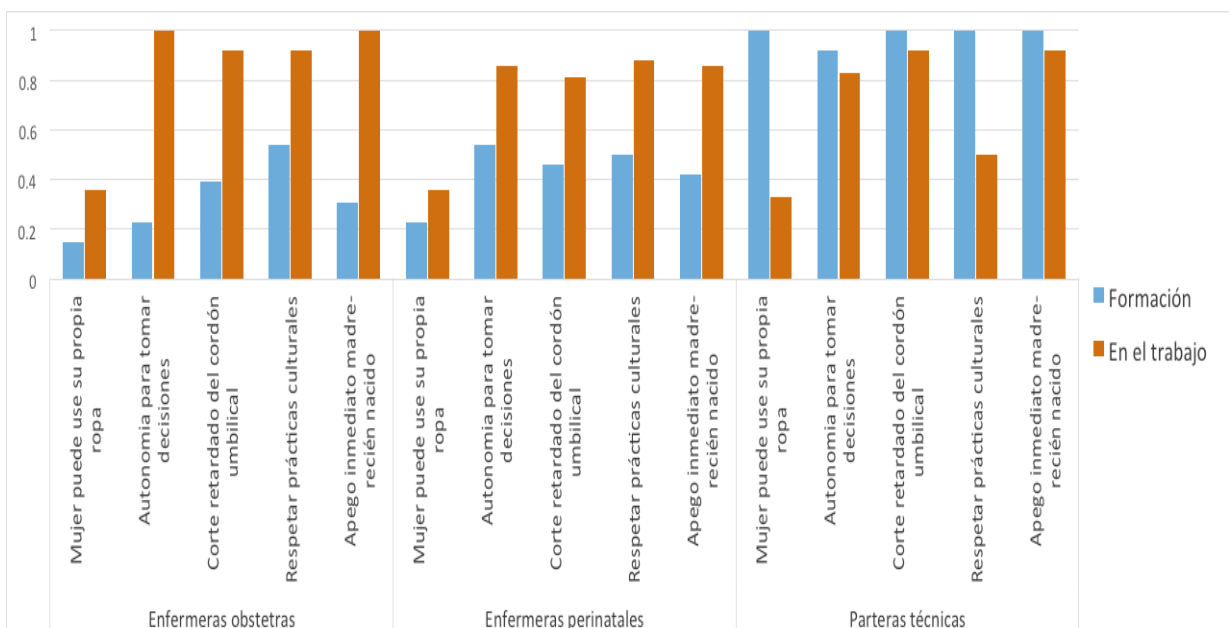
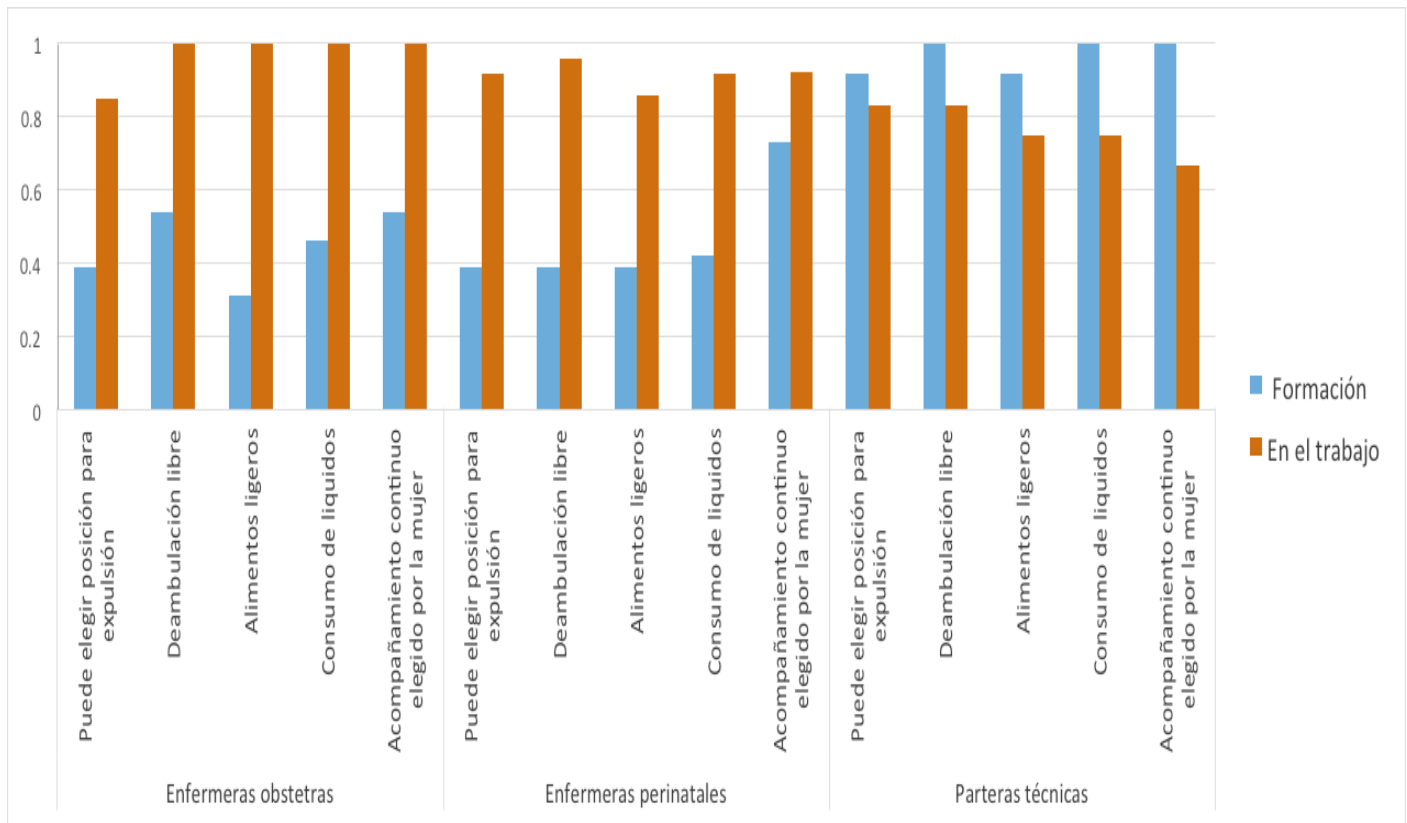
CUADRO 10B. ÍNDICE DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA POR TIPO DE UNIDAD DE SALUD

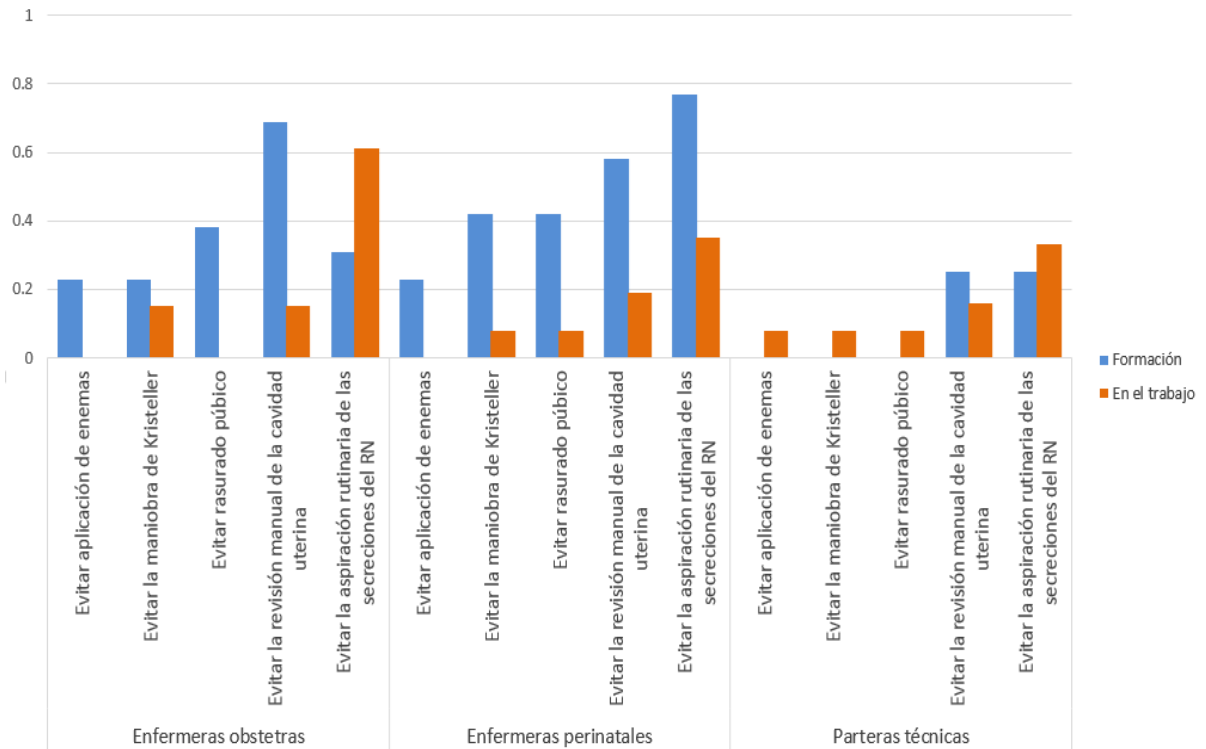
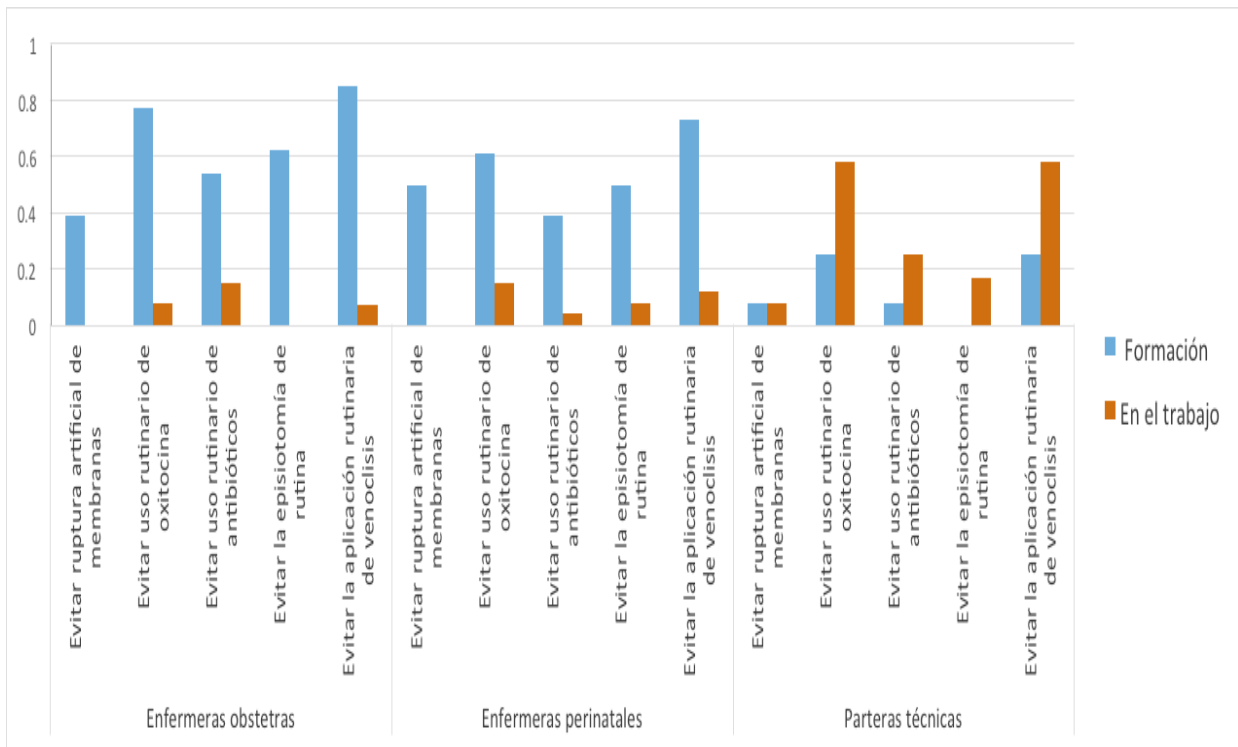
	Índice de prácticas basadas en evidencia científica número de parteras que reportaron <13 y 13 o 14 prácticas		Total de parteras entrevistadas
	13 o 14	<13	
Centro de Salud	1	1	2
Centro de Salud	1	1	2
Centro de Salud	0	1	1
Centro de Salud	0	1	1
Maternidad de primer nivel	3	3	6
Maternidad de primer nivel	7	1	8
Maternidad de nivel intermedio	1	6	7
Maternidad de primer nivel	7	0	7
Maternidad de primer nivel	4	0	4
Hospital comunitario	0	3	3
Hospital comunitario	0	1	1
Hospital comunitario	0	2	2
Hospital comunitario	1	0	1
Hospital general	0	2	2
Hospital general	0	1	1
Hospital general	0	2	2
Hospital de maternidad	0	1	1
Total	25	26	51

CUADRO 11: PROPORCIÓN DE PARTERAS QUE IMPLEMENTAN PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN NIVEL DE AUTONOMÍA

Prácticas basadas en la evidencia científica	Alto nivel de autonomía	Bajo nivel de autonomía	Promedio
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	.95	.69	.88
Libre deambulaci3n	1.00	.85	.96
Consumo de líquidos	.97	.69	.90
Consumo de alimentos ligeros	1.00	.54	.88
Posici3n elegida por la mujer al momento de la expulsión	.92	.77	.88
Contacto inmediato piel a piel	1.00	.69	.92
Corte retardado del cord3n umbilical	.95	.61	.86
Respeto a las prácticas culturales de la mujer	.95	.39	.80
Autonomía de la mujer para tomar decisiones	.97	.69	.90
Evitar la aplicaci3n rutinaria de venoclisis	.74	.31	.63
Evitar la aplicaci3n de oxitocina durante el trabajo de parto	.68	.39	.59
Evitar la exploraci3n manual de cavidad uterina sin anestesia	.79	.46	.71
Evitar el uso rutinario de antibióticos	.76	.77	.77
Evitar la aspiraci3n rutinaria de secreciones del reci3n nacido	.50	0.00	.38

FIGURA 1: PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICAS APRENDIDAS EN LA FORMACIÓN VS. IMPLEMENTADAS EN EL TRABAJO





CUADRO 12: CONDICIONES LABORALES EN UNIDADES PÚBLICAS DE SALUD

(Basada en información estadística proporcionada por el área de estadística de cada establecimiento)

			Enfermeras perinatales	Enfermeras obstetras	Enfermeras generales	Parteras técnicas	Totales
Seguridad laboral	Base	#	30	16	6	1	52
		%	65%	29%	75%	14%	45%
	Contrato	#		13	2		15
		%		23%	25%		13%
	Contrato temporal	#		27		5	32
		%		48%		72%	28%
	Contratación pendiente o sin contrato	#	16			1	17
		%	35%			14%	15%
Total	#	46	56	8	7	116	
	%	100%	100%	100%	100%	100%	
Puesto de trabajo por código	Enfermera especialista	#	1				1
		%	2%				1%
	Enfermera general A	#	23	27	8	1	59
		%	50%	93%	57%	10%	60%
	Enfermera general C	#	6	2	2	0	10
		%	13%	7%	14%		10%
	Enfermera general	#	16		4		20
		%	35%		29%		20%
	Partera técnica	#				8	8
		%				80%	8%
	Administrativo u otro	#				1	1
		%				10%	1%
Total	#	46	29	14	10	99	
	%	100%	100%	100%	100%	100%	
Prestaciones	Ninguna o pendiente	#	16	13	2	9	40
		%	36%	24%	20%	33%	30%
	Incompletas	#		27		17	44
		%		50%		63%	33%
	Completas	#	28	14	8	1	51
		%	64%	26%	80%	4%	37%
Total		44	54	10	27	135	
		100	100	100	100	100	

CUADRO 13: UNIDADES MÉDICAS SELECCIONADAS PARA EL AREA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Nombre de la unidad médica	Ubicación	Nivel de atención	Sector	Entrevistas con prestadores de servicios de salud	Entrevistas con usuarias de los servicios de salud	Cotejos
Clínica Comunitaria Santa Catarina	Ciudad de México	Primero	Público	8	19	Sí
Clínica Hospital CIMIGen	Ciudad de México	Intermedio	Privado	7	19	Sí
Hospital General de Tláhuac	Ciudad de México	Segundo	Público	7	—*	NO
Maternidad San Juan Chamula	Chiapas	Primero	Público	1	—**	Sí
Maternidad Atlacomulco	Estado de México	Primero	Público	8	20	Sí
Maternidad Cuautitlán	Estado de México	Primero	Público	4	9	Sí
Hospital General José Vicente Villada, Cuautitlán	Estado de México	Segundo	Público	4	5	Sí
Hospital CASA	Guanajuato	Primero	Privado	7	12	Sí
Hospital Básico Comunitario San Felipe	Guanajuato	Intermedio	Público	6	22	Sí
Hospital General Dr. Felipe G. Dobarganes	Guanajuato	Segundo	Público	5	7	NO
Hospital Materno San Luis de la Paz	Guanajuato	Segundo	Público	1	—**	NO
Hospital General Tlapa de Comonfort	Guerrero	Segundo	Público	5	12	Sí
Hospital Integral Comunitario San Martín Texmelucan	Puebla	Intermedio	Público	2	4	Sí
Hospital de la Comunidad de Teocelo	Veracruz	Intermedio	Público	5	8	Sí
TOTAL				70	137***	

*No aplicamos entrevistas a las usuarias por falta de tiempo.

**Hubo muy pocos partos atendidos por parteras para aplicar la entrevista a usuarias.

***Diez mujeres dieron a luz por cesárea. Ellas fueron incluidas en atención prenatal, pero fueron excluidas en la atención obstétrica y posparto.

CUADRO 14: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Fuente: Entrevista a prestadores—Resultados: Características Generales de los Prestadores

Características	Médicos				Parteras			
	Ginecólogos / Obstetras	Residentes	Médicos	Pasante ⁵⁵	Enfermeras obstetras (LEO)	Enfermeras Especialistas Perinatales (EEP)	Parteras técnicas	Enfermeras generales
Mujeres	6	0	5	4	5	13	17	2
Hombres	11	1	3	0	0	3	0	0
Auto adscripción indígena	0	0	1	0	2	1	7	0
Hablantes de lengua indígena	0	0	0	0	1	1	4	0
Trabajan en el primer nivel de atención	6	0	1	0	3	10	8	0
Trabajan en el nivel intermedio de atención	1	0	6	0	2	5	4	2
Trabajan en el segundo nivel de atención	10	1	1	4	0	1	5	0
Menos de 1 año laborando en esa profesión	1	0	1	4	1	1	3	0
2-3 años laborando en esa profesión	0	0	1	0	1	5	3	1
4-5 años laborando en esa profesión	6	1	1	0	2	5	4	0
6-10 años laborando en esa profesión	2	0	2	0	1	3	4	0
Más de 10 años laborando en esa profesión	8	0	3	0	0	2	2	1
Menos de 1 año laborando en ese lugar	5	0	2	2	2	1	8	0
2-3 años laborando en ese lugar	6	1	3	0	2	6	6	1
4-5 años laborando en ese lugar	4	0	1	0	1	4	2	0
6-10 años laborando en ese lugar	1	0	2	2	0	3	0	1
Más de 10 años laborando en ese lugar	1	0	0	0	0	2	0	0
Turno matutino	6	1	3	4	1	8	7	0
Turno vespertino	4	0	4	0	2	2	3	2
Turno nocturno	4	0	1	0	1	5	1	0
Variable	3	0	0	0	1	1	6	0
Secretaría de Salud	17	1	8	4	3	12	10	1
Sector privado	0	0	0	0	2	4	7	1

⁵⁵ Un pasante es un médico que ha aprobado todas las materias, excepto una tesis final o un año de servicio social.

CUADRO 15: PRESTADORES DE SERVICIOS POR UNIDAD DE SALUD

Fuente: Entrevista a prestadores—Resultados: Características Generales de los Prestadores

Unidad de Salud	Médicas				Parteras				Total
	Ginecólogas/ Obstetras o Pediatras	Residentes	Médicas	Pasantes ⁵⁶	Enfermeras obstetras (LEO)	Enfermeras Especialistas Perinatales (EEP)	Parteras técnicas	Enfermeras generales	
CIMIGen Clínica- Hospital, Ciudad de México	0	0	0	0	2	4	0	1	7
Clínica Comunitaria Santa Catarina, Ciudad de México	1	0	1	0	2	4	0	0	8
Hospital de la Comunidad de Teocelo, Veracruz	0	0	3	0	0	1	0	1	5
Hospital General de Tlapa de Comonfort, Guerrero	0	0	1	0	0	0	4	0	5
Hospital Materno San Luis de la Paz, Guanajuato	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Básico Comunitario de San Felipe, Guanajuato	1	0	2	0	0	0	3	0	6
Hospital General de Tláhuac, Ciudad de México	6	0	0	0	0	1	0	0	7
Hospital General Dr. Felipe G. Dobarganes, Guanajuato	3	0	0	2	0	0	0	0	5
Hospital General José Vicente Villada, Estado de México	1	1	0	2	0	0	0	0	4
Hospital Integral de San Martín Texmelucan, Puebla	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Hospital de Maternidad CASA, Guanajuato	0	0	0	0	0	0	7	0	7
UNEME Maternidad de Atacomulco, Estado de México	2	0	0	0	1	5	0	0	8
Maternidad de San Juan Chamula, Chiapas	0	0	0	0	0	0	1	0	1
UNEME Maternidad Cuautitlán, Estado de México	3	0	0	0	0	1	0	0	4
Total	17	1	8	4	5	16	17	2	70

⁵⁶ Un pasante es un médico que ha aprobado todas las materias, excepto una tesis final o un año de servicio social.

CUADRO 16: CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Fuente: Entrevista a Usuaris—Resultados: Características Generales de las Usuaris

Edad promedio: 25 años
39% con 7 a 9 años de escuela
28% con bachillerato terminado
8% hablantes de lengua indígena
88% con cobertura de <i>Seguro Popular</i>
Todas excepto 3 mujeres recibieron atención prenatal, con un promedio de más de 6 consultas prenatales cada una
47% eran primíparas
20% tuvieron un segundo hijo
93% tuvieron partos vaginales
De las que tuvieron partos vaginales, 8% experimentaron alguna emergencia obstétrica y 9% tuvieron bebés con alguna complicación neonatal
81% dio a luz en una institución pública de salud

CUADRO 17: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICAS—MÉDICOS Y PARTERAS

Fuente: Entrevista a Prestadores—Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto

Prácticas basadas en la evidencia científica	Médicos		Parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	11	.37	33	.83
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis*	8	.27	32	.80
Monitoreo periódico de la presión arterial	30	1.00	40	1.00
Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	30	1.00	40	1.00
Consumo de líquidos	18	.60	38	.95
Evitar tricotomía	29	.97	38	.95
Evitar la aplicación de enemas	30	1.00	39	.98
Libre deambulación	19	.63	38	.95
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	24	.80	37	.93
Evitar la ruptura artificial de membranas	23	.77	39	.98
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	10	.33	31	.78
Posición litotómica elegida por el prestador de servicios**	22	.73	9	.23
Evitar la episiotomía de rutina	22	.73	38	.95
Aplicación de anestesia antes de la episiotomía	4	.50	2	1.00
Evitar la maniobra de Kristeller	19	.63	36	.90
Evitar la aspiración rutinaria de secreciones en el recién nacido*	10	.33	28	.70
Apego inmediato madre-recién nacido*	17	.57	38	.95
Promoción inmediata de la lactancia materna*	24	.80	39	.98
Corte retardado del cordón umbilical*	14	.47	38	.95
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	29	.97	39	.98
Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto (aplicación de oxitocina previa a la expulsión de la placenta)	24	.80	29	.73
Revisar que la placenta esté completa	30	1.00	40	1.00
Evitar la revisión manual de cavidad uterina	16	.53	33	.83
Uso de anestesia/analgesia para la revisión uterina	1	.07	1	.14

*Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

**Práctica negativa que no se basa en la evidencia científica. La diferencia encontrada es estadísticamente significativa cuando $p \leq 0.01$.

CUADRO 18: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA—MÉDICAS Y PARTERAS POR TIPO*

Fuente: Entrevista a Prestadores—Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto

Prácticas basadas en evidencia científica	Médicas		Enfermeras parteras		Parteras técnicas	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Acompañamiento continuo por una persona de su elección	11	.37	22	.96	11	.65
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis	8	.27	21	.91	11	.65
Monitoreo periódico de la presión arterial	30	1.00	23	1.00	17	1.00
Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	30	1.00	23	1.00	17	1.00
Consumo de líquidos	18	.60	23	1.00	15	.88
Evitar tricotomía	29	.97	22	.96	16	.94
Evitar la aplicación de enemas	30	1.00	22	.96	17	1.00
Libre deambulación	19	.63	23	1.00	15	.88
Evitar la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto	24	.80	21	.91	16	.94
Evitar la ruptura artificial de membranas	23	.77	22	.96	17	1.00
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión	10	.33	20	.87	11	.65
Posición litotómica elegida por el prestador de servicios**	22	.73	6	.26	3	.18
Evitar la episiotomía de rutina	22	.73	22	.96	16	.94
Aplicación de anestesia antes de la episiotomía	4	.50	4	1.00	1	1.00
Evitar la maniobra de Kristeller	19	.63	21	.91	15	.88
Evitar la aspiración rutinaria de secreciones en el recién nacido	10	.33	17	.74	11	.65
Apego inmediato madre-recién nacido	17	.57	23	1.00	15	.88
Promoción inmediata de la lactancia materna	24	.80	23	1.00	16	.94
Corte retardado del cordón umbilical	14	.47	22	.96	16	.94
Mantener la temperatura corporal del recién nacido	29	.97	23	1.00	16	.94
Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto (aplicación de oxitocina previa a la expulsión de la placenta)	24	.80	21	.91	8	.47
Revisar que la placenta esté completa	30	1.00	23	1.00	17	1.00
Evitar la revisión manual de cavidad uterina	16	.53	18	.78	15	.88
Uso de anestesia/analgesia para la revisión uterina	1	.7	0	.0	1	.50

* No se realizó ninguna prueba de significancia estadística porque los números dentro de los grupos de comparación eran muy pequeños.

** Práctica negativa que no se basa en la evidencia científica.

CUADRO 19: PROPORCIÓN DE MÉDICAS Y PARTERAS QUE USARON PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Fuente: Entrevista a Prestadores—Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto

		Médicas	Parteras	Total
Índice de adecuación (.90 o más =20/23 prácticas basadas en evidencia científica)	.90 o más	7	28	35
		.23*	.70*	.50
	<.90	23	12	35
		.77	.30	.50
Total		30	40	70
		1.00	1.00	1.00

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 20: PROPORCIÓN DE MÉDICAS Y PARTERAS POR TIPO* QUE USARON PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Fuente: Entrevista a Prestadores—Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto

		Médicas	Enfermeras parteras	Parteras técnicas	Total
Índice de adecuación (.90 o más= 20/23 prácticas basadas en la evidencia científica)	.90 o más	7	18	10	35
		.23	.78	.59	.50
	<.90	23	5	7	35
		.77	.22	.41	.50
Total		30	23	17	70
		1.00	1.00	1.00	1.00

* No se realizó ninguna prueba de significancia estadística porque los números dentro de los grupos de comparación eran muy pequeños.

CUADRO 21: ATENCIÓN OBSTÉTRICA RECIBIDA—MÉDICAS Y PARTERAS
Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador de servicio que atendió su parto

Fuente: Entrevista a Usuarías—Resultados: Atención durante el trabajo de parto y parto

	Atendidas por médicas		Atendidas por parteras	
	# mujeres	Proporción mujeres*	# mujeres	Proporción mujeres*
Prácticas basadas en la evidencia científica				
Acompañamiento continuo por una persona de su elección**	14	.33	58	.78
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis**	4	.09	40	.54
Consumo de líquidos**	9	.21	45	.61
Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto	37	.86	70	.95
Evitar tricotomía	41	.95	70	.95
Evitar la aplicación de enemas	42	.98	71	.96
Evitar la ruptura artificial de membranas	20	.47	42	.57
Libre deambulaci3n**	18	.42	59	.80
Evitar la aplicaci3n de oxitocina durante el trabajo de parto	16	.37	40	.54
Posici3n elegida por la mujer al momento de la expuls3n**	8	.19	51	.69
Evitar la episiotomía de rutina	21	.49	59	.80
Aplicaci3n de analgesia antes de la episiotomía**	14	.42	18	.67
Evitar la maniobra de Kristeller	40	.93	65	.88
Evitar la revisi3n manual de cavidad uterina rutinaria**	7	.16	36	.49
Uso de anestesia/analgesia para la revisi3n de cavidad uterina	3	.09	3	.09
Contacto inmediato piel a piel con el reci3n nacido**	19	.48	56	.82
Pegar al beb3e inmediatamente al seno materno**	25	.63	59	.87
Estímulo inmediato de la lactancia materna**	23	.58	54	.80
Corte retardado del cord3n umbilical*	3	.08	34	.50
Otras prácticas según la normatividad mexicana				
Ofrecer métodos de planificaci3n familiar despu3s del evento obst3trico y que sean aceptados voluntariamente por la mujer	20	.47	40	.54
Informaci3n proporcionada sobre cuidados posparto	23	.54	56	.76
Informaci3n proporcionada sobre cuidados neonatales	24	.56	53	.72

*Las proporciones del número total de mujeres cambiaron debido a que faltaron respuestas en algunas variables.

** Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 22: ATENCIÓN OBSTÉTRICA RECIBIDA—MÉDICAS Y PARTERAS POR TIPO
Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador de servicio que atendió su parto

Prácticas basadas en evidencia científica	Atendidas por médicas		Atendidas por enfermeras parteras		Atendidas por parteras técnicas	
	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres
Acompañamiento continuo por una persona de su elección*	14	.33	42	1.00	16	.50
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis*	4	.09	34	.81	6	.19
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis*	9	.21	32	.76	13	.41
Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	37	.86	39	.93	31	.97
Evitar tricotomía	41	.95	42	1.00	28	.88
Evitar la aplicación de enemas	42	.98	42	1.00	29	.91
Evitar la ruptura artificial de membranas	20	.47	25	.60	17	.53
Libre deambulaci3n*	18	.42	36	.86	23	.72
Evitar la aplicaci3n de oxitocina durante el trabajo de parto	16	.37	26	.62	14	.44
Posici3n elegida por la mujer al momento de la expuls3n*	8	.19	34	.81	17	.53
Evitar la episiotomía de rutina	21	.49	35	.83	24	.75
Aplicaci3n de analgesia antes de la episiotomía	14	.42	10	.63	8	.73
Evitar la maniobra de Kristeller	40	.93	41	.98	24	.75
Evitar la revisi3n manual de cavidad uterina rutinaria	7	.16	23	.55	13	.41
Uso de anestesia/analgesia para la revisi3n de cavidad uterina	3	.07	0	.00	3	.09
Contacto inmediato piel a piel con el reci3n nacido*	19	.48	36	.97	20	.65
Pegar al beb3 inmediatamente al seno materno	25	.63	32	.87	27	.87
Estímulo inmediato de la lactancia	23	.58	32	.87	27	.87
Corte retardado del cord3n umbilical	3	.08	19	.51	15	.48
Otras prácticas según la normatividad mexicana						
Ofrecer métodos de planificaci3n familiar despu3 del evento obst3trico y que sean aceptados voluntariamente por la mujer*	20	.47	22	.52	18	.56
Informaci3n proporcionada sobre cuidados posparto*	23	.54	34	.81	22	.69
Informaci3n proporcionada sobre cuidados neonatales*	24	.56	32	.76	21	.66

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

**CUADRO 23: PROPORCIÓN DE MÉDICAS Y PARTERAS QUE USARON LAS PRÁCTICAS
NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL**

Fuente: Entrevista a Prestadores—Resultados: Atención prenatal

		Médicas	Parteras	Total
Índice de adecuación (.85 o más =11/13 prácticas basadas en evidencia científica)	.85 o más	6	25	31
		.55*	.78*	.72
	< .85	5	7	12
		.46	.22	.28
Total		11	32	43
		1.00	1.00	1.00

* Las diferencias no son estadísticamente significativas.

**CUADRO 24: PROPORCIÓN DE MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO*
QUE USARON PRÁCTICAS NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL**

Fuente: Entrevista a Prestadores— Resultados: Atención Prenatal

		Médicos	Enfermeras parteras	Parteras técnicas	Total
Índice de adecuación (.85 o más=11/13 prácticas basadas en evidencia)	.85 o más	6	15	10	31
		.44	1.00	.83	.72
	< .85	5	5	2	12
		.56	.0	.17	.28
Total		11	20	12	43
		1.00	1.00	1.00	1.00

* No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños.

CUADRO 25: ATENCIÓN PRENATAL - MÉDICAS Y PARTERAS

Fuente: Entrevista a Prestadores – Resultados: Atención Prenatal

Prácticas de atención prenatal	Médicas		Parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
Proporcionar hierro	6	.55	20	.63
Proporcionar ácido fólico	6	.55	19	.59
Aplicar vacuna antitetánica	4	.36	9	.28
Solicitar pruebas sanguíneas	6	.55	21	.66
Solicitar examen de orina	6	.55	16	.50
Solicitar o realizar ultrasonido	6	.55	18	.56
Solicitar prueba de VDRL (sífilis)	5	.46	16	.50
Solicitar prueba de VIH-sida	6	.55	16	.50
Durante las consultas:				
Tomar presión arterial	6	.55	22	.69
Pesar a la embarazada	6	.55	22	.69
Medir a la embarazada	6	.55	22	.69
Medir el crecimiento uterino*	6	.55	23	.72
Medir la frecuencia cardíaca fetal*	6	.55	23	.72

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 26: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRENATAL - MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO*

Fuente: Entrevista a Prestadores – Resultados: de Atención Prenatal

Prácticas de atención prenatal	Médicos		Enfermeras parteras		Parteras técnicas	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Proporcionar hierro	6	.55	13	.65	6	.50
Proporcionar ácido fólico	6	.55	13	.65	7	.58
Aplicar vacuna antitetánica	4	.36	4	.20	5	.42
Solicitar pruebas sanguíneas	6	.55	13	.65	8	.67
Solicitar examen de orina	6	.55	9	.45	7	.58
Solicitar o realizar ultrasonido	6	.55	11	.55	7	.58
Solicitar prueba de VDRL (sífilis)	5	.46	10	.50	6	.50
Solicitar prueba de VIH-sida	6	.55	10	.50	6	.50
Durante las consultas:						
Tomar presión arterial	6	.55	14	.70	8	.67
Pesar a la embarazada	6	.55	14	.70	8	.67
Medir a la embarazada	6	.55	14	.70	8	.67
Medir el crecimiento uterino	6	.55	15	.75	8	.67
Medir la frecuencia cardíaca fetal	6	.55	15	.75	8	.67

* No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños

CUADRO 27: ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA – MÉDICAS Y PARTERAS
Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador de servicio

Fuente: Entrevista a Usuarías – Resultados: Atención Prenatal

Prácticas de atención prenatal	Atendidas por médicas		Atendidas por parteras	
	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres
Se proporcionó hierro	80	.86	43	.77
Se proporcionó ácido fólico	89	.96	48	.86
Se solicitaron pruebas sanguíneas	87	.94	51	.91
Se solicitó examen de orina	86	.93	51	.91
Se solicitó o realizó ultrasonido	87	.94	50	.89
Se solicitó prueba de VDRL (sífilis)	41	.44	31	.55
Se solicitó prueba de VIH-sida	75	.81	44	.79
Durante las consultas:				
Se tomó la presión arterial	91	.98	56	1.00
Se registró el peso	91	.98	55	.98
Se registró la talla	90	.97	55	.98
Se medió la matriz	89	.96	56	1.00
Se escuchó el latido fetal	89	.96	56	1.00
Se acomodó el bebé*	6	.07	15	.27
Se recomendaron tés*	1	.01	4	.07
Se preguntó cómo se sentía*	57	.61	52	.93

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 28: ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA –MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO*

Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador de servicio

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Atención Prenatal

Prácticas de atención prenatal	Atendidas por médicos		Atendidas por enfermeras parteras		Atendidas por parteras técnicas	
	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres
Se proporcionó hierro	80	.86	37	.80	5	.63
Se proporcionó ácido fólico	89	.96	41	.89	5	.63
Se solicitaron pruebas sanguíneas	87	.94	45	.98	5	.63
Se solicitó examen de orina	86	.93	45	.98	5	.63
Se solicitó o realizó ultrasonido	87	.94	43	.94	5	.63
Se solicitó prueba de VDRL (sífilis)	41	.44	26	.57	4	.50
Se solicitó prueba de VIH-sida*	75	.81	40	.87	3	.38
Durante las consultas:						
Se tomó la presión arterial	91	.98	46	1.00	8	1.00
Se registró el peso	91	.98	46	1.00	8	1.00
Se registró la talla	90	.97	46	1.00	8	1.00
Se midió la matriz	89	.96	46	1.00	8	1.00
Se escuchó el latido fetal	89	.96	46	1.00	8	1.00
Se acomodó el bebé*	6	.07	11	.24	4	.50
Se recomendaron tés*	1	.01	0	.00	3	.43
Se preguntó cómo se sentía*	57	.61	43	.94	8	1.00

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 29: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL – MÉDICAS Y PARTERAS

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención Posparto y Neonatal

Prácticas de atención posparto	Médicas		Parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
Revisar sangrado	13	.87	24	1.00
Revisar tamaño y tono uterino	14	.93	24	1.00
Monitorear ritmo cardiaco	14	.93	22	.92
Monitorear presión arterial	14	.93	24	1.00
Monitorear temperatura	14	.93	23	.96
Asegurarse de que la mujer puede orinar	10	.67	14	.58
Asegurarse de que la mujer puede caminar	11	.73	14	.58
Asegurarse de que la mujer puede tolerar la ingesta oral	11	.73	16	.67
Prácticas de atención neonatal				
Revisar color, respiración, movimiento	4	.27	18	.75
Tomar la temperatura	6	.40	18	.75
Pesar	4	.27	13	.54
Asegurar una lactancia adecuada	6	.40	21	.88
Medir la talla	4	.27	12	.50
Medición del perímetro cefálico	3	.20	9	.38
Vigilar el muñón umbilical	4	.27	20	.83
Brindar instrucciones para el cuidado de la mujer y el recién nacido	11	.73	24	1.00

*Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 30: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL–MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO*

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención Posparto y Neonatal

Prácticas de atención posparto	Médicos		Enfermeras parteras		Parteras técnicas	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Revisar sangrado	13	.87	13	1.00	11	1.00
Revisar tamaño y tono uterino	14	.93	13	1.00	11	1.00
Monitorear ritmo cardiaco	14	.93	12	.92	10	.91
Monitorear presión arterial	14	.93	13	1.00	11	1.00
Monitorear temperatura	14	.93	12	.92	11	1.00
Asegurarse de que la mujer puede orinar	10	.67	8	.62	6	.55
Asegurarse de que la mujer puede caminar	11	.73	8	.62	6	.55
Asegurarse de que la mujer puede tolerar la ingesta oral	11	.73	9	.69	7	.64
Prácticas de atención neonatal						
Revisar color, respiración, movimiento	4	.27	9	.69	9	.82
Tomar la temperatura	6	.40	9	.69	9	.82
Pesar	4	.27	7	.54	6	.55
Asegurar una lactancia adecuada	6	.40	10	.77	11	1.00
Medir la talla	4	.27	8	.62	4	.36
Medición del perímetro cefálico	3	.20	6	.46	3	.27
Vigilar el muñón umbilical	4	.27	12	.92	9	.82
Brindar instrucciones para el cuidado de la mujer y el recién nacido	11	.73	13	1.00	11	1.00

* No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños.

CUADRO 31: PROPORCIÓN DE MÉDICAS Y PARTERAS QUE USARON LAS PRÁCTICAS NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL

Fuente: Entrevista a Prestadores – Resultados: Atención Posparto y Neonatal

		Médicas	Parteras	Total
Índice de adecuación (.80 o más=13/16 prácticas basadas en la evidencia científica)	.80 o más	4	14	18
		.27*	.58*	.46
	<.80	11	10	21
		.73	.42	.54
Total		15	24	39
		1.00	1.00	1.00

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 32: PROPORCIÓN DE MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO* QUE USARON LAS PRÁCTICAS NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL

Fuente Entrevista de Servicio a Usuaris – Resultados de Atención Posparto y Neonatal

		Médicos	Enfermeras parteras	Parteras técnicas	Total
Índice de adecuación (.80 o más=13/16 prácticas basadas en la evidencia científica)	.80 o más	4	7	7	18
		.27	.54	.64	.46
	<.80	11	6	4	21
		.73	.46	.36	.54
Total		15	13	11	39
		1.00	1.00	1.00	1.00

* No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños.

CUADRO 33: ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL RECIBIDA – MÉDICAS Y PARTERAS*

Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador de servicio

Fuente: Entrevista a Usuarías – Resultados: Atención Posparto

Prácticas de atención posparto	Atendidas por médicas		Atendidas por parteras	
	# mujeres	Proporción mujeres	# mujeres	Proporción mujeres
Exploración vaginal	1	.50	37	.80
Revisión de sangrado	1	1.00	39	.91
Revisión externa para evaluar reducción del tamaño del útero	2	1.00	43	.90
En caso de desgarro perineal, revisión y sutura de la herida	1	1.00	30	.86
Monitoreo de la presión arterial	3	1.00	46	.98
Toma de temperatura	3	1.00	45	.94
Método anticonceptivo ofrecido	0	.00	27	.61
Prácticas de atención prenatal				
Revisión del estado general de salud (color, respiración, ritmo cardiaco, movimiento, temperatura corporal)	24	.89	34	.94
Peso y talla	25	.96	33	.94
Revisión del muñón umbilical	25	1.00	35	1.00
Mantener temperatura corporal	13	.59	28	.82
Tamiz neonatal	25	.89	33	.94

* Las diferencias no son estadísticamente significativas

CUADRO 34: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención Prenatal

Prácticas de atención prenatal	Nivel de atención					
	Primero		Intermedio		Segundo	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Recetar hierro*	24	.92	8	.89	6	.75
Recetar ácido fólico*	25	.96	8	.89	6	.75
Vacuna antitetánica*	15	.58	6	.67	1	.12
Solicitud de pruebas sanguíneas*	26	1.00	9	1.00	6	.75
Solicitud de examen de orina*	24	.92	6	.67	4	.50
Solicitud o realización de ultrasonido*	25	.96	8	.89	5	.62
Solicitud de prueba de sífilis	21	.81	8	.89	4	.50
Solicitud de prueba de VIH/Sida*	22	.85	8	.89	3	.37
Durante las consultas:						
Toma de presión arterial	24	.92	8	.89	8	1.00
Pesar a la embarazada	24	.92	8	.89	8	1.00
Medir a la embarazada	23	.88	8	.89	8	1.00
Medir el crecimiento uterino	25	.96	8	.89	8	1.00
Medirla frecuencia cardíaca fetal	25	.96	8	.89	7	.87

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 35: PROPORCIÓN DE PRESTADORES QUE USARON LAS PRÁCTICAS NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención Prenatal

		Nivel de atención			Total
		Primero	Intermedio	Segundo	
Índice de adecuación (.85 o más=11/13 prácticas basadas en evidencia)	.85 o más	21	6	4	31
		.81*	.67*	.50*	.72
	< .85	5	3	4	12
		.19	.33	.50	.28
Total		26	9	8	43
		1.00	1.00	1.00	1.00

* Las diferencias no son estadísticamente significativas.

CUADRO 36: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Atención durante el Trabajo de Parto y Parto

Prácticas basadas en la evidencia	Nivel de atención					
	Primero		Intermedio		Segundo	
	#	Propor- ción	#	Propor- ción	#	Propor- ción
Acompañamiento continuo a la mujer por una persona de su elección	28	1.00	16	.80	0	.00
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis*	27	.96	11	.55	2	.09
Monitoreo periódico de la presión sanguínea	28	1.00	20	1.00	22	1.00
Monitoreo periódico del feto durante el trabajo de parto	28	1.00	20	1.00	22	1.00
Permitir consumo de líquidos*	28	1.00	19	.95	9	.41
Evitar tricotomía (rasurado púbico)	27	.96	19	.95	21	.96
Evitar aplicación de enemas	27	.96	20	1.00	22	1.00
Libre deambulaci3n de la mujer en trabajo de parto*	28	1.00	19	.95	10	.46
Evitar suministro de oxitocina en trabajo de parto	26	.93	19	.95	16	.73
Evitar la ruptura artificial de membranas	28	1.00	20	1.00	14	.64
Posici3n elegida por la mujer al momento de la expuls3n*	27	.96	13	.65	1	.05
Posici3n litot3mica elegida por el prestador**	4	.14	11	.55	16	.73
Evitar la episiotomía de rutina	27	.96	17	.85	16	.73
Uso de analgésicos para la episiotomía	0	.00	2	.67	4	.67
Evitar la maniobra de Kristeller	28	1.00	16	.80	11	.50
Evitar limpieza rutinaria de secreciones del beb3	21	.75	10	.50	7	.32
Apego inmediato madre-reci3n nacido	28	1.00	17	.85	10	.46
Promoci3n inmediata de la lactancia materna	28	1.00	20	1.00	15	.68
Corte retardado del cord3n umbilical*	27	.96	17	.85	8	.36
Mantenimiento de la temperatura del reci3n nacido	28	1.00	20	1.00	20	.91
Manejo activo del tercer estadi3 del trabajo de parto (aplicaci3n de oxitocina previa a la expuls3n de la placenta)	21	.75	12	.60	20	.91
Revisar que la placenta est3 completa	28	1.00	20	1.00	22	1.00
Evitar la revisi3n manual del útero*	26	.93	14	.70	9	.41
Uso de anestesia/analgesia en la revisi3n del útero	0	.00	0	.00	2	.15

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

**Práctica negativa sin base científica. La diferencia encontrada es estadísticamente significativa cuando $p \leq 0.01$

CUADRO 37: PROPORCIÓN DE PRESTADORAS QUE USARON LAS PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Prestadores – Resultados: Atención durante el Trabajo de Parto y Parto

		Nivel de atención			Total
		Primero	Intermedio	Segundo	
Índice de adecuación (.90 o más=20/23 prácticas basadas en evidencia científica)	.90 o más	26	9	0	35
		<i>.93*</i>	<i>.45*</i>	<i>.0*</i>	<i>.50</i>
	<.90	2	11	22	35
		<i>.7</i>	<i>.55</i>	<i>1.00</i>	<i>.50</i>
Total		28	20	22	70
		<i>1.00</i>	<i>1.00</i>	<i>1.00</i>	<i>1.00</i>

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 38: ATENCIÓN OBSTÉTRICA RECIBIDA SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN
Prácticas reportadas por las mujeres por tipo de prestador que atendió su parto

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Atención durante el Trabajo de Parto y Parto

	Nivel de atención					
	Primero		Intermedio		Segundo	
Prácticas basadas en la evidencia científica	#	Propor-ción	#	Propor-ción	#	Propor-ción
Acompañamiento por una persona de su elección	47	1.00	15	.47	10	.26
Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis*	33	.70	7	.22	4	.11
Permitir consumo de líquidos*	36	.77	10	.31	8	.21
Monitoreo fetal periódico durante el trabajo de parto	45	.96	30	.94	32	.84
Evitar tricotomía (rasurado púbico)	47	1.00	27	.84	37	.97
Evitar aplicación de enemas	47	1.00	29	.91	37	.97
Evitar la ruptura de membranas externas	28	.60	18	.56	16	.42
Libre deambulación en el trabajo de parto*	44	.94	19	.59	14	.37
Evitar aplicación de oxitocina en trabajo de parto	26	.55	15	.47	15	.40
Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión*	38	.81	16	.50	5	.13
Evitar la episiotomía de rutina*	41	.87	20	.63	19	.50
Uso de anestesia local antes de la episiotomía	7	.44	11	.65	14	.52
Evitar la maniobra de Kristeller	45	.96	27	.84	33	.87
Evitar la revisión manual rutinaria de la cavidad uterina*	21	.45	7	.22	15	.40
Uso de analgésicos/anestesia durante la revisión manual de la cavidad uterina	1	.02	2	.08	3	.14
Contacto inmediato piel a piel*	40	.98	18	.58	17	.47
Pegar el bebé inmediatamente al seno materno	35	.85	26	.84	23	.64
Promoción inmediata de la lactancia materna	35	.85	18	.58	24	.67
Corte retardado del cordón umbilical	20	.49	11	.36	6	.17
Otras prácticas según las normas mexicanas						
Ofrecer métodos de planificación familiar después del evento obstétrico y aceptados de voluntariamente por la mujer	27	.57	16	.50	17	.45
Información sobre el cuidado posparto	43	.92	18	.56	18	.47
Información sobre el cuidado neonatal*	40	.85	19	.59	18	.47

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 39: ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Prestadores— Resultados: Atención Posparto y Neonatal

	Nivel de Atención					
	Primero		Intermedio		Segundo	
Prácticas de atención posparto	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Revisar sangrado	24	.92	7	1.00	6	1.00
Revisar tamaño y tono uterino	25	.96	7	1.00	6	1.00
Monitorear ritmo cardiaco	23	.89	7	1.00	6	1.00
Monitorear presión arterial	25	.96	7	1.00	6	1.00
Monitorear temperatura	24	.92	7	1.00	6	1.00
Asegurarse de que la mujer puede orinar	15	.58	5	.71	4	.67
Asegurarse de que la mujer puede caminar*	16	.62	5	.71	4	.67
Asegurarse de que la mujer puede tolerar la ingesta oral*	17	.65	6	.86	4	.67
Prácticas de atención neonatal						
Revisar color, respiración, movimiento	17	.65	5	.71	0	.0
Tomar la temperatura	18	.69	6	.86	0	.0
Pesar*	15	.58	2	.29	0	.0
Asegurar una lactancia adecuada*	20	.77	7	1.00	0	.0
Medir la talla*	13	.50	3	.43	0	.0
Medición del perímetro cefálico*	11	.42	1	.14	0	.0
Vigilar el muñón umbilical	19	.73	5	.71	0	.0
Brindar instrucciones para el cuidado de la mujer y el recién nacido	26	1.00	7	1.00	6	1.00

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 40: PROPORCIÓN DE PRESTADORES QUE USARON LAS PRÁCTICAS NORMATIVAS EN LA ATENCIÓN POSPARTO Y NEONATAL SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente Entrevista a Prestadores— Resultados: Atención Posparto y Neonatal

		Nivel de Atención			Total
		Primero	Intermedio	Segundo	
Índice de adecuación (.80 o más—13/16 prácticas basadas en la evidencia científica)	.80 o más	13	5	0	18
		.50*	.71*	.0*	.46
	<.80	13	2	6	21
		.50	.29	1.00	.54
Total		26	7	6	39
		1.00	1.00	1.00	1.00

* Las diferencias no son estadísticamente significativas.

CUADRO 41: ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES (EmON)-MÉDICAS Y PARTERAS

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

	Médicas		Parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
Experiencia y manejo de emergencias				
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de preclamsia/eclampsia (Sí)*</i>	27/30	.90	19/40	.48
Manejo adecuado	8	.30	11	.58
Manejo inadecuado	0	.0	1	.5
Datos insuficientes para evaluar el manejo	19	.70	7	.37
Total	27	1.00	19	1.00
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de hemorragia obstétrica (Sí)*</i>	26/30	.87	21/40	.53
Manejo adecuado	11	.42	10	.48
Manejo inadecuado	1	.4	5	.24
Datos insuficientes para evaluar el manejo	14	.54	6	.29
Total	26	1.00	21	1.00
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de asfixia neonatal (Sí)</i>	6/30	.20	13/40	.33
Manejo adecuado	3	.50	10	.77
Manejo inadecuado	0	.0	1	.8
Datos insuficientes para evaluar el manejo	3	.50	2	.15
Total	6	1.00	13	1.00

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 42: CONOCIMIENTOS* PARA LA ATENCIÓN DE EmON—MÉDICOS Y PARTERAS**

Fuente: Entrevista a Prestadores— Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

Conocimiento de emergencias obstétricas y neonatales	Médicos		Parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de pre-eclampsia/eclampsia</i>				
Ninguno o incorrecto	1	.50	6	.29
Conocimiento parcialmente adecuado	1	.50	8	.38
Conocimiento adecuado	0	.0	6	.29
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	0	.0	1	.5
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de hemorragia obstétrica</i>				
Ninguno o incorrecto	1	.33	6	.32
Conocimiento parcialmente adecuado	1	.33	5	.26
Conocimiento adecuado	1	.33	7	.37
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	0	.0	1	.5
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de asfixia neonatal</i>				
Ninguno o incorrecto	1	.4	6	.22
Conocimiento parcialmente adecuado	2	.8	2	.7
Conocimiento adecuado	2	.8	6	.22
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	19	.79	13	.48

*Solicitamos información de conocimiento de EMON solamente para aquellos profesionales que informaron que no habían enfrentado una emergencia en los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario

** No se realizaron pruebas de significancia estadística por falta de datos.

CUADRO 43: ATENCIÓN DE EmON- MÉDICAS Y PARTERAS POR TIPO*

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

Experiencia y manejo de emergencias	Médicas		Enfermeras parteras		Parteras técnicas	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de preclamsia/eclampsia (Sí)</i>	27/30	.90	12/23	.52	7/17	.41
Manejo adecuado	8	.30	7	.58	4	.57
Manejo inadecuado	0	.0	0	.0	1	.14
Datos insuficientes para evaluar el manejo	19	.70	5	.42	2	.29
Total	27	1.00	12	1.00	7	1.00
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de hemorragia obstétrica (Sí)</i>	26/30	.87	10/23	.44	11/17	.65
Manejo adecuado	11	.42	5	.50	5	.46
Manejo inadecuado	1	.4	1	.10	4	.36
Datos insuficientes para evaluar el manejo	14	.54	4	.43	2	.18
Total	26	1.00	10	1.00	11	1.00
<i>Ha diagnosticado o atendido casos de asfixia neonatal (Sí)</i>	6/30	.20	9/23	.39	4/17	.24
Manejo adecuado	3	.50	8	.89	2	.50
Manejo inadecuado	0	.0	0	.0	1	.25
Datos insuficientes para evaluar el manejo	3	.50	1	.11	1	.25
Total	6	1.00	9	1.00	4	1.00

* No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños.

CUADRO 44: CONOCIMIENTOS* PARA LA ATENCIÓN DE EmON - MÉDICOS Y PARTERAS POR TIPO**

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

Conocimiento de emergencias obstétricas y neonatales	Médicos		Enfermeras parteras		Parteras técnicas	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de pre-eclampsia/eclampsia</i>						
Ninguno o incorrecto	1	.50	2	.18	4	.40
Conocimiento parcialmente adecuado	1	.50	3	.27	5	.50
Conocimiento adecuado	0	.0	5	.46	1	.10
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	0	.0	1	.9	0	.0
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de hemorragia obstétrica</i>						
Ninguno o incorrecto	1	.33	4	.31	2	.33
Conocimiento parcialmente adecuado	1	.33	2	.15	3	.50
Conocimiento adecuado	1	.33	6	.46	1	.17
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	0	.0	1	.11	0	.0
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de asfixia neonatal</i>						
Ninguno o incorrecto	1	.4	1	.7	5	.39
Conocimiento parcialmente adecuado	2	.8	1	.7	1	.8
Conocimiento adecuado	2	.8	5	.36	1	.8
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	19	.79	7	.50	6	.46

* Solicitamos información de conocimiento de EmON solamente para aquellos profesionales que informaron que no habían enfrentado una emergencia en los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario.

** No se realizaron pruebas de significancia estadística porque los números en los grupos de comparación eran muy pequeños

CUADRO 45: ATENCIÓN DE EmON SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

Experiencia y manejo de emergencias	Primero		Intermedio		Segundo	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de preclamsia/eclampsia (Sí)*</i>	12/28	.43	14/20	.70	20/22	.91
Manejo adecuado	4	.33	10	.71	5	.25
Manejo inadecuado	1	.8	0	.0	0	.0
Datos insuficientes para evaluar el manejo	7	.58	4	.29	15	.75
Total	12	1.00	14	1.00	20	1.00
<i>Ha diagnosticado y atendido casos de hemorragia obstétrica (Sí)</i>	16/28	.57	13/20	.65	19/22	.86
Manejo adecuado	7	.44	9	.69	5	.26
Manejo inadecuado	4	.25	1	.8	1	.5
Datos insuficientes para evaluar el manejo	5	.31	3	.23	13	.69
Total	16	1.00	13	1.00	19	1.00
<i>Ha diagnosticado o atendido casos de asfixia neonatal (Sí)</i>	11/28	.39	6/20	.30	2/22	.9
Manejo adecuado	7	.64	5	.83	1	.50
Manejo inadecuado	1	.9	0	.0	0	.0
Datos insuficientes para evaluar el manejo	3	.27	1	.17	1	.50
Total	11	1.00	6	1.00	2	1.00

*Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 46: CONOCIMIENTOS* PARA LA ATENCIÓN DE EmON SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN**

Fuente: Entrevista a Prestadores– Resultados: Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales

	Primero		Intermedio		Segundo	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Conocimiento para atención Emergencias Obstétricas y Neonatales						
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de pre-eclampsia/eclampsia</i>						
Ninguno o incorrecto	5	.31	1	.17	1	1.00
Conocimiento parcialmente adecuado	7	.44	2	.33	0	
Conocimiento adecuado	3	.19	3	.50	0	.0
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	1	.6	0	0	0	.0
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de hemorragia obstétrica</i>						
Ninguno o incorrecto	4	.33	2	.29	1	.33
Conocimiento parcialmente adecuado	2	.17	2	.29	2	.67
Conocimiento adecuado	5	.42	3	.43	0	.0
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	1	.8	0	.0	0	.0
<i>Conocimiento para el diagnóstico y atención de asfixia neonatal</i>						
Ninguno o incorrecto	5	.29	0	.0	2	.10
Conocimiento parcialmente adecuado	4	.24	0	.0	0	.0
Conocimiento adecuado	5	.29	3	.21	0	.0
Datos insuficientes para evaluar el conocimiento	3	.18	11	.79	18	.90

*Solicitamos información de conocimiento de EmON solamente para aquellos profesionales que informaron que no habían enfrentado una emergencia en los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario.

** No se realizaron pruebas de significancia estadística por falta de datos

CUADRO 47: SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS—MÉDICAS Y PARTERAS

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Trato Respetuoso y Satisfacción de las Usuaris

Atención obstétrica	Atendidas por médicas		Atendidas por parteras	
	#	Proporción	#	Proporción
Si tenía una pregunta o preocupación, obtuve una respuesta clara y amistosa*	25	.66	60	.98
Me gusto el lugar donde nació mi bebé	43	.81	76	.97
Recibí un trato excelente	21	.38	52	.66
Darí a luz con la misma persona otra vez*	42	.75	77	.98

* Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 48: SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS CON MÉDICOS, ENFERMERAS-PARTERAS Y PARTERAS TÉCNICAS

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Trato Respetuoso y Satisfacción de las Usuaris

Atención obstétrica	Atendidas por médicos		Atendidas por enfermeras-parteras*		Atendidas por parteras técnicas*	
	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Si tenía una pregunta o preocupación, obtuve una respuesta clara y amistosa	25	.66	36	1.00	17	1.00
Me gusto el lugar donde nació mi bebé	43	.81	36	1.00	32	.94
Recibí un trato excelente**	21	.38	31	.84	19	.56
Darí a luz con la misma persona otra vez	42	.75	37	1.00	33	.97

* El total de enfermeras-parteras y parteras técnicas no se suma al total de parteras incluidas en el cuadro anterior porque excluimos a las mujeres atendidas por enfermeras generales así como los casos en que las mujeres y / o las investigadoras no pudieron determinar si la partera que atendió era un técnico o enfermera-partera.

** Las diferencias son significativas estadísticamente cuando $p \leq 0.01$.

CUADRO 49: SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Entrevista a Usuarias – Resultados: Trato Respetuoso y Satisfacción de las Usuarias

	Nivel de atención					
	Primer		Intermedio		Segundo	
Atención obstétrica	#	Proporción	#	Proporción	#	Proporción
Si tenía una pregunta o preocupación, obtuve una respuesta clara y amistosa	47	.96	16	.94	22	.67
Me gusto el lugar donde nació mi bebé	50	1.00	36	.95	33	.78
Recibí un trato excelente*	38	.75	23	.59	12	.28
Darí a luz con la misma persona otra vez**	50	.98	36	.95	33	.72

*Las diferencias son significativas estadísticamente cuando $p \leq 0.01$.

**Las diferencias son estadísticamente significativas cuando $p \leq 0.05$.

CUADRO 50: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS PARTERAS

Fuente: Entrevista a Usuarias – Resultados: Trato Respetuoso y Satisfacción de las Usuarias

Ventajas de las parteras	#	Desventajas de las parteras	#
Respuestas		Respuestas	
Ninguna	2	Ninguna	24
Cercanía	1	Limitaciones estructurales	2
Más y mejores explicaciones	14	Limitaciones formativas	4
Buena/mejor atención	20	Necesitan respaldo de especialistas en caso de complicaciones	3
Mayor presencia, apoyo y ayuda	14	No dan anestesia	1
Respetuosas buen trato—respetuoso y comprensivo.	22	Costo (en el sector privado)	1
Te dan confianza y te hacen sentir mejor	15	Conocimiento (denostando a las parteras técnicas y tradicionales).	2
Son pacientes y esperan los tiempos naturales del cuerpo	10		
Permiten el acompañamiento	8		
Mejor espacio de atención con mayor privacidad	2		
Total de respondientes (múltiples respuestas)	40		38

CUADRO 51: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS MÉDICOS

Fuente: Entrevista a Usuaris – Resultados: Trato Respetuoso y Satisfacción de las Usuaris

Ventajas de los médicos		Desventajas de los médicos	
Respuestas	#	Respuestas	#
Ninguna	19	Ninguna	8
Saben atender mejor/Saben lo que están haciendo	12	No te atienden, te dejan sola	6
Te tratan bien	1	Te tratan mal, se enojan son violentos, groseros, ofensivos, etc.	14
Los médicos pueden hacer pruebas de laboratorio	1	Prácticas desfavorables (Cesáreas, no permiten el acompañamiento de un familiar, posición horizontal, rompen tus membranas, muchas exploraciones vaginales, etc.)	10
Ventajas estructurales– hay pediatras, mejor infraestructura, medicinas gratis	2	Se sienten incómodos y no te hacen sentir segura	3
Pueden aplicar anestesia	2	No te dan información, no te hablan, no se presentan y no piden permiso.	9
Hay médicos disponibles para atender emergencias	2	Atención mecanizada, consultas cortas	4
		El hospital es frío y está saturado	2
Total de entrevistadas (múltiples respuestas)	39		39