

PARTERIA EN LA COMUNIDAD: Lecciones Aprendidas

Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad

11 al 15 de diciembre de 2006 Hammamet, Túnez



"El mundo necesita a las matronas ahora más que nunca para salvar vidas, tanto de las madres como de sus hijos"

Organizado por UNFPA, ICM, OMS en colaboración con Sida (Suecia), IMPACT & FCI

“Partería en la comunidad: lecciones aprendidas”

Foro internacional sobre formación e incremento del número de
matronas y otras personas con conocimientos de partería

Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad
11 al 15 de diciembre de 2006 Hammamet, Túnez

Organizado por UNFPA, ICM, OMS en colaboración
con Sida (Suecia), IMMPACT & FCI

“El mundo necesita a las matronas
ahora más que nunca para
salvar vidas, tanto de las
madres como de sus hijos”

Una iniciativa conjunta del UNFPA y la ICM para apoyar el llamamiento a una década de Recursos Humanos para la Salud, realizado en la Asamblea Mundial de la Salud el 2006.

Para obtener más información sobre las acciones de los organizadores para invertir en atención calificada para una maternidad segura, visite las páginas Web del Fondo de Población de las Naciones Unidas, www.unfpa.org, de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), www.internationalmidwives.org, y de la iniciativa de la OMS para lograr un embarazo más seguro, www.who.int/making_pregnancy_safer.

Agradecimientos

PREPARADO POR:

Dra. Karen Odberg Pettersson

Sra. Della Sherratt

Sra. Nester Moyo

La ICM, el UNFPA y la OMS con la iniciativa de lograr un embarazo más seguro, agradecen al Gobierno de Túnez permitir la realización del Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad y su participación en las sesiones de inauguración y clausura del evento.

Los organizadores agradecen también el apoyo proporcionado tanto por Sida, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en particular D.^a Gunilla Essner, Oficial Mayor de Programa de Salud, por el Gobierno de Luxemburgo, y por todas las otras organizaciones que han respaldado este magno acontecimiento en concreto; la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT) de la Universidad de Aberdeen, Escocia, Family Care International (FCI) y el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) de la Universidad de Columbia, Estados Unidos y finalmente expresamos nuestra gratitud a los Ministerios de Salud, a los directores de programas y empleados de las oficinas nacionales del UNFPA y de la OMS, así como a los representantes de las distintas asociaciones profesionales de Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Camboya, Guatemala, Haití, India, Indonesia, Jordania, Kenia, Malawi, México, Marruecos, Mozambique, Nepal, Níger, Pakistán, Sudán, Tanzania, Túnez, Yemen y Zimbabwe, ya que sin el apoyo ni asistencia de los 22 países que presentaron las lecciones aprendidas, la realización de este importante foro no habría sido posible.

Índice

Agradecimientos	ii
Glosario de Términos	iv
Resumen informativo	1
Contexto: ¿Por qué centrarse en la partería en la comunidad?	4
Objetivo general del Foro	6
Sesión inaugural	8
Ceremonia de inauguración y dedicatoria	8
Sesiones técnicas	11
Resumen de las exposiciones	11
Sesión plenaria	12
Colaboración interprofesional	23
La red RPMM: fortalecimiento del entorno capacitador, lecciones aprendidas	24
S&E: ¿Qué hay que evaluar? ¿Por qué “Segimiento y evaluación”?	25
Defensa y promoción	27
Trabajo de grupo sobre escenarios	28
Sesión de clausura, día 5	30
Llamamiento a la acción	33
Camino por recorrer	35
Mensajes Clave	36
Anexo 1: Programa Final	37
Anexo 2: Lista de participantes	40
Anexo 3: Estudios de casos	48
Anexo 4: Llamamiento a la acción	53
Anexo 5: Referencias y bibliografía	55
Anexo 6: Definición de la Matrona	56

Glosario de Términos

<p>Partería (<i>Midwifery</i>; La pratique de sage-femme; Kebeba)</p>	<p>Ámbito de acción de la práctica de las matronas profesionales. Arte y ciencia de atender a una mujer antes, durante y después del parto.</p>
<p>Matrona (<i>Midwife</i>; Sage-femme)</p>	<p>Profesional sanitaria acreditada (calificada) que atiende a las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto y proporciona cuidados tanto a las madres como a sus bebés durante el puerperio. Tiene una importante función promotora y preventiva en la ampliación de la salud reproductiva, la defensa sanitaria, la capacitación de las mujeres y la salud de los neonatos (véase Definición de Matrona, Anexo 6).</p>
<p>En la comunidad (<i>In the community</i>; Dans la communauté)</p>	<p>Nivel del sistema sanitario cercano a la residencia de las familias, por ejemplo, un puesto sanitario, una clínica, un centro de salud público o privado, una ONG o el propio domicilio familiar (en ocasiones denominado nivel de atención sanitaria primaria).</p>
<p>Personal calificado de partería (<i>Midwifery Workforce</i>; Les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme)</p>	<p>Profesionales sanitarios cuya función principal consiste en proporcionar atención sanitaria a las mujeres durante el embarazo y el parto, y a las madres y a sus bebés durante el puerperio.</p>
<p>Personal calificado de maternidad (<i>Maternity Workforce</i>; L'ensemble des professionnels de santé maternelle)</p>	<p>Conjunto de profesionales necesarios para los cuidados de maternidad, entre los que se incluyen las matronas y otras personas con conocimientos de partería, pero también el personal de obstetricia y cirugía, el de pediatría (médicos y enfermeras de recién nacidos), los técnicos de laboratorio, los radiólogos, etc.</p>
<p>Asistentes de maternidad (<i>Maternity support workers</i>; Les agents communautaires de santé maternelle)</p>	<p>Trabajadores sanitarios, trabajadores comunitarios y otros profesionales, como curanderos tradicionales y otros, que trabajan y tienen vínculos con el personal calificado de partería, y que desempeñan un papel importante en el apoyo al acceso de mujeres y recién nacidos a una atención calificada para un embarazo y un parto seguros en la que se incluyen cuidados neonatológicos y durante el puerperio.</p>
<p>Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) básicos y ampliados (<i>Emergency obstetric care (EmOC), basic and comprehensive</i>; Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et complets)</p>	<p>Ocho funciones principales</p> <p>Básicas: administración parenteral de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos; retiro manual de la placenta; aspiración manual endouterina; extracción con ventosa obstétrica; estabilización para la derivación y provisión de cuidados tanto previos a ella como durante la misma.</p> <p>Ampliadas: todas las anteriores más la cirugía (cesárea) y la transfusión segura de sangre.</p>

Cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia (CONEm) (Emergency obstetric and neonatal care (EmONC); Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence [SONU])

Nueve funciones principales

Básicas: administración parenteral de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos; retiro manual de la placenta; aspiración manual endouterina; extracción con ventosa obstétrica; reanimación neonatal; estabilización para la derivación y provisión de cuidados tanto previos a ella como durante la misma.

Ampliadas: todas las anteriores más cesárea y transfusión segura de sangre.

Atención calificada durante el embarazo y el parto (Skilled care for pregnancy and birth; Soins obstétricaux qualifiés)

Atención durante el embarazo y el parto proporcionada por un profesional calificado en un entorno capacitador y apoyado por un sistema de derivaciones operativo.

Competencia (Competency)

Conjunto de conocimientos, destrezas, aptitudes, experiencia, etc. que debe reunir un individuo para realizar su trabajo.

Destrezas (Skills)

Habilidades aprendidas adquiridas a través de la formación o la experiencia para el desempeño de labores o tareas específicas. Suelen estar relacionadas con tareas o técnicas individuales, sobre todo las que requieren el uso de las manos o el cuerpo.

Competencias esenciales (Core competencies)

Combinación de destrezas complementarias y bases de conocimiento (más de una) que forman parte de la especialización de un grupo, un equipo o un colectivo profesional y que delimitan un campo especializado (como la partería).

ODM- 5

El quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptado por los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas en el año 2000, por el que se pretende reducir a la mitad la pobreza extrema para el año 2015. El objetivo es reducir tres cuartos la tasa de mortalidad maternal.

Resumen informativo

El Primer Foro Internacional sobre *Partería en la Comunidad* celebrado los días 11 al 15 de diciembre de 2006 en la ciudad de Hammamet, Túnez, fue organizado por la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo de la Sida, el Gobierno de Luxemburgo, la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT), Family Care International (FCI), el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) y la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH).

Este Foro reunió a expertos multidisciplinares procedentes de 22 países, de ingresos bajos y medios de cuatro regiones del mundo (África, Asia, Oriente Medio, y Latinoamérica y el Caribe) para estudiar cómo aumentar los cuidados de partería en la comunidad. Los organizadores reconocen que las iniciativas realizadas al amparo de la iniciativa de maternidad segura siempre han establecido como prioridad la necesidad de una atención calificada durante el parto. No obstante, la intensificación de los cuidados de partería de calidad en la comunidad no ha recibido la atención debida, si se compara con la prestada al aumento de los cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia; sin la estrecha colaboración de los profesionales de partería calificados a las mujeres y sus familias, los conocimientos sobre cuándo y cómo acceder a esos cuidados, e incluso la disposición para hacerlo, resultan limitados.

La participación de la comunidad internacional en el aumento del número de matronas y otras personas con conocimientos de partería adquirió visos de urgencia con la publicación del Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 *Colaboremos por la Salud*. El reconocimiento de la gran escasez de recursos humanos, junto con la posterior publicación de la serie de artículos de la revista *The Lancet* sobre supervivencia materna en el año 2006, generó un debate acerca de las estrategias más eficaces para alcanzar el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el Glosario), especialmente para determinar la mejor manera de aumentar y mejorar los recursos humanos. Existe una necesidad urgente de revisar los programas actuales destinados a aumentar esos recursos para una maternidad segura y analizar su posible eficacia, antes de que otros países decidan embarcarse en costosas iniciativas.

El objetivo general del Foro consistía en cotejar conocimientos y experiencias con el fin de proporcionar orientación sobre políticas y programas a los países de bajos ingresos que deseen reforzar su personal calificado de partería en la comunidad para salvar vidas tanto de madres como de recién nacidos. Los objetivos específicos eran:

- 1) compartir las lecciones aprendidas en los distintos países sobre la intensificación de la partería en la comunidad como parte de la reducción de la tasa de mortalidad materna;
- 2) desarrollar un marco para la evaluación de la capacidad de partería;

- 3) resaltar las cuestiones que necesitan una acción tanto política como de planificación;
- 4) alcanzar un consenso sobre las mejores opciones para un aumento rápido de la educación de matronas y otras personas con conocimientos de partería; y
- 5) compartir experiencias sobre el desarrollo de un plan de acción tanto a escala nacional como regional para fortalecer las asociaciones profesionales de partería.

La inauguración del Foro estuvo a cargo del director del centro nacional de Túnez para la formación de personal sanitario, el Prof. Mohamed Bechir Helayem, quien habló en nombre del Ministerio de Salud Pública del país anfitrión. Las sesiones técnicas y las exposiciones nacionales abordaron seis temas considerados cruciales según las pruebas actuales, para aumentar los recursos humanos y así proporcionar unos cuidados seguros a las madres y los recién nacidos:

- 1) Aparición en la pantalla del radar político
- 2) Garantía de cuidados de partería para las personas pobres y residentes en zonas de difícil acceso
- 3) Educación
- 4) Supervisión
- 5) Factores capacitadores
- 6) Seguimiento y evaluación

Después de las exposiciones de los diferentes países, los participantes trabajaron durante dos días en grupos multinacionales en la consideración de recomendaciones para el aumento de la partería en la comunidad en tres distintos **escenarios** típicos.

Los participantes llegaron a la conclusión de que las cuestiones que deben abordarse en cualquier escenario nacional para aumentar la partería en la comunidad se resumen en seis epígrafes principales:

- 1) Política, marco jurídico, y normas y directrices nacionales sobre partería.
- 2) Garantía de un acceso equitativo a los cuidados de partería.
- 3) Formación que incluya planes de estudios basados en la competencia, profesoras de partería competentes, fomento de la capacidad de las instituciones formativas y acción paralela para el desarrollo de estrategias de recursos humanos tanto a corto como a largo plazo.
- 4) Supervisión basada en el apoyo y el fomento de la capacidad.
- 5) Provisión de un entorno capacitador para las matronas que trabajen en la comunidad que incluya la colaboración profesional, equipo y material, alojamiento y seguridad personal.
- 6) Mejora en la reunión de pruebas, principalmente mediante un sólido proceso de seguimiento y evaluación.

Entre los participantes también hubo un sentimiento generalizado de que existe una necesidad urgente de atraer la atención de la comunidad mundial y sus países hacia la falta de acceso a cuidados de partería, en especial en la comunidad. Con esto en mente se realizó un “*llamamiento a la acción*” a todos los interesados para dedicar una atención urgente e intensificada al aumento de la partería en la comunidad con las siguientes prioridades: políticas que garanticen un acceso equitativo a los cuidados de partería; refuerzo de los sistemas reguladores de la distribución y la conservación de los recursos humanos; inversión en formación de Matronas basada en la competencia; ayuda mutua entre colegas y supervisión basada en el apoyo; y provisión de un entorno capacitador que garantice la seguridad básica del personal y sus familias. Los resultados de un seguimiento y una evaluación regulares deberán guiar todos los esfuerzos realizados a este respecto.

RESUMEN

Los participantes llegaron a las siguientes conclusiones:

- Es un derecho de toda mujer embarazada el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, lo más cerca posible de su domicilio.
- Los países con una tasa de mortalidad materna elevada deberían aumentar la atención calificada con profesionales que reúnan todas las competencias esenciales de partería (tal y como las define la ICM: véase el Glosario). Las destrezas solas no son suficientes. Las pruebas derivadas de un seguimiento y una evaluación regulares deberán guiar todos los esfuerzos.
- Cualquier asistente de partería que no reúna todas las competencias necesarias deberá contar con la supervisión de una matrona competente que se encargue de su formación.
- La partería es una actividad distinta de la enfermería de obstetricia y maternidad, y debería respetarse como tal por sus conocimientos propios y exclusivos.
- Todas las matronas, incluidas las que trabajan en la comunidad, deben ejercer su profesión en un entorno capacitador que cuente con un marco jurídico y de políticas basado en el apoyo y el respaldo de un centro de CONEm totalmente operativo, y que les proporcione un alojamiento adecuado, educación para sus hijos y seguridad personal. Las matronas deben formar parte del equipo de cuidados de maternidad.
- Los profesores y supervisores de partería deben ser competentes y tener experiencia tanto en esa materia como en tecnologías educativas y formativas.
- Debería animarse activamente a los hombres a participar más en soluciones culturalmente apropiadas para garantizar el acceso a los cuidados calificados de partería en la comunidad.

Contexto: ¿Por qué centrarse en la partería en la comunidad?

Cada año se registran aproximadamente unas 530.000 muertes de mujeres por complicaciones durante el embarazo y el parto, el 90% de las cuales se producen en el sur de Asia y el África subsahariana, y se calcula que la cifra anual de mujeres que experimentan problemas de salud graves derivados de ambos procesos, como la fístula obstétrica, se sitúa entre los 10 y los 20 millones. Se estima que mueren unos siete millones de recién nacidos al año. El 70% de las muertes maternas pueden atribuirse a cinco complicaciones principales, la mayoría de las cuales se producen durante el parto y el posparto. Aproximadamente el 15% de las mujeres experimenta alguna complicación durante el embarazo o el parto. La mayor parte de las muertes y discapacidades maternas y al menos la mitad de los siete millones anuales de muertes de neonatos podrían evitarse si todos los partos los atendiesen profesionales sanitarios calificados con acceso a centros de derivación de calidad, y la probabilidad de éxito sería mayor si esos profesionales trabajasen lo más cerca posible de la población, o lo que es lo mismo, en la comunidad.

Los organizadores del Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad celebrado los días 11 al 15 de diciembre de 2006 en Hammamet, Túnez –la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) – reconocen que las iniciativas realizadas al amparo de la iniciativa de maternidad segura siempre han establecido como prioridad la necesidad de una atención calificada durante el parto. No obstante, la intensificación de los cuidados de partería de calidad en la comunidad no ha recibido la atención debida, si se compara con la prestada al aumento de los cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia; sin la estrecha colaboración de los profesionales de partería calificados a las mujeres y sus familias, los conocimientos sobre cuándo y cómo acceder a esos cuidados, e incluso la disposición para hacerlo, resultan limitados.

El Foro reunió a una serie de expertos con el fin de estudiar cómo aumentar los cuidados de partería en la comunidad. Este Foro era continuación de una reunión celebrada por el UNFPA en Nueva York en marzo de 2006, contó con el apoyo del Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Sida), el Gobierno de Luxemburgo, la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT), Family Care Internacional (FCI), el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) y la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH). Los resultados de la reunión de Nueva York y los de este foro, en el que han participado 22 naciones de tres continentes distintos, constituirán la base para una reunión técnica más breve que la OMS organizará en Ginebra en 2007.

Las pruebas tanto históricas como contemporáneas halladas en muchos países demuestran el impacto de la partería sobre la mortalidad materno-infantil: Suecia, Malasia y Sri Lanka, con matronas calificadas que trabajan en la comunidad o cerca de ella (Högberg, 1985, Padmanathan, Liljestrang, et al. 2003); Kerala, una provincia del sur de India, que ha promocionado la partería; y Chile, que actualmente

cuenta con un programa universitario de cinco años de duración para matronas (Segovia, 1998).

Las capacidades básicas requeridas para proporcionar cuidados que salven la vida de mujeres y recién nacidos son las de una matrona (OMS, 2004).

Los ODM incluyen un indicador sobre el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, y destacan la importancia del papel de la matrona para lograr una mejora de la salud materna. El Informe sobre la salud en el mundo 2005 reconoce a las matronas como el modelo de asistentes de partería calificadas (OMS, 2005). De acuerdo con esto, se calcula que, en la actualidad, un asistente calificado no atiende más del 40% de los partos que se producen en los países de ingresos bajos (Stanton et al., 2006), pero esta cifra puede ser superior a la real, porque no está claro que todos los países adopten la definición internacional para ese tipo de profesionales. Esto pone de manifiesto la gran magnitud de los esfuerzos necesarios para alcanzar el objetivo de que en 2015 el 90% de los partos estén atendidos por ellos. La OMS calcula que se precisan otras 334.000 matronas para cubrir las necesidades actuales y casi el doble de esa cantidad para poner en marcha el acceso universal a un paquete completo de servicios de atención sanitaria (OMS, 2005).

El aumento de la partería en la comunidad es una cuestión compleja que plantea grandes desafíos. Las limitadas posibilidades de educación y futuras oportunidades, sobre todo para sus hijos, pero también incluso para ellas mismas, afectan a la disposición de las jóvenes matronas profesionales para vivir en zonas rurales. Además, la inseguridad de ejercer en comunidades a las que no pertenecen ha resultado una limitación seria que ocasiona problemas como condiciones de vida inseguras, situaciones de acoso sexual y desconocimiento cultural. La inestabilidad política o la guerra civil, por ejemplo, puede suponer un obstáculo para las matronas calificadas fuera de sus propios grupos étnicos (Pettersson et al., 2004).

Con todo, en la mayoría de los casos, las matronas son las principales personas de contacto para las mujeres y sus familias. Cuando se distribuyen de manera equitativa, las matronas pueden llegar a todas las mujeres, incluidas las más pobres, en especial a las que de otro modo no buscarían atención. Y cuando reciben la formación adecuada, las que trabajan en la comunidad no sólo intervienen para salvar vidas, sino que también pueden estabilizar a las madres y sus bebés si surgen complicaciones que supongan una amenaza para sus vidas mientras se dispone su traslado al siguiente nivel de atención sanitaria (deBernis, Sherratt et al., 2003).

Al trabajar en y con las comunidades, las matronas pueden ser unas colaboradoras eficientes en iniciativas más amplias de salud pública. En países con servicios de partería sólidos, también ofrecen servicios de inmunización, educación sanitaria y fomento de muchos aspectos de la vida sana, y a menudo participan en iniciativas de salud escolar y ambiental.

La participación de la comunidad internacional en el aumento del número de matronas y otras personas con conocimientos de partería adquirió visos de urgencia con la publicación del Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 *Colaboremos por la Salud*. El reconocimiento de la gran escasez de recursos humanos, junto con la

posterior publicación de la serie de artículos de la revista *The Lancet* sobre supervivencia materna en el año 2006, generó un debate acerca de las estrategias más eficaces para alcanzar el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM5 (véase el Glosario).

La atención en la actualidad se centra en hallar la mejor forma de invertir recursos humanos para conseguir cumplir el ODM5, en especial en los países de ingresos bajos y más concretamente en el África subsahariana y algunas partes del sur de Asia.

Por consiguiente, existe una necesidad urgente de revisar los programas destinados a aumentar los recursos humanos para una maternidad segura y analizar su posible eficacia, antes de que otros países decidan embarcarse en costosas iniciativas.

OBJETIVO GENERAL DEL FORO

El objetivo general del Foro fue cotejar conocimientos y experiencias con el fin de proporcionar orientación sobre políticas y programas que ayuden a los países de bajos ingresos a reforzar su personal calificado de partería en la comunidad para salvar vidas tanto de madres como de recién nacidos.

Más concretamente, el Foro ofreció una plataforma para la puesta en común de las experiencias positivas y negativas de los países así como de las lecciones aprendidas para reforzar el personal calificado de partería en la comunidad. Además, proporcionó una oportunidad para el intercambio de conocimientos y experiencias en lo referente al desarrollo de un plan de acción a escalas nacional y regional para el fortalecimiento de las asociaciones profesionales de matronas.

Los resultados tangibles incluyen orientación sobre políticas concretas y acción de programas para reforzar el personal calificado de partería en la comunidad; un consenso sobre las mejores prácticas para un aumento rápido de esa actividad; y mensajes clave para su promoción.

PARTICIPANTES

El Foro contó con representación de 22 países de cuatro regiones del mundo: África, Asia, Oriente Medio, y Latinoamérica y el Caribe. Esos países fueron Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Camboya, Guatemala, Haití, India, Indonesia, Jordania, Kenia, Malawi, México, Marruecos, Mozambique, Nepal, Níger, Pakistán, Sudán, Tanzania, Túnez, Yemen y Zimbabwe. Además también asistieron matronas de Canadá, Chile, Países Bajos, Suecia y Reino Unido que compartieron las experiencias de sus países de ingresos medios y altos. El Ministerio de Sanidad de Túnez accedió amablemente a albergar el Foro y algunas delegaciones de él participaron en las sesiones de inauguración y clausura.

La mayoría de las delegaciones nacionales estaban formadas por matronas, obstetras, funcionarios de los ministerios de sanidad y responsables de programas del UNFPA o de la OMS. Algunas de las organizaciones asistentes fueron la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Sida), el African Development Bank, la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT) de la Universidad de Aberdeen, Family Care International (FCI), el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) de la Universidad de Columbia y la Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM). Para consultar la lista completa de participantes, véase Anexo 2.

EJERCICIO PREVIO AL FORO

Se pidió a los equipos de cada país que prepararan

- una matriz nacional sobre partería;
- una exposición de un tema encomendado.

ACTIVIDADES POSTERIORES AL FORO

- Divulgación y promoción del llamamiento a la acción
- Elaboración, traducción, impresión y distribución del informe final y el documento de orientación
- Celebración de reuniones técnicas de seguimiento en regiones y países
- Celebración de una reunión técnica a cargo de la OMS para el análisis de pruebas y la preparación de recomendaciones para sus estados miembros
- Creación de un plan de acción conjunto por parte de los colaboradores para ayudar a los países a aplicar las recomendaciones

PROGRAMA: VÉASE ANEXO 1

Sesión inaugural

CEREMONIA DE INAUGURACIÓN Y DEDICATORIA

Él Foro comenzó con un minuto de silencio en recuerdo a todas las madres fallecidas durante el embarazo o el parto. Cada madre que muere no sólo es una madre, sino también esposa, hija, nuera, nieta, hermana y amiga de muchas personas de su comunidad. Cada recién nacido es un individuo y una criatura de Dios, hijo, nieto, puede que hasta hermano o hermana, y representa el futuro y las esperanzas no cumplidas; una vida trágicamente interrumpida en su mismo comienzo.

A continuación, el equipo de México ofreció una ceremonia tradicional en la que se rindió homenaje a los antepasados y a los cuatro puntos cardinales del mundo empezando por el Este, por donde sale el Sol, y se dedicó un reconocimiento y un saludo a los cuatro elementos: aire, agua, fuego y tierra.

Tras una reflexión sobre los motivos centrales del Foro, un equipo que representaba al sur de Asia cerró la ceremonia inaugural encendiendo tres velas que simbolizaban la cooperación para garantizar la seguridad de las madres y los recién nacidos, y cuya luz representaba la sabiduría y la orientación para lograrlo.

INAUGURACIÓN

El profesor Mohamed Bechir Helayem, director del centro nacional de Túnez para la formación de personal sanitario, inauguró el Foro en nombre del Ministro de Salud Pública. El Dr. Helayem compartió sus opiniones con respecto a la simbólica ceremonia inicial y destacó la sagrada relación entre las mujeres y las matronas. A continuación procedió a la lectura del discurso oficial del Ministro de Salud Pública, quien expresaba sus deseos de éxito para el encuentro y el privilegio que suponía para todas las autoridades tunecinas que su país hubiese resultado elegido para albergar un acontecimiento tan importante. También hacía hincapié en la necesidad de voluntad política para reforzar el sector sanitario, en concreto en materia de atención materna, y mencionaba que la inversión en acciones estratégicas, y en especial en matronas como proveedoras clave de ese tipo de atención, había conducido a una reducción de la mortalidad materna en Túnez. Concluido el discurso, el profesor Helayem declaró inaugurado el Foro y expresó sus propios deseos de éxito para el encuentro.

La Dra. Rym Ben Aissa, miembro del Consejo Nacional de Planificación Familiar y directora del Centro de Investigación en Salud Reproductiva, resumió los principales factores determinantes de la reducción de la mortalidad materna en

Túnez y, reiterando las palabras del Ministro, enfatizó la importancia de la voluntad política, que había hecho posible la emancipación femenina, la regulación del aborto y la enseñanza obligatoria para las mujeres, además de fomentar la partería tanto para la planificación familiar como para una maternidad segura.

D.^a Gunilla Essner, del Sida, uno de los principales patrocinadores del Foro, realizó a continuación su declaración inicial sobre por qué apoya la partería ese organismo, que recientemente ha concluido su propio documento internacional con las estrategias suecas para la salud sexual y reproductiva, y dijo a los participantes que *“La mejora de la situación de la mujer se pone de relieve en la política, según la que las matronas con formación desempeñan un papel fundamental en la supervivencia materno-infantil y resultan de vital importancia para el cumplimiento de los ODM en 2015”*. A continuación mencionó que, por lo tanto, un aspecto importante de su estrategia consistía en capacitar a mujeres y niñas en su entorno natural, ya que esa capacitación constituye el núcleo de un modelo de atención en materia de partería.

Haciendo referencia a la trayectoria histórica de Suecia en cuanto a reducción de la mortalidad materna, la Sra. Essner expresó que entre las claves del éxito figuraba una buena educación básica, y la garantía de que la comunidad recurra a las matronas profesionales asignadas a cada distrito. También reconoció que cada país necesita un apoyo y una ayuda diferentes, y resumió las muchas formas en las que el Sida apoya en la actualidad el refuerzo de la partería en una serie de países de África, Asia y Latinoamérica y el Caribe.

Concluyó diciendo que el Sida se alegra de apoyar el Foro para realzar la importancia de una perspectiva exhaustiva sobre las matronas y de un entorno capacitador en el que trabajar. Además, expresó su deseo de que el Foro proporcione orientación sobre muchas cuestiones, incluidas la ayuda a las matronas para conseguir respeto y mejores salarios, así como la actualización y la mejora de los planes de formación, las instituciones y las destrezas de las profesoras de partería, y aludió a la necesidad de ofrecer orientación y apoyo a los países para abordar problemas de políticas referentes al ámbito de acción de las matronas.

La Dra. Arletty Pinel, directora de Salud Reproductiva, dio la bienvenida a los participantes en nombre del UNFPA. Se refirió a la reunión que el UNFPA y sus colaboradores celebraron en marzo de 2006 para tratar el tema general de la contribución de las matronas al ODM5 y uno de cuyos resultados directos fue el desarrollo de la estrategia de esa organización para apoyar el aumento de la partería en países con una mortalidad y una morbilidad maternas elevadas.

También reiteró que el movimiento a favor de la atención calificada durante el parto no sólo está relacionado con la adquisición de destrezas técnicas, sino también con la importancia de la motivación guiada por la pasión y, a continuación, lanzó a los participantes el desafío de hallar la determinación para protestar contra el hecho de que 20 años después de la puesta en marcha de la iniciativa mundial para la maternidad segura, siguiese habiendo tantas mujeres que dan a luz solas o sin un asistente calificado, ya que no podía permitirse que esa situación continuase. Además, lamentó que los organizadores no hubiesen podido proporcionar apoyo a todos los países que habían expresado su deseo de participar en el Foro, pero interpretó el interés como algo positivo que ponía de manifiesto el gran número de

países comprometidos con la búsqueda de soluciones para aumentar el acceso a los cuidados de partería.

Para concluir, la Dra. Pinel recordó a los participantes que las consideraciones y recomendaciones del Foro debían ser prácticas pero exhaustivas, ya que aunque resulta evidente la necesidad de orientación para una acción urgente, también se precisan soluciones a largo plazo que puedan garantizar la sostenibilidad. *“Deben desaparecer las soluciones deficientes para los países en proceso de paliación de la pobreza. La atención calificada durante el parto no debería considerarse un lujo que los países de bajos ingresos no se pueden permitir, sino un derecho humano básico de todas las mujeres del mundo, con independencia de dónde vivan.”*

Kathy Herschderfer, secretaria general de la ICM, procedió entonces a dar la bienvenida en nombre de su organización. Afirmó que *“salvar las vidas de las madres y los recién nacidos ha sido siempre el objetivo principal de la misión de la ICM”* y que garantizar el acceso a una atención calificada de partería para las mujeres que no se pudiesen permitir ese tipo de cuidados había constituido, en concreto, uno de los principios fundadores de la confederación. A continuación, pasó a describir brevemente el propósito y los objetivos específicos del encuentro.

La Dra. Jelka Zupan, coordinadora de normas, herramientas y cooperación técnica con países de la iniciativa de la OMS para lograr un embarazo más seguro (Making Pregnancy Safer) en Ginebra, dio oficialmente la bienvenida a los participantes del Foro en nombre de su organización y, a continuación, cedió la palabra a la Dra. Margareta Larsson, matrona de la mencionada iniciativa, quien ofreció datos estadísticos y tendencias en materia de salud materno-infantil. La Dra. Larsson declaró que la salud de las madres y la de los recién nacidos son inseparables, ya que las condiciones que determinan su salud o su enfermedad son las mismas ; al aumentar la mortalidad materna también aumenta la mortalidad neonatal y perinatal.

La Dra. Larsson habló de las tendencias en cuanto al uso de asistentes calificados y se refirió a la definición modificada de asistente de partería calificado de 2004, que incorporaba el término *“acreditado”* (OMS, 2004). La definición actual de asistente calificado desarrollada por la OMS, la ICM y la FIGO está aprobada por el UNFPA, el Banco Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), entre otros, y puede consultarse en la página web de la OMS. La adición del término *“acreditado”* reconoce la importante necesidad de que los profesionales sanitarios cuenten con una serie concreta de conocimientos de partería y que obtengan la validación de esos conocimientos antes de pasar a ser considerados asistentes al parto calificados.

Sesiones técnicas

RESUMEN DE LAS EXPOSICIONES

El contexto: La salud materno-infantil en vísperas del vigésimo aniversario de la Iniciativa Mundial de Maternidad Segura

D.^a **Ann Starrs**, vicepresidenta ejecutiva de Family Care International (FCI) y copresidenta de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién nacido y del Niño (PMNCH) abrió las sesiones técnicas. Su exposición sobre “El desarrollo del programa mundial para la salud materna” describió la contribución que la PMNCH desempeña.

La Alianza, fundada en el año 2005, cuenta entre sus miembros con las principales organizaciones de Naciones Unidas, gobiernos, ONG e instituciones académicas.

El enfoque principal de la PMNCH está centrado en la continuidad de los cuidados de adolescencia, preembarazo, embarazo, parto, posparto y salud materna y en la atención calificada en el hogar, la comunidad, los centros sanitarios y los hospitales de derivación. La PMNCH cuenta con cuatro grupos de trabajo: defensa, apoyo a nivel nacional, supervisión y evaluación, e intervenciones eficaces.

La Sra. Starrs ofreció un breve resumen de los próximos eventos, entre los que figuran la primera reunión general de miembros de la PMNCH que tendrá lugar en abril de 2007 en Tanzania y una conferencia más política que se celebrará en Londres en octubre de 2007 y llevará por título “Women Deliver” (Las mujeres dan a luz). Esta última conferencia tiene como objetivo aumentar la concientización y realizar un llamamiento a la acción para mejorar los cuidados durante el embarazo y el parto. La información sobre la conferencia de Londres puede consultarse en www.womendeliver.org.

La hoja de ruta de África prepara el programa de acción a nivel nacional de la Alianza:

- Atención calificada en especial durante el parto.
- Parto en centros.
- Mayor proximidad posible a la comunidad de la atención y los centros.
- Enfoque de equipo de la partería.
- Movilización de la comunidad.

La Sra. Starrs concluyó argumentando acerca de la promoción política para fomentar las necesidades de cada país.

Bridget Lynch, directora adjunta de la ICM, resumió los valores principales

de la Confederación. . La ICM, fundada en 1948, es la única asociación profesional que representa las voces de las matronas en la escena internacional. Su misión, sus objetivos y sus aspiraciones se basan en la creencia de que todas las mujeres del mundo deberían tener acceso a una matrona con formación profesional. Esta organización, que colabora con mujeres, considera que las matronas contribuyen de manera importante a la protección y el fomento de la salud de las madres y los recién nacidos, y siente una gran satisfacción de que muchos países, incluso algunos occidentales de altos ingresos, compartan esta opinión y estén recuperando la partería e invirtiendo en ella como medida rentable para garantizar la salud materno-infantil. Como ejemplo, la Sra. Lynch presentó el caso de Canadá, donde la partería no se estableció como profesión hasta principios de la década de 1990. En ese país, las matronas cursan un programa de partería de acceso directo de tres años de duración tras el cual pasan a trabajar como profesionales autónomas en la comunidad atendiendo a mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, también derivan y atienden a mujeres que dan a luz en hospitales.

Según la Sra. Lynch, el tardío desarrollo de la partería hizo posible desde el principio la creación de un modelo de esta disciplina que se centrara en las mujeres. Es más, las quejas de las indígenas canadienses que tenían que ser trasladadas desde sus zonas locales a la parte meridional del país embarazadas de seis meses dieron lugar a la implantación de un programa especial de formación de partería de tres niveles para estas mujeres, del que las estudiantes podían salir con un diploma al final de cada año. El diploma otorgado tras concluir el primer año les permite ejercer como *doulas*; el otorgado tras finalizar con éxito el segundo año les permite ejercer como asistentes de partería o profesionales sanitarias durante el período prenatal y el puerperio. Es muy importante que los programas educativos se flexibilicen y busquen desarrollar al máximo la capacidad de los participantes. La ICM cuenta con una amplia red de miembros en todas las regiones del mundo, algunos de los cuales asistieron al Foro, y está lista para trabajar con colaboradores en distintos países y a compartir para ello toda su experiencia en la ayuda a países para el diseño y el refuerzo de sus servicios de partería.

La sesión matinal concluyó con la intervención de D.^a **Della Sherratt**, consultora para la ICM y asesora científica superior y secretaria jefa del Foro, que ofreció una visión general del documento de antecedentes, disponible en las páginas web de la propia ICM y del UNFPA. El énfasis de su exposición se centró en la interpretación de la terminología del documento de antecedentes que se usarían durante el taller y en la dificultad de encontrar equivalentes adecuados en francés y español para términos como “matrona”, “partería”, “comunidad” y “asistente de partería calificado”. Tras manifestar esa dificultad, procedió a presentar el glosario de términos que se utilizaría durante el Foro (véase la pág. xx).

SESIÓN PLENARIA

Durante la sesión plenaria se plantearon las siguientes cuestiones:

- Las directivas de los colaboradores internacionales no siempre se

correspondan con las realidades nacionales. Los colaboradores deberían acercarse al ámbito nacional para ver y comprender el impacto de las directivas sobre los distintos contextos antes de aprobarlas como recomendaciones internacionales.

- Los gobiernos nacionales deben responder a los problemas de sus propios sistemas sanitarios y decidir si necesitan o no matronas.
- Los obstetras, que suelen tener una mayor presencia política, pueden oponerse en ocasiones a la presencia de las matronas.
- Muchos países necesitan aclarar el papel de las matronas, y deberían establecerse unos límites claros entre las funciones de las matronas y las de los obstetras.
- En muchos países, el parto en casa no es una cuestión de elección, sino la única posibilidad debido a las condiciones geográficas.
- La actitud negativa de los profesionales sanitarios es un tema preocupante que debe abordarse.
- En algunos de los países presentes en el Foro, el 90% de las madres asiste a la atención prenatal, pero sólo una parte de ellas (el 40%) asiste a los centros sanitarios para dar a luz. Los motivos son variados y complejos, pero el más importante es que muy pocos centros, en especial los que están próximos a la comunidad, ofrecen un servicio de 24 horas.
- Argentina presentó la queja de que en el documento de antecedentes se había excluido a algunos de los países de Latinoamérica y el Caribe con tradición de partería, como Perú, Ecuador, Uruguay y Paraguay. Se acordó que se realizaría la enmienda correspondiente.

EXPOSICIONES NACIONALES

Los temas de las exposiciones de cada país se asignaron de acuerdo con su posición en el trabajo de grupo. Todas las exposiciones nacionales se recogen completas en el CD-ROM adjunto .

SESIÓN 1. LA APARICIÓN EN LA PANTALLA DEL RADAR POLÍTICO

La aparición en la pantalla del radar político es algo urgente pero nada fácil de conseguir. La partería suele considerarse una profesión de poca categoría en muchos países de ingresos bajos y medios, y el hecho de ser predominantemente femenina no mejora las probabilidades de éxito en el escenario político. Sin embargo, existen ejemplos tanto históricos como contemporáneos de países que se han servido del apoyo político para fomentar la partería. Tres de los más destacados los constituyen Suecia, Sri Lanka e Indonesia.

Los países con experiencia en embarcarse en procesos de promoción política fueron India, Camboya, Haití y Malawi.

India tiene estados individuales que igualan en tamaño a muchos países. Los problemas incluyen que las actuales enfermeras matronas auxiliares no cuentan con la calificación y experiencia suficientes para ofrecer atención sanitaria materna calificada en la comunidad. Esto está siendo abordado en colaboración con la OMS, el Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Sida) y otras organizaciones.

Uno de los mayores logros de India ha sido vincular las muertes maternas con los derechos humanos: un logro importante.

Camboya resumió la historia de la partería del país y proporcionó datos estadísticos que indicaban una mejora en la atención calificada durante el parto (del 32% al 44%).

El Ministerio de Sanidad, la Oficina del Consejo de Ministros, el Consejo de Reforma Administrativa y otros ministerios e instituciones que colaboran con la Asociación de Matronas de Camboya organizaron de forma conjunta un foro de alto nivel sobre partería con el apoyo del UNFPA en 2005. Según el equipo de este país, tras esta reunión de alto nivel, el Real Gobierno de Camboya está muy comprometido con todo lo referente a la partería. Las conclusiones del exhaustivo análisis de esta actividad forman ya parte de la revisión de mitad del período de gobierno del plan estratégico del sector sanitario, por lo que se espera que los futuros esfuerzos para reforzarla se integren también en el próximo plan.

Otros resultados del foro de alto nivel sobre partería son:

- Mejora de las escalas salariales y subsidios.
- Legislación para el establecimiento del Consejo de Partería (pendiente de firma real).
- Elaboración de las recomendaciones del análisis exhaustivo de la partería.

Haití ofreció un análisis detallado de su mortalidad materna, la mayor de la región, y trató el tema del ámbito de acción de la partería. Las matronas tienen poca influencia en la atención institucional por la pereza y la falta de compromiso en el trabajo, la inestabilidad política, la falta de normas y protocolos, la organización institucional inadecuada y un entorno de trabajo poco propicio. La partería en la comunidad experimentó problemas similares: falta de compromiso, escasez de recursos humanos e insuficiencia de recursos financieros. El informe no describía el clima político.

Malawi explicó que se estaban llevando a cabo esfuerzos para reducir la elevadísima tasa de mortalidad materna y de VIH/SIDA mediante la provisión de atención sanitaria materna en la comunidad, tanto por parte de matronas enfermeras como de enfermeras comunitarias. En la actualidad se está asignando a estudiantes de partería para trabajar en la comunidad y desde centros sanitarios para que puedan adquirir experiencia clínica en ese ámbito.

Los asistentes de partería tradicionales continúan atendiendo cerca del 26%

de todos los partos de la comunidad, mientras que las matronas profesionales atienden principalmente los de los centros. Malawi experimenta un enorme déficit de recursos humanos sanitarios de todo tipo, incluidos los médicos, de los cuales sólo cuenta con 1,6 por cada 100.000 habitantes.

Los principales desafíos fueron: la incompetencia de los tutores y los preceptores clínicos, la limitación de recursos (libros, publicaciones, modelos, Internet, ordenadores) y la insuficiencia de la infraestructura para alojar a un gran número de estudiantes. Las principales medidas para solucionar esos problemas son: ampliar las instalaciones de las instituciones formativas para alojar más estudiantes; aumentar la contratación de aprendices de enfermería/partería y otros proveedores de servicios sanitarios; y ampliar el programa de capacitación para la comunidad en materia de salud reproductiva (de las directrices para la comunidad sólo hay un borrador).

DEBATE

Un importante problema parecía ser la falta de experiencia y competencia para lograr el apoyo político, tal y como expresó la Dra. Prakashamma, de India. Ésta solicitó la ayuda de la comunidad internacional para la formación de matronas en este tema con el fin de que puedan defender su causa ante las autoridades nacionales.

Los participantes acordaron dejar tiempo en el programa para tratar este asunto en más profundidad. D.^a Henrietta Aswad, ejecutiva de medios de comunicación del UNFPA para la región árabe que trabajaba con la secretaria del Foro, accedió a realizar una breve exposición sobre defensa y promoción, que se centró en su importancia, su estrategia y su naturaleza, y fue objeto del agradecimiento de los participantes.

SESIÓN 2. LA GARANTÍA DE CUIDADOS DE PARTERÍA PARA LAS PERSONAS POBRES Y RESIDENTES EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO

La investigación demuestra que las mujeres embarazadas de poblaciones pobres y vulnerables padecen la deficiencia de las infraestructuras, la insuficiencia de suministros médicos y las actitudes negativas de los profesionales de la atención sanitaria. Algunos aspectos del desafío de garantizar el acceso a los cuidados de partería para los pobres fueron expuestos y debatidos por *México, Nepal, Mozambique y Sudán del Sur*.

México ofreció una exposición de la ONG CASA (Centro para Los Adolescentes de San Miguel de Allende), que trabaja con poblaciones indígenas, en la que se mostró una impresionante reducción de la mortalidad maternal mediante la formación de mujeres indígenas como matronas profesionales. La escuela de partería la pusieron en marcha asistentes de partería tradicionales que querían que sus hijas y las mujeres de las comunidades rurales pudiesen tener acceso a una formación de partería profesional, y está acreditada por los Ministerios de Sanidad y Educación del país. Tras completar cuatro años de formación, las estudiantes se licencian como profesionales para ejercer como matronas autónomas. No ob-

stante, el equipo nacional afirmó que había que supervisar, evaluar y documentar toda nueva idea o iniciativa con el fin de conseguir una base de pruebas más sólida sobre lo que funciona y lo que no.

Nepal resumió el desarrollo de su política nacional sobre asistentes de partería calificados. El Dr. Naresh Pratap K.C. presentó una hoja de ruta nacional para la formación de asistentes de partería calificados que reflejaba una mejora tanto de los profesionales de la salud materno-infantil como de las enfermeras matronas auxiliares. El plan se ha beneficiado de las reuniones regionales que condujeron a una cuidadosa planificación a escala nacional que incluye el desarrollo de un plan de acción concreto.

Sudán del Sur ofreció una exposición del Ministerio de Sanidad del sur del país en la que se resumían las dificultades del restablecimiento del personal calificado de partería y de los servicios de atención sanitaria tras 27 largos años de guerra civil que devastaron el país y dejaron la parte meridional desprovista de recursos físicos y humanos. Se calcula que la tasa de mortalidad materna en el sur de Sudán supera las 1.700 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y aproximadamente un 90% de las mujeres dan a luz sin atención calificada. En la actualidad se han producido intentos de evaluación de la situación. El proceso de restablecimiento de la partería en el sur del país ha comenzado ya y se ha iniciado un programa para la formación de matronas para la comunidad. La ponente, también enfermera matrona, solicitó ayuda para la reconstrucción del sistema y recordó cómo había perdido ella misma una hermana más joven como resultado de complicaciones durante el embarazo.

Mozambique centró su exposición en los esfuerzos del país para incorporar el acceso a la atención calificada como parte de su política sanitaria. La estrategia nacional de allí para reducir la mortalidad materna se basa en el aumento de las enfermeras de salud materno-infantil en distintos niveles de la atención.

Mozambique recordó a los participantes la importancia tanto de una educación continua, necesaria para la creación y el mantenimiento de una atención de calidad basada en pruebas, como del intercambio de buenas noticias, tales como el establecimiento de una nueva asociación de partería (APARMO), cuya aceptación como miembro de la ICM estaba siendo tramitada. La exposición concluyó resaltando el importante papel de las asociaciones profesionales en el fortalecimiento de la profesión.

SESIÓN 3. LA EDUCACIÓN IMPORTA: ENFOQUES FORMATIVOS, PLANES DE ESTUDIOS Y FORMACIÓN DE PROFESORES

Existen cuatro tipos de formación previa al empleo para la preparación de matronas profesionales, a saber:

- a) aprendizaje, en el que el alumno trabaja y aprende bajo la supervisión directa de una matrona profesional;
- b) vocacional, realizada en una institución formativa, con experiencia clínica y bajo la supervisión de un tutor calificado, un profesional en material de partería, una enfermera o un médico;

- c) programas académicos, ofrecidos en universidades u otras instituciones de educación superior; y
- d) preparación previa al empleo para quienes ya han recibido formación de enfermería.

Los cuatro tipos de formación han demostrado formar a matronas competentes. Los dirigidos a personas sin estudios de enfermería (*acceso directo*) suelen durar entre 18 meses y cinco años, y su duración media es de tres años. Normalmente se exigen diez años de escolarización como requisito de admisión, aunque uno o dos países lo han reducido.

Para este tema, Zimbabwe, Pakistán y Sudán del Norte presentaron una visión general de la situación histórica y actual.

Zimbabwe, cuya tasa de mortalidad materna aumentó de 283 a 695 entre 1994 y 1999, presentó distintos tipos de formación: 1) formación previa al empleo (de atención primaria, de atención secundaria, de enfermería general, universitaria); 2) formación práctica (experiencia); 3) diplomatura en partería (no se exige el requisito previo de dos años de experiencia); 4) la formación durante el empleo (para CONEm) y 5) el apoyo en el propio empleo (orientación de una matrona calificada).

Los esfuerzos para aumentar la capacidad de la formación se tradujeron en un diploma de formación de enfermería para, licenciatura en enfermería y un máster de especialización en salud materno-infantil.

Entre los esfuerzos para mejorar los servicios de partería se incluyen:

- La evaluación de la salud materno-infantil para estudiar la capacidad y la competencia de los recursos humanos.
- El equipo de CONEm y la elaboración de un inventario de medios de comunicación y transporte.
- El aumento de la atención calificada; la formación de formadores en CONEm y la formación descentralizada de enfermeras, matronas y médicos; la formación de personal auxiliar como el de laboratorio y los conductores de ambulancias.

Los principales desafíos en Zimbabwe son: la elevada tasa de desgaste; la incompetencia de las matronas tutoras; la preferencia por puestos mejor pagados, por ejemplo, la enfermería de quirófano; la falta de reconocimiento de la profesión; y la escasez de recursos.

Pakistán ofreció una exposición, a cargo de D.^a Imtiaz Kamal, presidenta y fundadora de la nueva asociación de partería del país, en la que se resumieron los pasos iniciales para la formación de matronas de comunidad. En general, la partería parece estar experimentando un renacimiento en este país como resultado del trabajo de base de todos los interesados desde el año 2000. No obstante, el funcionamiento eficaz de esta actividad exige pasos adicionales, como la mejora de la educación, un mejor acceso a derivación y la protección personal.

El Gobierno está recibiendo ayuda internacional y bilateral a este respecto, por ejemplo del Departamento de Desarrollo Internacional británico (DfID). La

asociación nacional de partería, que está a punto de pasar a formar parte de la ICM, ha sido muy activa y ha contribuido a las revisiones del plan de estudios de partería como de la Ley de Enfermería, actualmente en curso. La ICM está fomentando un proyecto para formar profesores de matronas.

Otros planes incluyen: renovación y equipamiento de unidades de maternidad, cuidados obstétricos de emergencia y escuelas de partería; materiales de enseñanza y aprendizaje en el idioma nacional; y creación de colaboración entre matronas y obstetras, que ha comenzado con pequeños proyectos conjuntos.

Sudán del Norte comenzó a renovar los servicios de partería en 2005 tras los resultados de un rápido análisis de su situación en los pueblos utilizando como normas las herramientas de la matrona de la OMS y las competencias de la ICM. El análisis detectó una serie de lagunas en las destrezas de las matronas de los pueblos. Se alcanzó un consenso sobre la necesidad de una actualización general de la educación de partería que incluyese:

- Revisión y actualización del plan formativo esencial atendiendo a las competencias necesarias de los asistentes calificados de partería.
- Formación de un grupo básico de 23 tutores de escuelas de partería según el nuevo plan de estudios de partería en los pueblos.
- Aumento de la formación de 133 de los 234 tutores procedentes de 38 escuelas de partería según el nuevo plan de estudios.

DEBATE

En general se coincidió en que el principal desafío en la mayoría de los países es la actualización tanto de los programas educativos como de los profesores. Específicamente, hay una necesidad de formación de formadores y preparación de matronas profesoras para garantizar que tanto los educadores como los estudiantes puedan demostrar competencias esenciales de partería.

SESIÓN 4. LA SUPERVISIÓN: MODELOS PARA SUPERVISAR AL PERSONAL CALIFICADO DE PARTERÍA

La supervisión es una cuestión muy olvidada que, desafortunadamente, se ha asociado a la idea de una lista de comprobaciones de la oficina nacional o provincial de Sanidad que debe rellenar alguien sin conocimientos ni experiencia de partería. La supervisión es esencial para fomentar la partería en la comunidad, sobre todo cuando las matronas trabajan como profesionales autónomas.

Bangladesh, Yemen, Burkina Faso y Níger contribuyeron con exposiciones sobre este tema.

Bangladesh ha diseñado su nuevo programa Community Skilled Birth Attendants (CSBA, asistentes calificados de partería en la comunidad) para responder a

circunstancias en las que el 90% de las madres todavía dan a luz en los hogares y de que sólo el 13% son atendidas por un asistente calificado. La formación como CSBA se hace en tres módulos diferentes: después de los primeros seis meses de formación hay un período supervisado de nueve meses o más de trabajo práctico, y a continuación se realiza un curso de tres meses con el cual se completa el programa. Los supervisores son visitantes familiares que han recibido formación especial en supervisión basada en el apoyo. Una parte importante de la supervisión basada en el apoyo es un diario de prácticas en el que los CSBA reflejan su experiencia durante el periodo de trabajo práctico supervisado. Los supervisores analizan los diarios de prácticas, abordan los problemas de la práctica clínica y ofrecen formación de ayuda para las zonas de debilidad constatada.

Yemen cuenta actualmente con multitud de colectivos que practican la partería a todas las escalas. A pesar de ello, las zonas rurales continúan acusando una escasez de matronas. Para paliar ese problema, se ha decidido preparar a 1500 matronas para el trabajo en la comunidad y descentralizar las instituciones formativas. Se presentaron dos aspectos de la supervisión, incluida una lista de comprobaciones para facilitar su aplicación a las matronas de la comunidad.

Burkina Faso explicó los distintos niveles de su sistema sanitario. Las enfermeras matronas auxiliares con dos años de formación ofrecen la mayoría de los cuidados de partería en el primer nivel de la atención. El país ha decidido no permitir a las asistentes de partería tradicionales atender partos y ha redefinido su función. Los niveles superiores de la atención supervisan a los inferiores y un equipo multidisciplinar de expertos supervisa los hospitales. Los centros de atención sanitaria primaria deben supervisarse trimestralmente y los hospitales, dos veces al año.

Níger describió la experiencia de un proyecto de cooperación Sur-Sur con Marruecos. Ese proyecto, que se realizó en un distrito, obtuvo resultados positivos en cuanto a la gestión activa de la tercera fase del parto.

La formación de partería en Níger ofrece dos posibles trayectorias, ambas de tres años de duración pero con distintos requisitos de admisión. Su sistema de supervisión es similar al de Burkina Faso. Deben realizarse visitas a los centros de atención sanitaria cada mes. La cobertura de las matronas sigue siendo inadecuada.

DEBATE

El debate se centró en las limitaciones de la supervisión. Burkina Faso reconoció que la falta de recursos humanos y logísticos provocó que durante el año 2006 sólo se pudiesen realizar dos o tres de las visitas planificadas.

Otros temas que se trataron fueron el de la distribución de los distintos colectivos en Yemen y el de la aceptación de los hombres matronas, la cual no se consideraba un problema en países como Burkina Faso y Chile.

SESIÓN 5. LOS FACTORES CAPACITADORES

Durante los últimos años se ha prestado más atención a la importancia de un entorno capacitador para la atención durante el embarazo y el parto. La formación de matronas para trabajar en una realidad que no se corresponde con su competencia teórica priva a las profesionales recién formadas de la capacidad para desempeñar sus funciones. El entorno capacitador incluye infraestructura, equipo, personal competente y de apoyo, y un lugar de trabajo organizado: en otras palabras, la posibilidad de responder a las demandas reales.

Una exposición de *Nester Moyo* (ICM), en representación de *la ICM y la FIGO*, trató de la importancia de la colaboración entre matronas y obstetras, los miembros clave del equipo de la atención sanitaria materna. Angela Kamara Sawyer, de la Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM) de África, también ofreció un breve resumen de su trabajo en ese continente y compartió algunas de las lecciones aprendidas sobre el trabajo cooperativo para garantizar un entorno capacitador para la atención calificada (véase “Otras exposiciones” a continuación).

Bolivia se centró en los problemas culturales que impiden a las mujeres el acceso a una atención profesional durante el parto. A pesar de la introducción de un satisfactorio régimen de seguridad social que ofrece una atención sanitaria asequible para gran parte de la población, las familias se muestran reacias a usar los servicios de maternidad, especialmente en las zonas rurales. Esto, unido a la escasez de profesionales de partería calificados, pone de manifiesto la necesidad de un nuevo colectivo profesional de partería, sobre todo porque hay muy pocas enfermeras que puedan recibir formación de partería.

Los proveedores de atención sanitaria materna tienen muy poco conocimiento o aprecio por las tradicionales costumbres y creencias relacionadas con el parto que siguen siendo muy fuertes en las comunidades rurales bolivianas. Las madres encuentran muchas dificultades para comunicarse con los colectivos profesionales. El Ministerio de Salud y una de las principales universidades públicas han puesto en marcha un nuevo proyecto de formación para matronas de comunidad que las capacitará para trabajar en otros entornos. Este proyecto colabora con Chile, y algunas partes del modelo de partería chileno se adaptarán a él. El nuevo plan de estudios ya se ha desarrollado, y la formación de posibles matronas profesoras ya ha comenzado.

Tanzania cuenta con un sistema de atención de maternidad amplio y relativamente bien organizado pero sólo el 47% de los partos registrados en el país se producen en presencia de un asistente calificado. Muchos proveedores de atención sanitaria de la comunidad no se ajustan a la definición de asistente de partería calificado.

Tanzania cuenta con un entorno relativamente capacitador caracterizado por lo siguiente:

- La estabilidad política
- Un entorno político propicio

- Un aumento de la provisión de servicios de salud reproductiva e infantil, COEm, cuidados después del aborto, y cuidados obstétricos y neonatológicos esenciales
- La formación de una serie de matronas en técnicas para salvar vidas
- El apoyo de distintos colaboradores y organismos internacionales
- Un número adecuado de escuelas, que forman a las matronas en los distintos niveles
- La disponibilidad de suministros de equipo básico para los cuidados de maternidad
- La disponibilidad de normas, protocolos y material de referencia de los proveedores en los centros
- Una supervisión periódica y basada en el apoyo
- La renovación de algunos centros sanitarios
- Un organismo regulador de la partería

Entre los problemas se incluye:

- La escasez de personal, en especial en los centros de la periferia
- La insuficiente formación simultánea al empleo en técnicas para salvar vidas
- La debilidad del sistema de gestión e información
- La ineficacia del sistema de comunicación
- La ineficacia del sistema de derivaciones
- El desempleo de matronas que no quieren que las destinen a la mayoría de las zonas rurales
- La elevada tasa de mortalidad y morbilidad maternas
- El limitado acceso a los servicios de partería (en especial en Zanzíbar)

Para responder a estos problemas se necesita: una defensa continua de la distribución de más matronas; la implantación de la política, las directrices y los protocolos desarrollados; mejores sistemas de comunicación; aumento de la provisión de servicios de maternidad en todos los ámbitos.

SESIÓN 6. EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN

El seguimiento permanente y la evaluación periódica de los extensos programas de “partería en la comunidad” es algo muy importante pero se ha descuidado. Muy pocos programas incorporan la evaluación, y existe cierta incertidumbre acerca de sus resultados en materia sanitaria.

Indonesia presentó un informe sobre un estudio de evaluación que acababa de concluirse en colaboración con IMMPACT. El programa “Partería en los pueblos” comenzó en Java Occidental en 1989. Diez años más tarde, en el año 2000, alrededor del 63% de los pueblos contaban con una matrona, el porcentaje de partos atendidos por asistentes de partería calificados pasó del 22% al 55% en las zonas rurales, la tasa de mortalidad materna se redujo de 390 a 307 y el número de cesáreas también experimentó un descenso. Los principales problemas detectados para las matronas de la comunidad fueron:

- insuficiente experiencia práctica previa
- falta de un entorno capacitador
- escasa utilización de los servicios de partería por parte de la comunidad
- breve duración de los contratos de las matronas
- baja tasa de conservación de personal
- falta de alojamiento en el pueblo, por lo que las matronas sólo están disponibles por las mañanas

Como los resultados de la evaluación de IMMPACT todavía no estaban disponibles, sólo pudieron presentarse las conclusiones preliminares del estudio de casos de control sobre los factores de riesgo de los casi errores, las cesáreas y las muertes maternas. Los dos factores más significativos identificados en la reducción de la mortalidad materna fueron: la residencia de la matrona en el pueblo y la duración del trabajo de la matrona en el pueblo. El informe completo tenía que presentarse en el simposio de IMMPACT en febrero de 2007.

Marruecos presentó un nuevo método de mejora de la calidad para el trabajo de salud maternal en la comunidad denominado “de apoyo clínico y comunitario”.

Las matronas de este país cuentan con tres años de una formación que no dedica una atención específica a la partería en la comunidad, por lo que, al carecer de comunicación, alojamiento, integración social y apoyo por parte del centro médico, muy pocas de ellas son destinadas o conservadas en centros sanitarios apartados.

Las visitas de apoyo clínico y comunitario de los equipos de distrito incluyen funciones sociales (formación e integración), clínicas (competencia y confianza) y directivas (capacitación). Como resultado de sus experiencias se ha elaborado un manual. Marruecos está ganando experiencia en la maternidad en los hogares y en los regímenes de seguro para la comunidad.

Lecciones aprendidas en el África subsahariana presentadas por **Family Care International (FCI)**

FCI presentó los resultados de una iniciativa de atención calificada de cinco años de duración llevada a cabo en tres países: Burkina Faso, Tanzania y Kenia.

Dicho programa realizó aportaciones en cuanto a entorno político, formación de proveedores y delegación de autoridad, equipo y medicamentos, calidad de la

atención, sistema de comunicación, sistema de derivaciones de emergencia, modificación de la conducta, comunicaciones y movilización de la comunidad.

El seguimiento y la evaluación se basaron en el rendimiento, los registros de los centros y las encuestas a hogares (de base y después de tres años).

Transcurridos tres años, el porcentaje de partos atendidos por asistentes de partería calificados aumentó del 25% al 56% en el distrito de intervención de Burkina Faso y del 44% al 54% en Tanzania, mientras que en los distritos de comparación no se hallaron cambios. Este porcentaje no aumentó en el distrito de intervención de Kenia, pero pasó de un 32% al 37% en el distrito de control en el que se habían realizado algunas intervenciones parciales. La elevada presencia del VIH podría explicar la escasa repercusión en Kenia. El número de partos en centros permanece invariable, salvo en Burkina Faso. Se dio una relación positiva entre el índice de concienciación con la maternidad segura (los encuestados fueron capaces de mencionar al menos tres signos de peligro que requerían la derivación inmediata a un centro de COEm) y el parto en centros. Puede consultarse un informe completo de las conclusiones en la página web de FCI: www.familycareintl.org.

Los tres casos presentados compartían una característica común: la inclusión de sus planes de seguimiento y evaluación había resultado fundamental desde el inicio del proyecto, y esos planes incluían todos una estrategia de presentación y divulgación y un plan de defensa o promoción para garantizar el conocimiento generalizado de los resultados.

OTRAS EXPOSICIONES

Las exposiciones ofrecieron un recurso adicional para el trabajo de grupo. Algunas se incluyeron como parte del tema principal y otras como sesiones plenarias durante el trabajo de grupo para brindar la oportunidad a los tres grupos de mantener el contacto y compartir ideas. Todas las presentaciones están incluidas en el CD-ROM adjunto.

Colaboración interprofesional

por *D.^a Nester Moyo* en representación de la ICM y la FIGO

Una de las cuestiones importantes para el aumento de la partería en cualquier país era la necesidad de consenso y una buena colaboración entre grupos profesionales. La Sra. Moyo comenzó su exposición abordando la importancia de la colaboración basada en la comprensión y el respeto mutuo entre las matronas y los obstetras, ya que comprender y respetar el papel de los otros resulta imprescindible para lograr una relación de trabajo armoniosa, y fundamental para garantizar la seguridad de las mujeres y los recién nacidos antes, durante y después del parto. Cada vez existe un mayor convencimiento de que es preciso un equipo multidisciplinar calificado para poder satisfacer las necesidades de las mujeres durante el embarazo y el parto, necesidades que continúan hasta que la madre y el recién nacido quedan totalmente integrados en la unidad familiar.

Los factores clave para una colaboración de éxito son la confianza, el respeto y el apoyo mutuos; la delimitación clara de las funciones profesionales; la capacidad para escuchar; la disposición para tener en cuenta otros puntos de vista; la comunicación horizontal; y el debate en los mismos términos. Este tipo de colaboración también requiere un buen conocimiento del área profesional de las otras partes basado en la disposición para aprender unos de otros y no en prejuicios históricos ni estereotípicos.

La Sra. Moyo concluyó recordando a los participantes que la colaboración busca la sinergia, y que sólo cuando las aportaciones de todos están sobre la mesa, se completa el tema de la atención a las mujeres durante el parto y se puede esperar una reducción en el número de madres y recién nacidos que mueren.

- La colaboración es imprescindible, no hay otra alternativa.
- La colaboración ha resultado beneficiosa para mujeres, recién nacidos y niños.
- El equipo de maternidad es el que marca la diferencia en las vidas de las mujeres y los recién nacidos en la comunidad mediante la supervisión basada en el apoyo a los miembros del equipo y la estrecha relación de trabajo con la comunidad y las familias a las que sirven.
- ¡Sólo la auténtica colaboración salvará las vidas de mujeres y recién nacidos, y los protegerá de cualquier lesión!

La red RPMN: fortalecimiento del entorno capacitador, lecciones aprendidas

La última exposición sobre el tema del *entorno capacitador* estuvo a cargo de D.^a Angela Sawyer, fundadora y directora de la Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), integrada por varias ONG dedicadas a la reducción de la mortalidad materno-infantil en más de 20 países del África subsahariana.

Los objetivos de la Red RPMM son:

- El aumento y el refuerzo de la capacidad de los equipos nacionales para actuar como catalizadores para la reducción de la mortalidad materna.
- La ampliación de sus iniciativas e intervenciones en el África subsahariana.
- La provisión de servicios de ayuda técnica y asesoría.
- La divulgación de los resultados de su investigación.

El enfoque de la Red consiste en la creación de equipos intersectoriales multidisciplinares en los que todas las partes interesadas se centren en la reducción de la mortalidad materna. La estrategia principal es el aumento y el refuerzo de la

capacidad de todos los eslabones de la cadena necesaria para conseguir un sistema sanitario eficaz, con el fin de ofrecer una atención sanitaria materna aceptable a todas las mujeres.

La metodología siempre incluye la realización de un análisis de necesidades basado en un modelo “de tres intervalos”. Las intervenciones se estructuran mediante planes de seguimiento y evaluación integrados desde el principio. La realización de las intervenciones también va acompañada de supervisión basada en el apoyo y ayuda técnica. Todas las intervenciones se evalúan, y se proporciona información periódica a las comunidades, las partes interesadas y los coordinadores de la Red RPMM.

Las principales lecciones aprendidas son las siguientes:

- Necesidad de un núcleo de individuos y expertos dedicados y comprometidos.
- Tenacidad del objetivo para obtener resultados.
- Fomento de la sostenibilidad mediante la movilización y la utilización de los recursos locales.
- Necesidad de un seguimiento continuo para mantener la calidad y el efecto de las intervenciones.
- El éxito engendra más éxito; los fracasos proporcionan lecciones muy útiles para un futuro éxito.
- Empezar desde abajo e ir creciendo tiene más sentido y garantiza la sostenibilidad.
- No debe perderse de vista el objetivo: defender la asignación equitativa de recursos para la salud materno-infantil.

Las recomendaciones de mayor prioridad incluyen:

- Establecer un grupo nacional catalizador que mantenga los problemas en la agenda pública.
- Consolidar la propiedad nacional de programas que sustenten las intervenciones.
- ¡¡¡Pensar a lo grande, empezar desde abajo y actuar para crecer!!!

S&E: ¿Qué hay que evaluar? ¿Por qué “seguimiento y evaluación”?, por la Dra. *Julia Hussein*, de IMMPACT

La Dra. Hussein sostuvo en su exposición que “un objetivo no puede lograrse o perderse a menos que se evalúe”, e hizo hincapié en cómo los distintos elementos del seguimiento y la evaluación (S&E) también tienen que ver con derechos: el derecho a evaluar, el derecho a ser incluido y el derecho a la equidad.

El hizo referencia principalmente al coste de la evaluación, en concreto para evaluar la tasa de mortalidad materna, que requiere una muestra bastante amplia. La Dra. Hussein recordó a los participantes que la evaluación puede ser todo lo amplia o reducida que quieran los responsables, pero que debe realizarse.

Evaluar la tasa de mortalidad materna es una cuestión optativa: en primer lugar, no siempre es factible; en segundo lugar, la tasa de mortalidad materna puede no ser el parámetro correcto para el seguimiento y la evaluación del resultado deseado de un programa. Por norma general, suele merecer la pena centrarse y restringir las evaluaciones. Una encuesta confidencial, por ejemplo, puede resultar muy útil para la identificación de puntos de acción para mejorar la calidad de los cuidados. También puede optarse por sumarse a una encuesta existente mediante la adición de parámetros concretos. En el enlace <http://www.abdn.ac.uk/immimpact> encontrará un documento que explica el método de encuesta confidencial.

Los participantes plantearon preguntas sobre nuevos indicadores para la evaluación de la salud materna y directrices para la ayuda al seguimiento de los OMD; afirmaron que todavía había dudas con respecto a la atención calificada durante el parto como indicador, dada la falta de coherencia universal de la definición de “calificado”.

La Dra. Hussein respondió que, a escala nacional, los indicadores de Naciones Unidas son los más utilizados. En el seguimiento a escala mundial, existe un grupo denominado “Countdown 2015” (la cuenta atrás para 2015) que está trabajando en un conjunto de medidas mundiales y ha publicado su propuesta sobre indicadores en el Boletín de la Organización de la Salud de enero de 2007, pero no ha incluido ninguno sorprendentemente nuevo.

Algunos formularon preguntas sobre cómo evaluar la calidad de los cuidados de partería, cómo ponerse en contacto con IMMFACT para pedir ayuda y si IMMFACT es una institución comercial.

La Dra. Hussein respondió que la primera pregunta está relacionada con la exposición de Indonesia del día anterior. Las pruebas aleatorias no eran la realidad aquí. La evaluación de la calidad de la atención no tiene por qué estar necesariamente relacionada con la atribución, sino que puede hacer referencia a la calidad de asociación. Se pueden llevar a cabo estudios “por pasos” en algunos distritos aleatorios y dejar otros para más adelante. Los planes de evaluación, sin embargo, deben incluirse desde el principio de un programa.

Cualquiera que necesite ayuda o desee colaborar en cuestiones de S&E puede ponerse en contacto con IMMFACT. A continuación se describe el proceso.

1. Se enviará por correo electrónico a Julia Hussein o Pascale Baraté un breve mensaje en el que se exponga el interés en realizar una evaluación y se explique o se pregunte cuál es el ámbito de esa evaluación.
2. A continuación, IMMFACT reunirá a un equipo multidisciplinar en función del ámbito. Éste podrá ser un equipo especializado designado para satisfacer las necesidades del país en cuestión.
3. El equipo procederá a ponerse en contacto con las instituciones de investigación nacionales.
4. Se formulará una propuesta.
5. Se buscará financiación.

IMMPACT está convirtiéndose en una organización lucrativa. Sin embargo, la mayoría de los beneficios vuelven a invertirse en investigación y provisión de servicios para mejorar la calidad de los métodos y las actuaciones de IMMPACT. Véase www.abdn.ac.uk/impact.

La Dra. Hussein concluyó su exposición recordando a todo el mundo que no existen soluciones mágicas para la evaluación, y que es necesario diseñar el programa a medida de manera que ésta encaje en el diseño.

Defensa y promoción

por D.^a *Henrietta Aswad*, asesora de medios de comunicación de la División de los Estados Árabes del UNFPA en Ammán

La Sra. Aswad definió el concepto de defensa y promoción como acciones necesarias para lograr el apoyo, el compromiso y el reconocimiento de –en este caso– la partería, de políticos, responsables de la toma de decisiones, líderes de la opinión pública y la comunidad, y público general. Según ella, la defensa y la promoción deben abarcar tres preguntas:

1. ¿Qué problema hay, qué falta o qué se necesita?
2. ¿Por qué importa?
 - a. Las respuestas deben basarse en derechos, pruebas y cuestiones de género.
 - b. Coste de la acción comparado con el coste de la no acción.
3. ¿Qué debe hacerse al respecto?
 - c. Propuesta de soluciones y apoyo para las cuestiones con vistas a cambiar las ideas y a crear un cambio positivo.

A la hora de desarrollar una estrategia de defensa y promoción es importante que sea:

1. **Integrada:** debe estarlo desde el principio. No debe ser una consecuencia.
2. **Intencionada:** el problema necesita una cara humana.
3. **Informativa:** debe enfatizar los vínculos con otros problemas sin perder de vista el objetivo persuasor.
4. **Innovadora:** debe transmitir la urgencia de manera que se neutralice la posible negatividad y se minimice la resistencia.
5. **Inclusiva:** debe ser capaz de crear alianzas y consensos.

Trabajo de grupo sobre escenarios

El trabajo de grupo de los días tercero y cuarto se basó en tres escenarios desarrollados por grupos con la ayuda de moderadores experimentados. Estos escenarios eran ficticios pero estaban basados en datos de países reales para representar condiciones típicas de distintas regiones (Anexo 3). Con el fin de garantizar el desarrollo del ejercicio y ayudar a mantener una cohesión, se celebraron sesiones plenarias periódicas para que los grupos pusiesen en común el trabajo realizado y debatiesen brevemente los problemas encontrados. Esta metodología también permitió ir aclarando las dudas a medida que iban surgiendo.

Los participantes y moderadores se asignaron a los grupos basándose en la experiencia en resolver condiciones específicas en los distintos escenarios, salvo cuando se necesitaba la interpretación simultánea (inglés, francés y español).

Grupo 1: País de gran extensión y bajos ingresos con una elevada mortalidad materna y un escaso porcentaje de partos atendidos por asistentes calificados.

Países participantes: Bangladesh, India, Indonesia, Kenia, Malawi, Tanzania y Zimbabwe.

Moderadores: Nester Moyo, Anneka Knutsson, Della Sherratt.

Grupo 2: País de extensión media y bajos ingresos con un ritmo rápido de urbanización y una mala distribución de asistentes calificados durante el parto.

Países participantes: Bolivia, México, Guatemala, Marruecos, Haití, Níger, Burkina Faso.

Moderadores: Margareta Larsson, Vincent Fauveau, Corinne Kaeser, Ivelise Segovia.

Grupo 3: País pequeño con una infraestructura colapsada o casi inexistente.

Países participantes: Camboya, Mozambique, Nepal, Pakistán, Yemen, Sudán.

Moderadores: Karen Odberg Pettersson, Barbara Kwast, Atf Gherissi.

Resumen del trabajo de grupo

Se pidió a los grupos que utilizaran el marco aplicado durante los dos primeros días como base para su trabajo. Se les pidió que consideraran los seis mismos epígrafes (Figura 1) y respondiesen a las siguientes preguntas:

Supongamos que el Gobierno ha adquirido el firme compromiso de intentar reducir la mortalidad materno-infantil prestando especial atención a las personas que viven en condiciones de pobreza:

- ¿Qué factores debería considerar para reforzar los servicios de partería en la comunidad y conseguir que aumente el número de mujeres y recién nacidos con acceso a un profesional calificado capaz de ofrecer cuidados de partería de calidad y realizar las derivaciones necesarias para casos de problemas y complicaciones obstétricas y prenatales?
- ¿Qué grado de consideración debe dedicarse a la mejora de la calidad de la formación en partería en el propio país?
- ¿Cómo podría fortalecerse la supervisión del personal de partería de la comunidad?
- ¿Qué marco de seguimiento y evaluación y qué indicadores podrían proponerse?

FIGURA 1 MARCO PARA EL TRABAJO DE GRUPO SOBRE ESCENARIOS



SESIÓN DE CLAUSURA, DÍA 5

Kathy Herschderfer, secretaria general de la ICM, presidió la última sesión y elogió el buen trabajo realizado y las horas invertidas por los participantes. Della Sherratt, de la secretaría del Foro, realizó una breve síntesis de los puntos comunes y diferentes expuestos por los tres grupos, y explicó cómo se desarrollaría el documento de orientación, que se basaría en el trabajo de grupo.

La Dra. Arletty Pinel, del UNFPA, ofreció también un breve comentario sobre el trabajo de grupo.

RESUMEN DE PUNTOS COMUNES DEL TRABAJO DE GRUPO

Como síntesis de las exposiciones de los grupos, parecía haber cuatro grupos de cuestiones comunes que todos los países deseaban abordar para aumentar la partería en la comunidad y relativamente pocas recomendaciones específicas de contexto.

Primer grupo: acceso a la atención de partería “competente” como derecho humano básico.

- Todos los grupos destacaron la importancia de reconocer que todas las mujeres y todos los recién nacidos deben tener acceso a una matrona u otra persona con conocimientos de partería durante el embarazo, el parto y el posparto. Así mismo, todos los grupos recalcaron que se trataba de un derecho humano básico y que ese acceso a proveedores de partería competentes y seguros respaldado por COEm de calidad, debería explicitarse en los planes sanitarios de los países, aunque sea como objetivo a largo plazo.
- Todos los grupos estuvieron de acuerdo en que el término “cuidados de partería” era muy débil. Las matronas deben reunir una serie de competencias esenciales acordadas internacionalmente, entre las que se incluye la autoridad para poder poner en práctica técnicas para salvar vidas. Se coincidió en que las competencias esenciales utilizadas para evaluar y comparar debían ser las definidas por la ICM en sus Competencias esenciales para la práctica básica de la partería, ya que se basan en pruebas.
- Todos los grupos estuvieron de acuerdo en la importancia de destacar que las matronas que trabajan tan cerca de las mujeres deberían reunir las destrezas esenciales y ser profesionales expertas –no aprendices ni recién graduadas–, sobre todo si los servicios de CONEm de apoyo no están a mano.

Segundo grupo: desarrollo de políticas y creación de capacidades para conseguir una formación más innovadora.

- Las políticas y los programas nacionales de salud materno-infantil deberían incorporar el marco político y jurídico para la práctica y la provisión de servicios de partería (que incluya puestos superiores para las matronas y oportunidades de promoción).
- Las normas y reglamentos nacionales sobre partería deben adaptarse a las normas y reglamentos internacionales.
- Los planes de formación previa y simultánea al empleo deben estar basados en la competencia.
- Todas las profesoras de partería deberían ser matronas competentes con formación adicional y habilidades formativas.
- La capacidad de las instituciones de educación y formación debe mejorar, incluidos sistemas de acreditación eficaces para garantizar la calidad de dichas instituciones y programas.
- Se necesita una acción paralela para las estrategias de recursos humanos a corto y largo plazo.

Tercer grupo: importancia de proporcionar un entorno capacitador.

- La supervisión de la partería debería basarse en el apoyo y no ser punitiva, *además de incluir* ayuda por parte de matronas competentes.
- Las matronas que trabajan en la comunidad deben ser capaces de contar con apoyo y un entorno capacitador.
- Cada matrona en la comunidad debería trabajar como parte de un equipo y estar asociada a un centro de calidad que ofrezca cuidados de maternidad.
- Las matronas deberían atender a las familias para garantizar un entorno de atención calificada en todos los partos.

Cuarto grupo: colaboración, consenso y mejores pruebas de lo que funciona

- La colaboración y la participación de todas las partes interesadas resulta esencial, incluidas las asociaciones público-privadas
- Los datos deben basarse en pruebas y obtenerse mediante:
 - una evaluación de base de los recursos y las necesidades de la partería en la comunidad;

COMPETENCIAS ESENCIALES DE LA ICM PARA LA PRÁCTICA BÁSICA

DE LA PARTERÍA.

La ICM reconoce seis áreas como competencias esenciales basándose en rigurosos estudios de Delphi y su validación en 21 países: generales, prenatales, de embarazo y parto, de puerperio, de atención al recién nacido y de comunidad. Deben emplearse para orientar a los programas nacionales en el aumento de la partería. Estas competencias esenciales han sido empleadas por la OMS para identificar las destrezas necesarias para todos los asistentes de partería calificados –véase la declaración conjunta de la OMS, la ICM y la FIGO (OMS 2004)– y se han adoptado en la mayoría de las regiones de la OMS.

- un sistema de seguimiento permanente que utilice los indicadores apropiados;
- una evaluación periódica que incluya resultados sanitarios mediante el uso de métodos tanto cuantitativos como cualitativos.
- Los datos deben ser la base de la política y los programas.
- Las matronas de la comunidad deberían formar parte integral del sistema de seguimiento.

Cuestiones específicas de grupos individuales

- La cooperación Sur-Sur es valiosa, sobre todo para los sistemas débiles o rotos: los países con experiencia reciente de problemas similares están en mejor disposición de ofrecer soluciones prácticas y realistas (Grupo 3).
- Las matronas deberían participar en la investigación operativa cuando el sistema no funciona (Grupos 1 y 2).
- Cuando hay descentralización, los centros regionales constituyen el único camino hacia delante para los países extensos; los cambios no pueden llevarse a cabo desde el centro (Grupo 1).
- Algunos países necesitan aumentar el conocimiento de la partería como trabajo importante y hacerla más visible (Grupo 2).
- El Grupo 2 también expresó la necesidad de:
 - una evaluación periódica del empleo de matronas para llevar un control de la migración;
 - una regulación de la práctica y la educación privada;
 - un seguro social.

Al comentar el trabajo de grupo, la Dra. Arletty Pinel lamentó no haber podido estar presente en todas las sesiones debido a otros compromisos. A partir de las excelentes exposiciones, dedujo que se había producido un buen debate y aseguró a los participantes que las conclusiones del Foro resultarían provechosas para el UNFPA y otros colaboradores.

Todas las exposiciones dejaban patente la necesidad de una aclaración del significado de “profesional de la partería que trabaja en la comunidad”, ya que ésta ayudará a su vez a identificar las prioridades para la acción. La Dra. Pinel procedió a resaltar la importancia de las competencias esenciales de las matronas que, afirmó, ponen de manifiesto las destrezas y los conocimientos necesarios para que estas profesionales puedan trabajar en la comunidad en cualquier país, y pueden utilizarse como punto de referencia universal.

El UNFPA ha reconocido la necesidad de que el proveedor de servicios sanitarios en la comunidad sea una matrona profesional. No obstante, con el fin de atraer a excelentes candidatas para la formación en partería, declaró, la partería necesita profesionalizarse y conseguir un estatus valorado que ya se reconoce en muchos países.

La Dra. Pinel observó que todas las familias de todos los países quieren siempre la mejor atención para sus mujeres y recién nacidos: la que ofrece una matrona calificada que trabaje lo más cerca posible de donde viven. La matrona debe tener experiencia y ser considerada por la comunidad como parte esencial del equipo de maternidad. Debe ser capaz de derivar a las mujeres para que reciban una atención más exhaustiva siempre que lo necesiten. La formación en partería no debe verse comprometida: hay abundancia de pruebas que indican que los cursos breves de formación previa al empleo no pueden proporcionar a las matronas la capacidad de reflexión crítica sobre su trabajo, tomar decisiones rápidas y cruciales, y tomar las medidas adecuadas.

Pinel sostuvo que este punto de vista tendría importantes repercusiones. No sólo exigiría una revisión de los programas de formación, tanto previa como simultánea al empleo, sino también un cambio drástico de actitud. Concretamente, a la comunidad deberían destinarse matronas calificadas y con más experiencia, y no, como ocurre ahora, personal joven e inexperto con destrezas limitadas sin la supervisión y el apoyo adecuados. Reconoció que este tipo de cambios llevan su tiempo y requieren medidas innovadoras y graduales, pero la defensa y promoción del cambio deben iniciarse de inmediato.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

La sesión finalizó con un *llamamiento a la acción* que un grupo de voluntarios dirigidos por la Secretaría había elaborado a petición de los participantes siguiendo una propuesta de Pakistán, Yemen y Haití. El *llamamiento a la acción* fue leído y enmendado de acuerdo con los comentarios recibidos. Dirigido a todos los gobiernos, organismos reguladores, organizaciones profesionales de atención sanitaria, educadores y comunidades del mundo, el *llamamiento a la acción* abogaba

por la intensificación de la acción para garantizar la provisión de servicios de partería en la comunidad mediante el establecimiento o la mejora de los siguientes elementos:

- Políticas para garantizar un acceso equitativo a los servicios de partería.
- Políticas y sistemas reguladores para mejorar el número, la distribución, la situación y las condiciones de trabajo de las matronas y otras personas con conocimientos de partería.
- Educación y formación en destrezas de partería basadas en la competencia.
- Supervisión mutua y basada en el apoyo de los profesionales del campo.
- Entorno capacitador que apoye la provisión eficaz de atención sanitaria y que incluya infraestructura, comunicación, transporte de emergencia, financiación adecuada, equipo y material.
- Seguimiento permanente y evaluación periódica.

Los participantes, tras haber revisado las acciones de los países y de muchas exposiciones, consideraron que:

Las anteriores reforzarán la partería como parte integrada de la atención sanitaria en la comunidad y, además, mejorarán la continuidad de los cuidados necesarios para proteger la salud de las mujeres y los recién nacidos, así como para salvar sus vidas mediante el aumento del acceso a los cuidados obstétrico y neonatológicos de emergencia (CONEm).

Por último, los participantes expresaron insistentemente en que:

Es una obligación colectiva de todas las partes interesadas la garantía de los derechos humanos de las madres y los recién nacidos a un embarazo, un parto y un posparto seguros con independencia de dónde vivan.

Encontrará el texto completo del *llamamiento a la acción* en el Anexo 4.

Para poner fin al Foro, El Sr. Fathi Ben Messaoud, secretario general, en representación del Consejo Nacional de Familia y Población, destacó la importancia de los resultados del Foro para conseguir una mejora de la salud de las mujeres del mundo durante el embarazo y el parto, y de las madres y sus bebés después del parto, Rindió tributo a la aportación que las matronas pueden hacer y están haciendo a ese respecto. La Dra. Leïla Joudane, representante auxiliar del UNFPA en Túnez, también estuvo presente.

Camino por recorrer

El siguiente marco se aplicará para el desarrollo del documento de orientación de este Foro:

Tras una breve sesión de introducción para resumir las cuestiones y los problemas planteados, el documento se estructurará en torno a las recomendaciones principales de los grupos:

- Defensa y promoción de políticas de apoyo y el marco jurídico necesario
- Educación y formación basada en la competencia
- Supervisión basada en el apoyo
- Entorno capacitador
- Seguimiento y evaluación
- Administración y financiación

Acciones de seguimiento:

1. Se divulgará el informe final y el documento de orientación.
2. La OMS utilizará las conclusiones del Foro para fijar una reunión técnica en 2007 para la revisión de las pruebas y el desarrollo de recomendaciones específicas.
3. El UNFPA y la ICM, junto con otros colaboradores, organizará talleres regionales para ayudar a poner en marcha el documento de orientación.
4. En respuesta a los deseos de los participantes, se desarrollará un plan de defensa y promoción intensificadas y divulgación del *llamamiento a la acción*. El plan de defensa y promoción se centrará en la necesidad de una acción urgente y concertada en los países con tasas de mortalidad materna elevada, y en la solicitud de la inclusión, como una de las áreas de prioridad urgente, de la necesidad de mayores inversiones en partería en la comunidad.

Mensajes Clave

Tras haber considerado todas las exposiciones y lecciones aprendidas de los países que trabajan para reforzar la provisión de los servicios de partería en la comunidad o sus proximidades, los participantes del *Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad* concluyeron que:

- El acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto es un derecho de toda mujer embarazada. Esa atención debería proporcionarse lo más cerca posible del domicilio de cada mujer.
- Los países con una tasa de mortalidad materna elevada deberían centrarse en incrementar la atención calificada con profesionales que reúnan todas las competencias esenciales de partería (tal y como las define la ICM). Las destrezas solas no son suficientes: los esfuerzos deben seguir las pruebas obtenidas mediante un seguimiento y una evaluación regulares.
- Cualquier asistente de partería que no reúna todas las competencias necesarias deberá contar con la supervisión de una matrona competente que se encargue de su formación.
- La partería es una actividad distinta de la enfermería de obstetricia o maternidad, y la atención sanitaria materna, y debería respetarse como tal por sus conocimientos propios y exclusivos.
- Todas las matronas, incluidas las que trabajan en la comunidad, deben ejercer su profesión en un entorno capacitador que cuente con un marco jurídico y de políticas basado en el apoyo y el respaldo de un centro de CONEm totalmente operativo, y que les proporcione un alojamiento adecuado, educación para sus hijos y seguridad personal, además de formar parte del equipo de cuidados de maternidad.
- Los profesores y supervisores de partería deben ser competentes y tener experiencia tanto en esa materia como en tecnologías educativas y formativas.
- Debería animarse activamente a los hombres a participar más en soluciones culturalmente apropiadas para garantizar el acceso a los cuidados calificados de partería en la comunidad.

Annex 1: Final Agenda

DAY 1—MONDAY 11TH DECEMBER

- 8:30 Opening Ceremony & Dedication
- 8:50 Welcome & Introductions Arletty Pinel, UNFPA
- 8:55 Objectives of the workshop. Kathy Herschderfer, ICM
- 9:00 Official opening & Chair MOH Tunisia
- 9:30 Supporting Midwifery. Ms. Gunilla Essner SIDA
- 9:50 “Skilled Care’ needs a skilled attendant”
Jelka Zupan & Margareta Larrson WHO/MPS
- Break 10:15–10:35**
- 10:40 Session 1: *Background*. Chair Arletty Pinel, UNFPA
- 10:45 Skilled care at birth the Global Agenda
Ann Starrs, FCI Co-chair PMNCH
- 11:05 Just what is a community midwife Bridget Lynch, ICM
- 11:25 Overview Background paper Della Sherratt
- 11:35 Plenary Discussion
- Lunch 12:30–2:00**
- 2:00 Film
- 2:25 Session 2: *Getting on the Political Radar*.
Chair - Bridget Lynch, ICM
- 2:30 India
- 2:40 Cambodia
- 2:50 Haiti
- 3pm Malawi
- 3:10 Plenary Discussion
- 3:30 Session 3: *Ensuring the poor and hard to reach have midwifery care*.
Chair - Margareta Larrsson, WHO
- 3:35 Mexico; reaching indigenous populations (CASA)
- 3:45 Nepal; Developing a National SBA Policy
- 3:55 South Sudan: re-establishing midwifery workforce
- 4:05 Mozambique; skilled care as part of national health policy
- 4:15 Plenary
- 5:00 Close of day remarks
- 6:30 Reception by UNFPA

DAY 2—TUESDAY 12TH DECEMBER

- 8:30 Announcements
- 8:35 Session 4: *Education matters: training approaches, curricula and training of teachers* Chair - Indonesia
- 8:40 Zimbabwe
- 8:50 Pakistan
- 9:00 North Sudan
- 9:10 Plenary Discussion
- Break 10:00–10:20**

- 10:25 **Session 5: *Supervision -models for supervising the community midwifery workforce*** Chair - Zimbabwe
- 10:30 Bangladesh
- 10:40 Yemen
- 10:50 Burkina Faso
- 11: 00 Plenary Discussion
- Lunch 12:30 –2:00**
- 3:15 **Session 7: M&E** Chair - Cambodia
- 3:20 Indonesia, IMMPACT evaluation
- 3:30 Morocco - maternal mortality audits/ reviews
- 3:40 FCI, lessons learned
- 4:00 Plenary Discussion
- 4:45 Close of session
- 6:30 Market Place**

DAY 3–WEDNESDAY 13TH DECEMBER

- 8:30 **Announcements** Chair - Bangladesh
Framework for assessing capacity and prioritising action
- 8:45 Introduction to group work. Divide Della Sherratt into three sub –groups according to scenario context
- 12:00 **Session 9: Measuring what?** Chair - Nepal
Pointers for developing a M&E strategy Julia Hussein, IMMPACT
- Short time for Q& A
- Lunch 1:00 –2:00**
- 2:00 Group work continues
- 4:00 Short report from groups (10 minutes each group)
- 4:30 Plenary discussion
- 5:00 Close of day remarks and announcements

DAY 4–THURSDAY 14TH DECEMBER

- 9:00 Group work continues
- 11:30 Chair: Yemen
- Short 2- 3 minute presentation from groups and Q&A
 - Guidelines for final presentation of groupwork Della Sherratt
- Lunch 12:30 –1:30**
- 1:30 Group work continues/ or visits out
- Evening: Preparation of presentations**

DAY 5–FRIDAY 15TH DECEMBER

- 8:00** Departure Arrangements
- 8:55** *Group Photo*
- 9:15** **Session 10: Presentation of groupwork**
Chair - Ms. Gunilla Essner, SIDA; Each group to make Presentation, followed by plenary and open discussion
- 9:00** **Session 10a: Group 1**
- 9:30** **Session 10b: Group 2**
- 10:00** **Session 10c: Group 3**
Followed by plenary and open discussion
- 11:00** **Session 11: Lessons learned during workshop –**
Consensus on guidance for policy and programmatic action
Chair: Kathy Herschderfer, ICM
- 11:00** **Common themes and recommendations from groupwork**
Della Sherratt, Secretariat
- 11:15** **Responses to groupwork and discussion –**
The way forward - Arletty Pinel, UNFPA
- 11:50** **Presentation of Call to Action Participant from country team**
- Break 12:10–12:20**
- 12:30** **Closing Remarks Ministry of Health Tunisia**
- 1:30** **Lunch and Departure**

Annex 2: Lista de Participantes

BANGLADESH

Dr Nazrul Islam,
Director General of Health Services
Ministry of Health and Family Welfare,
Dhaka, Bangladesh
rhesd@eplanetit.net,
Tel:+ 880-2-9860680; Mobile: 01711477121

Prof. Abdul Bayes Bhuiyan,
Obstetrical and Gynecological
Society of Bangladesh,
Dhaka, Bangladesh
ogsb@agni.com
Tel:+880-2-8618879; Mobile: 01711531939

Ms. Ira Dibra,
Instructor/President,
Nursing Association,
Dhaka, Bangladesh
dirnur@bangla.net,
Tel: +880 2 9569840; Mobile +880 175881227

Tahera Ahmed,
Assistant Representative,
UNFPA CO BDG,
Dhaka, Bangladesh
tahera@unfpa-bangladesh.org
Tel: +880-2-8111061; 8123265; 8110836

Dr Anneka Knutsson,
Int. Programme Associate /Midwife
UNFPA CO BGD
Dhaka, Bangladesh,
knutsson@unfpa.org OR
anneka@unfpa-bangladesh.org,
Tel: +880-2-8111061; 8123265; 8110836 (Ext. 2836)

Dr Roushon Ara Begum,
NPPP,
UNFPA CO BDG
Dhaka, Bangladesh,
roushon-unfpa@dekko.net.bd,
Tel:+ 880-2-8816285; Mobile: 0189228367

BOLIVIA

Lic. Lourdes Carrasco,
Director, National School of Health MoH,
malucarrasco@hotmail.com,
Tel: 591.2) 2440540, Mobile 291-2) 70133712

Lic. Ana Maria Maldonado,
Nurse and Communicator,
Nurse Association
queridita29@yahoo.com,
Tel: (591-2) 241 6038; Mobile (591-2) 777 37345

Lic Ivelise Segovia, Midwife,
Consultant Family and Community Health,
WHO CO
isegovia@bol.ops-oms.org,
Tel: 591-2-2412465, Mobile: 591-71569536

Ulrika Rehnstrom, Midwife,
UNFPA CO,
rehnstrom@unfpa.org ,
Tel: (591-2) 242-2637; Mobile: (591-2) 70135323

BURKINA FASO,

Dr. Zeba Sylvain
Director, National RH programme,
zebasylvain@yahoo.fr,

Mme Karidja Ouédraogo
Midwife Trainer,
National school of training health providers,
benKadoued@yahoo.fr

Mme Maïmouna Foro,
President, Midwife Association
foro12000@yahoo.fr

CAMBODIA

Dr Tung Rathavy,
Deputy Director,
National Maternal and Child Health Centre,
MoH,
Phnom Phen, Cambodia
rathavy@online.com.kh,
Tel:+ 855 23 427 300

Ms. Ou Saroeun
President, Cambodian
Midwives Association (CMA)
Phnom Phen, Cambodia
ratavy@online.com.kh,
Tel: +855 23 427 300

Dr Sok Sokun,
Programme Manager, Reproductive Health,
UNFPA CO CAM
Phnom Phen, Cambodia
sok@unfpa.org
Tel:+ 855 22 215 529

HAITI

Ms. Ghislaine Francoeur,
Director , National Midwifery School,
MoH,
francoeurgc@yahoo.fr,
Tel: +509 223-9497; Mobile: (509) 404-2697

Ms. Rhoda Savain,
NPO, UNFPA CO Haiti
Savain@unfpa.org
Tel: +509 511-1424, Mobile: (509) 550 4179

INDIA,

Dr Prakasamma
India Society of Midwives
Hyderabad
India
hyd2_dirans@sancharnet.in ,

*Ms. Patidar Jashu Shankarbai,
Gujarat Nursing Council,
*Unable to Attend

Dr Dinesh Agarwal,
NPO,
UNFPA Co IND,
New Delhi, India
agarwal@unfpa.org,
Tel: +91 011 24649247; Mobile: 9868884942

INDONESIA

Dr. Fita Rosemary,
Mkes,
West Java Province,
Health Directorate West Java Province,
Indonesia
frose57@yahoo.com
Tel:+62 22 4215461

Dr. Melania Hidayat Indrayadi,
RH Programme Officer,
UNFPA CO, INDO
Jakarta, Indonesia
hidayat@unfpa.org,
Tel: +62213141308 ext 304;
Mobile: +62811155036

Krystyna Makowiecka,
Impact, Senior Lecturer
LSTM
United Kingdom
Krystyna.makowiecka@lshtm.ac.uk,
Tel: +44 2079272812; Mobile: +44 7879432585

GUATEMALA

Blanca Almeda Aguilar Fajardo,
Registered Nurse,
MoH,
almeurb@gmail.com,
Tel:+502-24723407; Mobile 502-54026595

Telma Siney,
Midwife, MoH,
Tel: +502-66302422; Mobile: 502-54116809

Dr Cizel Zea,
Physician, MoH,
cizelixbalanque@yahoo.com,
Tel: +502-24751125; Mobile 502-52032624

Mario Aguilar Solares,
Assistant Representative,
UNFPA CO,
aguilar@unfpa.org,
Tel: +502 366 9298

KENYA

Mrs. Margaret Muiva,
Lecturer,
University of Nairobi,
MoH,
Nairobi, Kenya
margndmu@yahoo.co.uk
Tel: Mobile: +254 722 230 680

Ms. Mwangangi Alice,
Programme Officer,
MoH, RH Division
Nairobi, Kenya
mwangangnialice@yahoo.com
Tel: Mobile: +254 (0)722379476

MALAWI

Ms. Felicitas Jolly Kanthiti,
Principal Nursing Officer,
MoH,
Lilongwe, Malawi
fkanthiti@yahoo.co.uk,
Tel: +265 01789400

Ms. Irine Matola,
National Secretary,
Association of Malawi Midwives,
Malawi
Tel: 265) 01 874 333; Mobile 265) 09 693 418

Ms. Agnes Mpoti,
Nurse/Midwife,
Mulanje Mission College of Nursing,
Malawi
agmpoti@yahoo.com,
Tel: 265) 01 467 034; Mobile: 265) 09 317 369

Ms. Anna Chinombo
Project Officer,
UNFPA CO MALAWI
Lilongwe, Malawi,
anna@unfpa.unvh.mw,
Tel: 265) 01 771 444,; Mobile: 265) 08 367 531

MEXICO

Ms. Antonia Cordova Morales ,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico
parteria@casa.org.mx,
Tel: +52 415 154 60 60 H106

Ms. Martha Fabiola Zarate Ortega,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico

Ms. Maria Cruz Coronado Saldierna,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico

Ms. Fatima del Rosario Gallegos Ramirez,
Student, Midwifery School
San Miguel de Allende, Mexico
Ms. Beatriz Hernandez,
Nursery and Rural Health Development Office Chief,
MoH

Ms. Nadine Goodman,
Advisor,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende (CASA)
nadinemexico@aol.com,
Tel: +212-234 7940; Mobile 917 748 2563

MOROCCO

Ms. Aicha Benbaha,
Midwife,/Member Direction et Population,
MoH,
Rabat, Morocco
abenbaha@yahoo.fr,
Tel: + 212 37 29 54 14; Mobile: 068 18 64 16

Ms. Yamina Bouchlarhem,
Midwife teache,
MoH,
Rabat, Morocco
ybouchlarhem@yahoo.fr,
Tel:+212 37 29 14 72, Mobile 065 08 01 69

Ms. Milouda Chebabe,
Midwife, MoH
IFCS
Rabat, Morocco
gazelle_mil@yahoo.fr,
Tel: +212 37 69 19 38, Mobile: 066 01 08 87

Dr Radouane Belouali,
Programme Officer,
UNFPA CO MORR
Rabat, Morocco
Radouane.belouali@undp.org,
Tel: +212 37 66 12 71; Mobile: 061 21 82 92

MOZAMBIQUE

Ms. Clemência Ernesto Djedje,
Midwife,
Hospital Central Maputo,
Mozambique
amrnmoz@zebra.uem.mz,
Tel: Mobile: +1258 82 39 05 870

Ms. Barbro Fritzon,
Midwife, UNFPA CO MOZ
Maputo, Mozambique
barbro@unfpa.uem.mz,
Tel: +258 21 494469; Mobile: +258 823933237

NEPAL

Dr. Naresh Pratap K.C,
Safe Motherhood Coordinator,
Family Health Division,
Katmandu, Nepal
npkc@mos.com.np,
Tel:+ 977 1 4262155; Mobile + 977 9851042824

Dr. Kasturi Malla,
Medical Director,
Maternity Hospital Thapathali,
Katmandu, Nepal
bk_malla@yahoo.com,
Tel:+ 977 1 4260405, Mobile: 9851027419

Ms. Kiran Bajracharya,
Associate Professor,
Faculty of Midwifery,
Nursing Campus,
Katmandu, Nepal
kbajra200@yahoo.com,
Tel: +97 1 4720423: Mobile 9841500906

NIGER

Mme Dige Ousmane Bako
Coordinator Obstetric Care,
E.N.S.P,
Tel: +227 23001; Mobile 96961445

Dr Maifada Rekia,
Obstetrician,
Midwife Association
rekaikama@caramail.com
Tel:+ 21768730

Dr Amadou Haoua,
Obstetrician,
Direction de la santé et de la reproduction
Tel: Mobile: +96884146

PAKISTAN

Imtiaz Kamal,
President Midwives Association,
Midwifery Assoc. Of Pakistan (MAP),
imtiaz.kamal@gmail.com,
Tel: +92 21 5341597-8, Mobile: 0345-2238906

Tanwir Ahmad,
Provincial Coordinator
National Programme,
Health Department Punjab,
pc.punjab@gmail.com,
Tel: +92 42 5865012, Mobile:0333-4315657

SUDAN

Rogaia Abuelgasim,
Assistant Representative,
UNPA CO SUD
Khartoum, The Sudan
rogaia.abuelgasim@undp.org,
Tel: +249 183 575492/3 Ext. 111/112,
Mobile +2 49-183) 575494

Dr. Igbal Abukarig,
ERH Director & MPS focal point
MoH
Khartoum, The Sudan

Dr Abeer Al Agabany,
National Programme Officer,
WHO CO
Khartoum, The Sudan
algabanya@sud.emro.who.int
Tel: +249 776471; 00249 9121 67508

Ms. Elham Abdalla,
Midwife, Lecturer,
Nursing college,
Khartoum University,
Khartoum, The Sudan
elhamahmed61@hotmail.com
Tel: +249 183 575492/3 Ext. 111/112

Ms. Layla Ali M. Fadul,
Midwifery trainer
The Sudan

Ms. Magdalene Armah,
RH Coordinator
UNFPA Southern Sudan Office,
magda.armah@undp.org, Thuraya:
Tel: +249 8821651194568 Mobile: 249912160239,

Ms. Janet Kemisa Michael,
Matron General,
MoH Gov. Southern Sudan,
janetmichael50@yahoo.com,
Tel: Mobile +249911349732

TANZANIA

Hanuni Sagora,
RH and Child Health Programme Manager
Ms. Agnes Mtawa,
Senior Nursing Officer

YEMEN

Dr. Arwa El Rabee,
Deputy Minister, Health and Population
Ministry of Public Health and Population
Sana'a, Yemen
Tel: +967 1561967

Dr .Sameera Taher
RH Director,
Ministry of Public Health and Population
Sana'a, Yeman
Tel:+967 1561967

Dr. Suaad Kasseem,
Programme Coordinator ,
National Yemen Midwives Association
Yeman
saleh_suad@yahoo.com
Tel: +9671309919; Mobile: 967733333269

ZIMBABWE

Ms. Margaret Nyandoro Matongo,
RH Coordinator,
MoH and Child Welfare,
Harare, Zimbabwe
panashet@yahoo.com,
Tel: +26 4 722697; Mobile: 263-4-91325918

Ms. Grace Danda,
Deputy Chair,
Midwifery Association,
Harare, Zimbabwe
gracedanda@yahoo.com.zw
Tel: + 263 9 308050; Mobile 263-11747340

Ms. Gift Malunga,
Assistant Representative,
UNFPA CO ZIM,
Harare, Zimbabwe
malunga@unfpa.org,
Tel: +263 4 792681/6; Mobile 263-4-91224668

UNFPA

Dr. Arletty Pinel
Chief RHB,
TSD,
New York
United States of America
pinel@unfpa.org,
Tel: +1 216 297 5204

Dr. Vincent Fauveau,
Senior Maternal Health Advisor,
TSD, RHB,
fauveau@unfpa.org,
Tel: +41 22 917 85 74,
Mobile: +41 79 377 36 64

Dr. Luc de Bernis,
Senior Maternal Health Advisor,
Africa Division
debernis@unfpa.org,
Tel: +251 11 544 40 73,
Mobile: +33 679 78 60 95

Dr. Vinit Sharma,
Regional Adviser ARH/RH,
CST Jordanie
vinit@cstamman.org.jo,
Tel: +962-6-5517040;
Mobile: + 962-77-7356175

Ms. Brigitte Thiombiano,
President, FASFACO,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands
briggittethiombiano@yahoo.fr,
Tel: +226 50 30 72 59;
Mobile: +226 78 83 32 04

Ms. Henrietta Sameer Aswad,
Regional Information Advisor,
UNFPA / IERD,
aswad@unfpa.org,
Tel: +962 6 5549011/12 Ext. 200,
Mobile: +962 7 77654544

ICM

Bridget Lynch,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands

Ms. Deputy Director, ICM,
bridget@idirect.com,
Tel: + 1 416.654.2672

Ms. Franka Cadée,
Treasurer ICM,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands
F.cadee@planet.nl,
Tel: +31 317414225;
Mobile: 31 61 2406315

Ms. Kathy Herschderfer,
Secretary General,
ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
K.Herschderfer@internationalmidwives.org.
Tel: +31 70 30 60 520; Mobile: 06-22446649

Ms. Nester Moyo,
Programme Manager
ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands,
N.Moyo@InternationalMidwives.org,
Tel: +31 70 3060520; Mobile: +31 612998040

Ms. Judith Chamisa,
ICM Regional Representative Africa/
Lecturer, midwife,
National University of Science and Technology,
judychamisa@yahoo.co.uk,
Tel: +263 9 282842 ext 2570;
Mobile: +263 23 406 640

Ms. Alicia Beatriz Cillo,
Americas Regional Representative,
C/o ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
aliciacillo@speedy.com.ar
Tel: + 54-221-4245434;
Mobile, +54-221-9-5526923

Ms. Della R Sherratt,
Midwifery Consultant/Senior International
Midwifery Advisor & Trainer,
C/o ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
dellarsherratt@yahoo.co.uk,
Tel: +44 1453 84 24 79

Dr. Atf Gherissi,
Midwifery Consultant,
Tunisia
atfgherissi@yahoo.fr.
Tel: +216 97 997 224

Dr. Karen Odberg Pettersson,
Midwifery Consultant/Senior Lecturer
Lund University
Stockholm, Sweden
Karen.Odberg_Pettersson@med.lu.se,
Tel: +46 40 291347; Mobile: +46 703 505512

WHO Making Pregnancy Safer (MPS)

Dr. Jelka Zupan,
Coordinator
Department of Making Pregnancy Safer
World Health Organization
Geneva, Switzerland
zupanj@who.int.
Tel: +41 22 7914221

Dr. Margareta Larsson,
Technical Officer/Midwife,
Department of Making Pregnancy Safer
World Health Organization
Geneva, Switzerland
larssonm@who.int.
Tel: +41 22 791 4528; Mobile: +41 789182322

Family Care International (FCI)

Ms. Ann Starrs,
Executive Vice President
588 Broadway, Suite 503
New York, NY 10012
United States of America
astarrs@familycareintl.org.
Tel: +1 212 941-5300; Mobile: +1 (646) 373-7136

IMPACT

Dr. Julia Hussein,
University of Aberdeen
Scotland, United Kingdom
j.hussein@abdb.ac.zj,
Tel: 01224 554474

Ms. Pascale Baraté,
Development Manager,
University of Aberdeen,
Scotland, United Kingdom
pbarate@pact-int.com or pbarate@itg.be,
Tel: +44 1224 551 897; Mobile: +32 476 340 336

SIDA/Sweden

Ms. Gunilla Essner,
Senior Programme Officer,
SIDA (Swedish International Development
Cooperation Agency),
Stockholm, Sweden
gunilla.essner@sida.se,
Tel: +46 8 6985244; Mobile: +46 70 7396458

Ms. Yasmin Zaveri-Roy,
Programme Manager,
Embassy of Sweden, SIDA
New Delhi, India
yasmin.zaveri-roy@foreign.ministry.se,
Tel: +91 11 24197100 / +91 11 24197125 (direct);
Mobile: +91 9899575714

Dr. Kyllike Christensson,
Professor, Karolinska Institutet,
Stockholm, Sweden
Kyllike.Christensson@ki.se

Ms. Anna Nordfjell,
President, Swedish Association of Midwives,
Stockholm, Sweden
anna.nordfjell@barnmorskeforbundet.se,
Tel: +46 8 10 70 88; Mobile: +46 70 752 28 34
African Development Bank

Dr. Moussa Coulibaly,
Health Analyst, AfDB,
m.coulibaly@afdb.org
Tel: +216 71 10 32 38;
Mobile: +216 22 67 54 09
Averting Maternal Death and Disability (AMDD)

Dr. Helen de Pinho,
Columbia University New York
United States of America,
hd2122@columbia.edu,
Tel: 1 212 222 2550; Mobile +1 917 660 98 14

Dr. Barbara Kwast
Senior Adviser AMDD and International
Consultant Maternal Health and Safe Motherhood
The Netherlands
b.e.kwast@wxs.nl
Tel: +31 33 4953527

RPMM Network

Ms. Angela Kamara-Sawyer,
Director RPMM Network,
Rpmm4ak@africaonline.com.gh,
Tel: +233 21 763284; Mobile: +233 244 31 4116
Administration and Media

Ms. Corinne Kaeser,
C/O UNFPA Office Geneva
Switzerland
Tel: +41 22 917 85 66, Mobile: +41 76 540 34 54

Ms. Hasna Zbiss,
Events Officer
C/O UNFPA Tunisia,
hasna.zbiss@yahoo.fr,
Tel: +216 715 64 942, Mobile +216 98 341 697

Ms. Brigid McConville,
Independent journalist and film maker
White Ribbon Alliance UK
broomfield.hall@virgin.net,
Tel: +44 1278 671316, Mobile: 07746 592622

Ms. Emilie Flower,
Film maker
Insight Participatory Video
33 Frances Street
York YO10 4DW , UK
Mobile 07867 626145
+44 1904 621087

Anexo 3: Estudios de casos

ESCENARIO UNO: País de bajos ingresos con una elevada mortalidad materna y un escaso porcentaje de partos atendidos por proveedores calificados.

Se trata de un país sin litoral de gran extensión con una población aproximada de 100.000.000 habitantes y un crecimiento demográfico de poco más de un 2% que, a pesar de haber experimentado una mejora constante en cuanto a desarrollo socioeconómico en la última década, sigue registrando unas elevadas tasas de mortalidad tanto infantil (75 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) como materna (350 muertes por cada 100.000 nacidos vivos), y cuyo porcentaje de partos atendidos por un proveedor calificado se sitúa en torno al 28,1%. Según el último censo, sólo el 36% de la población vive en zonas urbanas. El resto está repartido en pequeños pueblos, muchos de ellos situados en áreas accidentadas y de difícil acceso que suelen quedarse aisladas en determinadas épocas del año. Se calcula que la mortalidad es cuatro veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas. El 50% de los habitantes actuales tiene menos de 15 años. Según la última encuesta demográfica y de salud, realizada en 2001, el 60% de la población no tiene acceso a la atención sanitaria básica pese a los esfuerzos gubernamentales por ubicar servicios sanitarios a una distancia mínima de 2 horas para la mayoría de los habitantes. A pesar del escaso uso de atención calificada durante el parto, se calcula que más del 80% de las mujeres reciben al menos una visita prenatal y que a más del 78% de las embarazadas se les proporciona la vacuna antitetánica. Según un reciente estudio centinela, el 60% de las mujeres en edad reproductiva sufren carencia de hierro crónica.

La baja posición social de las mujeres, la pobreza, la geografía del país y los sistemas de creencias tradicionales impiden a muchas mujeres el acceso a servicios de salud materna. Además, las desigualdades entre los sexos afectan a la escolarización de las niñas, y esto influye a su vez en la participación femenina en programas de formación profesional. En la actualidad el país no dispone de matronas profesionales. Los servicios de partería en el ámbito de la comunidad los proporciona un amplio grupo de trabajadores comunitarios y voluntarios. Sólo pueden encontrarse enfermeras con conocimientos de partería y médicos con conocimientos obstétricos en los hospitales de los distritos. Una revisión reciente de los recursos humanos sanitarios para madres y recién nacidos puso de manifiesto la existencia de un mayor número de médicos que de enfermeras (con una proporción de médicos con respecto a la población superior a la recomendada por la OMS). Ninguno de los trabajadores sanitarios de la comunidad contaba con los conocimientos esenciales para poder ejercer como proveedor calificado durante el parto; la mayoría ha realizado programas de capacitación previa al empleo de muy poca duración (entre cuatro y nueve meses) y su formación se centra principalmente en información sanitaria e inmunización. En cuanto a los médicos y enfermeras, ambos colectivos carecen de conocimientos de partería y técnicas para salvar vidas, incluidos muchos de los que trabajan en los hospitales de los distritos.

Aunque existe un organismo regulador responsable del establecimiento de normas para la formación en enfermería y partería, y el ejercicio de ambas prácticas, el marco regulador existente para los proveedores calificados durante el parto es bastante pobre.

PREGUNTA

El Gobierno ha adquirido el firme compromiso de intentar reducir la mortalidad materno-infantil prestando especial atención a las personas que viven en condiciones de pobreza.

- a) ¿Qué factores debería considerar para reforzar los servicios de partería en la comunidad y conseguir que aumente el número de mujeres y recién nacidos con acceso a un profesional calificado capaz de ofrecer cuidados de partería de calidad y realizar las derivaciones necesarias para casos de problemas y complicaciones obstétricas y prenatales?
- b) ¿Qué grado de consideración debe dedicarse a la mejora de la calidad de la formación en partería en el propio país?
- c) ¿Cómo podría fortalecerse la supervisión del personal de partería de la comunidad?

ESCENARIO DOS: País de extensión media y bajos ingresos con un ritmo rápido de urbanización y una mala distribución de proveedores calificados durante el parto.

El país cuenta con una población total de 23,7 millones de habitantes, un 60% de los cuales vive en zonas urbanas, y está dividido geográficamente en nueve provincias, divididas a su vez en unidades administrativa más pequeñas, y tres municipios de autoridad única, uno de los cuales es la capital. A pesar de contar con una estructura generalizada para la provisión de servicios sanitarios a la población, muchas de sus zonas rurales acusan la falta de profesionales calificados, que se ve traducida en un funcionamiento ineficaz o nulo de tales servicios. El Gobierno ha adoptado medidas para mejorar de manera sistemática la salud de las mujeres y los niños a lo largo de varios años, pero una serie de desastres naturales ocurridos recientemente ha puesto en grave peligro esos esfuerzos. Existe una legislación vigente que protege los derechos de las mujeres a la educación, la propiedad y la atención sanitaria primaria. Los estudios ponen de manifiesto que, aunque en las zonas urbanas hay cada vez más chicas que concluyen la educación secundaria (10 años o más), en las zonas rurales eso no ocurre. En teoría, los servicios sanitarios materno-infantiles son gratuitos para las personas que viven en condiciones de pobreza; sin embargo, los recientes intentos por introducir la financiación compartida como parte de las reformas generalizadas del sector parecen estar influyendo de manera negativa en su utilización. En lo referente a los indicadores de salud, el país ha experimentado ligeras mejoras en materias de mortalidad infantil, inmunización de niños y empleo de métodos

anticonceptivos modernos. No obstante, la tasa de mortalidad materna sigue siendo de 250 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Se calcula que el porcentaje general de partos atendidos por un proveedor calificado es del 68%, con un 81% en las zonas urbanas y poco más de un 40% en las rurales.

Según una serie de informes nacionales, mientras que el 98% de las mujeres de las zonas urbanas recibe al menos tres visitas prenatales, sólo el 78% de las de las zonas rurales recibe algún tipo de atención previa al parto. Una de las preocupaciones más apremiantes del país es el predominio cada vez mayor de las tasas de infección por el VIH en las mujeres embarazadas.

Los servicios sanitarios materno-infantiles los proporcionan médicos y enfermeras con una preparación relativamente buena y con conocimientos de partería, aunque según un estudio reciente carecen de formación en muchos de los últimos avances en cuidados obstétricos, sobre todo en los de emergencia básicos. La mayoría de los médicos, enfermeras y matronas se encuentran en los municipios y las principales ciudades de las provincias. Muchos de ellos ejercen en el ámbito privado. Una revisión de los recursos humanos para la salud deja patente que, en cifras totales, habría una persona con formación por cada 150 partos si todo el personal proporcionase cuidados de maternidad, que gran parte de él no lo hace. La partería en la comunidad, allí donde la hay, la ejercen enfermeras matronas auxiliares con 18 meses de formación polivalente. Estas profesionales cuentan con muy poca supervisión, y una reciente evaluación de sus conocimientos demostró que no poseen las competencias básicas requeridas para cumplir lo establecido en la definición internacional de proveedor calificado durante el parto. El Consejo Médico supervisa la educación y la regulación de todos los proveedores de servicios sanitarios del país. Las enfermeras matronas auxiliares con conocimientos de partería no están autorizadas a poner en práctica muchas de las técnicas para salvar vidas necesarias para una maternidad segura.

PREGUNTA

El Gobierno ha adquirido el firme compromiso de intentar reducir la mortalidad materno-infantil prestando especial atención a las personas que viven en condiciones de pobreza.

- a) ¿Qué factores debería considerar para reforzar los servicios de partería en la comunidad y conseguir que aumente el número de mujeres y recién nacidos con acceso a un profesional calificado capaz de ofrecer cuidados de partería de calidad y realizar las derivaciones necesarias para casos de problemas y complicaciones obstétricas y prenatales?
- b) ¿Qué grado de consideración debe dedicarse a la mejora de la calidad de la formación en partería en el propio país?
- c) ¿Cómo podría fortalecerse la supervisión del personal de partería de la comunidad?

ESCENARIO TRES: País pequeño con una infraestructura colapsada o casi inexistente.

El país está recuperándose de muchos años de conflictos internos y la estabilidad política acaba de restablecerse. Pese al hecho de que muchas familias cultivan sus propios vegetales y crían pequeñas partidas de ganado, principalmente de aves de corral, las tasas de malnutrición infantil son elevadas. Además, la anemia en las mujeres es endémica. Según el último censo de población, elaborado en 2001, la población total está en torno a los 13,8 millones de habitantes, el 68% de los cuales vive en zonas rurales. La encuesta de salud reproductiva llevaba a cabo en 2002 sitúa el crecimiento anual de la población en el 2%. La mortalidad infantil es de 56 por cada 100.000 nacidos vivos, pero puede tratarse de un cálculo excesivamente bajo. Los cálculos actuales sitúan la mortalidad materna en alrededor de 1000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, es posible que la debilidad del sistema de información sanitario y la falta de un sistema de registro de nacimientos y defunciones adecuado hagan que también este dato sea un cálculo inferior al real.

El país tiene 22 distritos sanitarios autónomos y cuatro municipios, cada uno de los cuales es responsable, con poderes delegados, de los servicios sanitarios de su territorio. Todos los distritos cuentan con un hospital, que funciona como centro de derivaciones para esa zona y tiene conexiones con uno de los cuatro hospitales municipales o el hospital de maternidad nacional de derivación. En teoría, todos los hospitales de distrito deberían ofrecer cuidados obstétricos de emergencia, pero, según un estudio reciente, el 60% de ellos no pueden hacerlo de manera adecuada debido principalmente a la falta de médicos, pero también a la de material y servicios esenciales (agua, electricidad, etc.). Sólo el hospital de maternidad nacional de derivación dispone de un banco de sangre operativo.

La encuesta de salud reproductiva calculó que sólo el 46% de las mujeres tenía acceso a un proveedor calificado durante el parto, y que estos niveles eran más elevados en los municipios que en las zonas rurales. También puso de manifiesto que la principal razón por la que no se recurría a este tipo de profesionales era la no disponibilidad de ellos, y que, si hubiese alguno disponible, las mujeres sí recurrirían a él. Los servicios sanitarios son de financiación compartida, salvo para quienes viven en condiciones de pobreza. La infraestructura (incluidos las casas, el agua, el saneamiento, las carreteras y los puentes) es inexistente o apenas funciona. La mayoría de los proveedores cobran un dinero que las mujeres no pueden pagar, y muchas regresan a sus pueblos sin recibir tratamiento. Las mujeres prefieren no buscar la ayuda del sector sanitario oficial a menos que se las convenza de que serán tratadas con dignidad y no con desprecio. La mayoría confía en sus propios cuidados o en los de la familia o los vecinos antes de recurrir a la atención sanitaria oficial. Aunque en algunas zonas hay proveedores tradicionales de cuidado durante el parto que ayudan a las mujeres a dar a luz, la mayoría de las familias no buscan ayuda fuera de la propia unidad familiar.

Las mujeres también son reacias a dejar sus hogares durante la noche. Es más, el desplazamiento interno de gente ha traído a sus hospitales a enfermeras y matronas que no pertenecen a su grupo étnico y en las que, por tanto, no confían.

Además, muchas familias se muestran reticentes a dejar que sus hijas abandonen la comunidad para recibir formación como enfermeras o matronas.

Los servicios sanitarios a madres y recién nacidos los proporcionan doctores, enfermeras, matronas y trabajadores sanitarios de la comunidad. El país tiene escasez de personal sanitario de todo tipo. Los pocos doctores existentes se encuentran principalmente en el hospital municipal. La formación de las enfermeras incluye contenidos de partería, pero como toda ella se imparte en un hospital y cuenta con un escaso número de casos de partos, carecen de experiencia práctica en embarazos y partos normales. Las matronas reciben una formación de dos años de duración con experiencia tanto en hospitales como en la comunidad. También cuentan con muy poca experiencia práctica y la mayoría de las estudiantes sólo atienden entre 10 y 12 partos durante su capacitación. Los trabajadores sanitarios de la comunidad, por su parte, tienen 10 meses de formación y su misión es proporcionar educación sanitaria y promoción. Su programa de formación incluye sólo cuatro semanas dedicadas a la partería, por lo que no se espera que tengan competencia en cuidados ni para partos normales ni para recién nacidos.

Aunque las desigualdades entre los sexos constituyen un problema en el país, tanto los hombres como las mujeres poseen los mismos derechos ante la ley. El número de niñas y niños escolarizados es prácticamente igual, y el de niñas que terminan la educación secundaria (10 años o más) es cada vez mayor, aunque las tasas de asistencia al colegio siguen siendo bajas a escala nacional y el Gobierno está invirtiendo en el establecimiento de escuelas en las zonas rurales.

PREGUNTA

El Gobierno ha adquirido el firme compromiso de intentar reducir la mortalidad materno-infantil prestando especial atención a las personas que viven en condiciones de pobreza.

- a) ¿Qué factores debería considerar para reforzar los servicios de partería en la comunidad y conseguir que aumente el número de mujeres y recién nacidos con acceso a un profesional calificado capaz de ofrecer cuidados de partería de calidad y realizar las derivaciones necesarias para casos de problemas y complicaciones obstétricas y prenatales?
- b) ¿Qué grado de consideración debe dedicarse a la mejora de la calidad de la formación en partería en el propio país?
- c) ¿Cómo podría fortalecerse la supervisión del personal de partería de la comunidad?

Annexo 4: Llamada a la Acción

LLAMADA A LA ACCIÓN

DESDE HAMMAMET SOBRE EL AUMENTO DE LA

“PARTERÍA EN LA COMUNIDAD”

RESULTADOS DEL 1ER FORO INTERNACIONAL SOBRE

“PARTERÍA EN LA COMUNIDAD”

11-15 DICIEMBRE, 2006 HAMMAMET, TÚNEZ

Cada minuto, una mujer muere en alguna parte del mundo y muchas más quedan discapacitadas debido a complicaciones relacionadas con el embarazo por falta de atención cualificada. La evidencia demuestra que una matrona u otro profesional sanitario con conocimientos de partería ofrece la solución más rentable, poco tecnológica pero de gran calidad, para conseguir una maternidad segura, que es el componente fundamental de la salud reproductiva. Además, las matronas son esenciales para ayudar a asegurar la supervivencia del bebé, mejorar la salud tanto de la madre como del recién nacido y reducir así la cifra estimada de 7 millones de muertes perinatales que se producen cada año.

El 1er Foro Internacional sobre “Partería en la Comunidad” celebrado en Hammamet, Túnez, organizado por la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluyó su semana de deliberaciones con una Llamada a la acción para reforzar y aumentar la partería en la comunidad, para contribuir a la prevención de la muerte y discapacidad evitables de madres y recién nacidos y para fomentar la salud de las madres y sus bebés.

El Foro reunió a agencias y organizaciones internacionales con matronas, enfermeras, médicos, diseñadores de políticas sanitarias, asociaciones profesionales, organismos reguladores e investigadores de 23 países del mundo en los que la mortalidad y la morbilidad maternal y neonatal siguen siendo inaceptablemente altas. El objetivo era ver cómo hacer más accesible la partería, especialmente para las mujeres que viven en lugares infraatendidos y a los que es difícil llegar. Después de revisar el progreso y las limitaciones de los veinte últimos años, desde la presentación de la Iniciativa Global de Maternidad sin Riesgo, los participantes concluyeron que es necesario intensificar la acción a nivel global, regional y nacional para conseguir más matronas que trabajen en contacto con las comunidades. Las matronas que trabajan cerca de donde viven las mujeres pueden ayudar a evitar 530.000 muertes maternas evitables al año. Además, también pueden evitar muchos problemas postparto, como la fístula obstétrica, y contribuir a reducir la alarmante proporción de morbilidad y mortalidad neonatal. En 2005, la Organización Mundial de la Salud estimó que se necesitaban en todo el mundo 334.000 matronas y otras personas con conocimientos de partería más. Si están

respaldadas por sistemas sanitarios eficaces, las matronas pueden ayudar a los gobiernos a conseguir el cuarto y el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

La Llamada a la acción dice:

Los participantes en el 1er Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad, hacemos un llamamiento a los gobiernos, organismos reguladores, organizaciones de profesionales sanitarios, educadores y comunidades de todo el mundo, para que se asegure la provisión de servicios de partería en la comunidad estableciendo o mejorando las siguientes áreas clave:

- Políticas para asegurar un acceso equitativo a los servicios de partería.
- Políticas y sistemas reguladores para mejorar: el número, la utilización, el estado y las condiciones de trabajo, de matronas y otras personas con conocimientos de partería.
- Educación basada en competencias y formación en partería.
- Supervisión de iguales basada en el apoyo de profesionales del sector.
- Entorno capacitador para apoyar la atención sanitaria eficaz, incluida la infraestructura, la comunicación, el transporte de emergencia, el aprovisionamiento de fondos adecuado, equipo y servicios.
- Supervisión permanente y evaluación periódica.

Creemos que estas acciones reforzarán la partería como parte integrante de la atención sanitaria en la comunidad. Además, mejorarán el continuo de cuidados necesarios para proteger la salud de mujeres y niños, así como para salvar sus vidas, aumentando el acceso a los cuidados de emergencia obstétrica y neonatal (EmONC).

También creemos que es la obligación colectiva de todos los interesados garantizar a las madres y a sus recién nacidos el derecho a un embarazo, parto y puerperio seguros sea cual sea el lugar donde vivan.

Annexo 4: Referencias y Bibliografía

deBernis L, Sherratt DR, AbouZhar C, Van Lerberghe W. Skilled attendants for pregnancy and childbirth British Medical Bulletin, Volume 68; 39-57, 2003

Högberg, U. Maternal mortality in Sweden. Doctoral Thesis, Umeå University, Umeå., Sweden, 1985

Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, Van Lerberghe W. Going to scale with professional skilled care. Lancet 2006;368:1377-86.

Campbell OMR, Graham WJ. et al. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006;368:1284-99.

Padmanathan, I., Liljestrand, J. et al . Investing in Maternal Health in Malaysia and Sri Lanka World Bank ISBN: 0-8213-5362-4. 2003

Pettersson KO, Christensson, K, Gomes de Freitas, EF, Johansson E. Adaptation of healthcare seeking behaviour during childbirth. Focus group discussions with women living in the suburban areas of Luanda, Angola. Health Care for Women International 25, (3), 2004

Segovia, I. The midwife and her functions by level of care. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. Volume 63, Supplement 1, S61-S66, 1998

Stanton C, Blanch A, Croft T, Choi Y. Skilled Care at birth in the developing world; progress to date and strategies for expanding coverage. J.biosoc Sci.. March; 1-12, 2006

WHO, UNICEF Antenatal care in developing countries, promises achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. World Health Organization, Geneva 2003

WHO. Critical Role of Skilled Attendants. A Joint Statement by WHO ICM FIGO. World Health Organization, Geneva, 2004

WHO. World Health Report 2005 Make every mother and child count. World Health Organization, Geneva 2005

WHO. World Health Report 2006, Working Together for Health. World Health Organization, Geneva, 2006.

Annexo 6: La Definición de la Matrona (ICM)

DEFINICIÓN DE LA MATRONA ^[1]

Una matrona es una persona que fue admitida regularmente a un programa educacional sobre partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha completado con éxito el curso de estudios de partería prescrito y ha adquirido la competencia requerida para ser registrada y/o autorizada para ejercer la partería.

La matrona es una persona reconocida como profesional responsable que trabaja conjuntamente con mujeres para ofrecerles la supervisión, el cuidado y los consejos necesarios durante sus embarazos, partos y el período de posparto, para dirigir los partos bajo su propia responsabilidad y de prodigar los cuidados al recién nacido y al lactante. Estos cuidados incluyen las medidas preventivas, la promoción del parto normal, la detección de complicaciones tanto en la madre como en el niño, la obtención de asistencia médica o cualquier otra asistencia apropiada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una importante tarea de asesoramiento y educación en materia de salud, no sólo para las mujeres sino también dentro de la familia y la comunidad. Esta labor debería comprender la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de la mujer, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños.

Podrá ejercer en cualquier lugar incluyendo el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud.

Revisada por el Consejo de la Confederación (ICM) el 19 de julio, 2005 en Brisbane, Australia.

Esta Definición reemplaza la “Definición de la Matrona” 1972 y sus enmiendas de 1990.

^[1] En este documento se utiliza la designación “matrona” para referir a un profesional de la salud con capacitación obstétrica según la definición de la matrona de la Confederación Internacional de las Matronas (ICM). Entendemos que dependiendo del país, también se alude a este profesional de la salud como “enfermera obstetra”, “obstetriz” o “partera”, etc.