

El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad





Instituto Nacional
de Salud Pública

El uso y rol de proveedores no-médicos para la
atención prenatal y obstétrica en México: parteras
profesionales técnicas y enfermeras obstetras.
Evidencias y áreas de oportunidad

RESUMEN • EJECUTIVO

El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad

Resumen ejecutivo

Primera Edición, 2011

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública / Instituto Nacional de las Mujeres
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN: 978-607-511-011-0

Centro de Investigación en Sistemas de Salud / Centro de Investigación en Salud Poblacional
Instituto Nacional de Salud Pública

Equipo de investigación:

Dra. Dilys Walker. *Universidad de Washington, Departamentos de Gineco-obstetricia y Salud Global*

Mtra. Lisa M. DeMaria. *Centro de Investigación en Sistemas de Salud – INSP*

Dra. Lourdes Campero, Mtra. Dolores González, Mtra. Leticia Suárez y Dra. Minerva Romero. *Centro de Investigación en Salud Poblacional - INSP*

Coordinación editorial:

Mtro. Víctor Becerril Montekio y Mtro. Juan Francisco Molina R.

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	5
1. Antecedentes	9
2. Metodología	15
2.1 Evaluación Curricular	15
2.2 Observación de trabajo en hospital	16
2.3 Integración de PPT y EO en clínicas rurales de la SSA	16
3. Resultados	17
3.1. Evaluación curricular	17
3.2. Observación de trabajo en hospital	20
3.3. Integración de PPT y EO en clínicas rurales de la SSA	26
3.4. Nivel de población	29
Agradecimientos	35
Referencias	37

Principales hallazgos y recomendaciones

Este documento presenta los resultados de tres proyectos de investigación diseñados para evaluar el rol del personal no médico, parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras, en la atención médica para mujeres durante el embarazo, parto, y posparto en clínicas de salud de primer nivel en comunidades rurales. El primer proyecto evalúa el plan de estudios de tres escuelas representantes de igual número de modelos: el de la Escuela de Partería Profesional de CASA (Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, Guanajuato), el de la Escuela Nacional de Enfermería Obstétrica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Escuela de Medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. El segundo, un estudio observacional en ambiente hospitalario, documenta el uso o falta de uso de prácticas basadas en evidencia. Terminamos con un estudio de conglomerados aleatorizados que ubica a parteras profesionales o enfermeras obstetras en clínicas rurales comparando sus resultados con los de clínicas que cuentan sólo con un médico.

Hallazgos

Los resultados de los tres proyectos son claros e irrefutables en cuanto a que las parteras profesionales y las enfermeras obstétricas son proveedores de servicios obstétricos de igual o mejor calidad que los médicos generales, de modo que su integración en la atención de mujeres embarazadas podría ser una estrategia importante para reducir la mortalidad y la morbilidad materna en México. Además, en las comunidades rurales, las parteras profesionales demuestran especial dedicación y compromiso para responder a las necesidades de las mujeres, llegando a convertirse en defensoras activas de su cuidado médico. La evidencia demuestra que las parteras profesionales y enfermeras obstetras son recursos profesionales valiosos y subutilizados que deberían ser cultivados para mejorar el cuidado durante el embarazo, parto, y posparto de las mujeres en México.

Recomendaciones

- La Secretaría de Salud (SSA) debe ponderar el valor de la evidencia presentada a fin de apoyar el modelo de partería para la atención de mujeres embarazadas en México. En este sentido, resulta alentador que el Senado de la República haya dado un primer paso con la aprobación de la legislación que reconoce oficialmente la partería profesional.

6 ■

- La SSA debe desarrollar la mejor manera de diseminar esta evidencia entre los médicos generales, obstetras, enfermeras, universidades y tomadores de decisiones dentro de los servicios de atención a la salud.
- La SSA y los servicios estatales de salud (SESA) deben tomar las decisiones políticas e implementar las medidas necesarias para aumentar la presencia de parteras profesionales y enfermeras obstétricas en los servicios de atención a la salud apoyando su integración a los mismos
- La SSA debe desarrollar un marco que de impulso a la formación e integración de las parteras profesionales y las enfermeras obstétricas con las características y experiencia necesarios para ofrecer servicios obstétricos adecuados en áreas de alta necesidad. Algunas estrategias que podrían ser consideradas son:
 - Aumentar el número de escuelas de partería profesional y enfermería obstétrica apoyando el desarrollo de aquellas basadas en el modelo comprobado en este documento a fin de garantizar la adecuada capacitación del personal.
 - Ofrecer becas a mujeres de las comunidades más marginadas con altas tasas de mortalidad materna a fin de incrementar la disponibilidad de parteras profesionales y enfermeras obstetras debidamente capacitadas.
 - Condicionar el otorgamiento de dichas becas estableciendo el compromiso de volver a trabajar en sus comunidades de origen.
 - Evaluar de manera continua tanto a los egresados de dichas escuelas como el desempeño de sus áreas de trabajo.
 - Realizar evaluaciones rigurosas y completas de otros modelos y escuelas de entrenamiento de parteras profesionales en México a fin de determinar si cumplen con los criterios internacionales y las guías mexicanas para la atención de mujeres embarazadas.

Hallazgos

La integración de estos proveedores no-médicos que ofrecen servicios generalmente proporcionados por médicos es un proceso delicado y lleno de obstáculos. Integrar a parteras profesionales y enfermeras obstétricas requiere de un trabajo de sensibilización en varios niveles, además de garantizar el reconocimiento y los estímulos adecuados que pongan de manifiesto la nueva valoración de su papel..

Recomendaciones

- Las parteras profesionales y las enfermeras obstetras necesitan entrenamiento en torno a los sistemas administrativos de la SSA y a las relaciones interprofesionales.
- El personal médico y paramédico necesita información sobre el papel adecuado y las destrezas de las parteras profesionales y enfermeras obstetras a fin de reconocerlas y optimizar el aprovechamiento de sus habilidades.

Después de estos primeros pasos es importante dar seguimiento y evaluar todo el proceso.

- Ofrecer salarios que reflejen la posición profesional y las responsabilidades de las parteras profesionales y las enfermeras obstetras.
- Desarrollar y considerar distintos modelos de integración de las parteras profesionales y las enfermeras obstétricas reconociendo sus distintos papeles de acuerdo con el nivel de atención de la unidad médica en donde laboran, ya sea primero o segundo.

Hallazgos

- Se documentaron varias fallas que subrayan la necesidad de fortalecer el entrenamiento de pasantes y médicos generales que trabajan en las comunidades rurales a fin de cumplir con los estándares de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer embarazada. Además, los datos indican una necesidad de fortalecer la recolección y el mantenimiento de datos clínicos en el expediente médico.

Recomendaciones

- Se debe considerar la capacitación de los estudiantes de medicina como parte de su formación antes de empezar su año como pasantes dirigida a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y pos-parto.
- Los servicios de atención a la salud deben considerar realización de auditorías continuas sobre el llenado de los expedientes clínicos de mujeres embarazadas ofreciendo incentivos para las unidades con los mejores indicadores.

I.

Antecedentes

Disminuir la mortalidad materna (MM)¹ y mejorar la atención obstétrica es una prioridad nacional en materia de salud. En este sentido, en el año 2000, México firmó la Declaración Milenio de las Naciones Unidas,² la cual tiene como meta explícita, reducir la razón de MM en 75% entre 1990 y 2015. Alcanzar esta meta significa enfrentar un problema complejo que involucra muchos factores e instancias, por lo que requiere una estrategia integral e innovadora que utilice una variedad de intervenciones comprobadas que aseguren avances en la reducción de la tasa de mortalidad materna.³ Si bien México ha avanzado en la reducción de la razón de mortalidad materna, bajándola de 110 a 62.2 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos entre 1990 y 2009, esto no ha sido suficiente para alcanzar la meta. Además, el sistema de salud se muestra todavía vulnerable ante diversas amenazas, como fue el caso de la pandemia de influenza H1N1 que provocó un retroceso en cuanto a la mortalidad materna.⁴

Por otra parte, la reducción observada en la mortalidad materna esconde una disparidad geográfica y étnica en las muertes maternas ya que el 65.5% de estas defunciones se concentra en diez entidades del país.⁵ El otorgamiento de atención oportuna, de alta calidad y con sensibilidad en torno a las prácticas locales y las necesidades de las mujeres embarazadas sigue siendo un reto importante para los servicios de salud. Una estrategia propuesta por el gobierno mexicano para enfrentar el problema de la mortalidad materna fue la introducción de proveedores alternativos. Es decir cuadros profesionales debidamente formados, aunque no-médicos, como lo son las parteras profesionales y las enfermeras obstetras para la atención de partos. Mientras que la evidencia a nivel mundial ha demostrado que estos proveedores alternativos son capaces de entregar servicios y atención obstétricos, en México no existe evidencia al respecto, en parte debido a la existencia de muy pocos de estas proveedores no-médicos.

Este documento tiene como propósito presentar los hallazgos, conclusiones y recomendaciones generados por una serie de estudios llevados a cabo por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública entre 2005 y 2011. Estos estudios contribuyen dando sustento científico en torno al uso y los roles potenciales de los proveedores no-médicos para los servicios de control prenatal, parto y atención de posparto a nivel hospitalario y de centro de salud, y apoyan varias recomendaciones para su incorporación en el sistema y servicios de salud.

En este documento damos un recorrido de la historia de atención del parto en México, una breve descripción de cada uno de los perfiles profesionales del personal capacitado para atender partos, e información detallada acerca de la formación de estos proveedores en México, así como datos que demuestran su capacidad y aceptabilidad para atender partos con calidad a nivel hospitalario o de centro de salud.

Atención del parto en México

Desde hace más de 30 años, en México se ha ido cambiando la práctica de la atención del nacimiento en el hogar, principalmente a cargo de parteras tradicionales, por la atención hospitalaria o en clínicas de salud y bajo la conducción de médicos. Esta modificación ha significado que en las comunidades rurales los partos sean atendidos en pequeñas clínicas públicas y bajo la atención de médicos generales, pasantes o internos con supervisión. Aunque la proporción ha variado entre comunidades rurales y ciudades, siendo más fuerte la presencia de médicos en áreas urbanas, ya en 1974, 55% de los partos fueron atendidos por médicos.⁶ Y de acuerdo con la última encuesta de salud y nutrición (2006), 93.2% de los partos fueron atendidos por médicos y sólo 5.7%, por enfermeras o por parteras tradicionales.⁷

Sin embargo, si bien esta estrategia probablemente contribuyó al abatimiento de una parte de la mortalidad materna, hoy en día es de suma utilidad analizarla cuidadosamente, ya que en la última década, no se ha visto un mayor progreso. Aunado a lo anterior, sabemos que 88.5% de las muertes maternas actuales corresponde a mujeres que recibieron atención médica en algún momento de su embarazo y/o parto.⁸ Esta evidencia pone de manifiesto la importancia de revisar y mejorar todos los aspectos del sistema de salud para abordar las necesidades de mujeres embarazadas; tanto los aspectos estructurales, como de recursos humanos, calidad de atención y sistemas de referencias.

En años recientes y a nivel mundial, se ha puesto mayor atención al rol que desempeña el proveedor de salud a lo largo del seguimiento del embarazo y especialmente durante el parto. La Organización Mundial de Salud (OMS) introdujo el término “asistente calificado” el cual se refiere a un profesional de la salud —partera, enfermera o médico— que ha sido formado y capacitado para ser eficiente en las habilidades necesarias en el manejo de embarazos sin complicaciones, en el parto y en el puerperio inmediato, así como en la identificación, manejo o referencia a un especialista para tratar las complicaciones en mujeres y recién nacidos.⁹

Dos estudios mexicanos recientes evalúan la mortalidad materna hospitalaria atendida por médicos. El primero, es una evaluación realizada en 2003 sobre la situación de 121 muertes maternas, y señala como causa principal la deficiente atención durante el parto. Identifica también la falta de comunicación médico-paciente (76% de los casos), problemas de negligencia médica (55%), problemas éticos (30%) y problemas relacionados con expedientes incompletos (45%).¹⁰ El

segundo estudio, realizado a lo largo de 10 años en el estado de Aguascalientes, concluye que en 20% de las muertes el tipo de atención otorgada fue inapropiada y en 74% de los casos, la MM era prevenible.¹¹ No existen estudios publicados sobre MM hospitalaria atendidas por otros tipos de proveedores de salud, como enfermeras obstetras o parteras profesionales. Mientras tanto, en países como Chile, Malasia, y Sri Lanka, se sigue comprobando la efectividad de partería profesional.¹²

Perspectivas históricas de la partería en México

Las primeras parteras profesionales en México fueron formadas al interior de las aulas universitarias en el siglo XIX, a la par que se formaba a los médicos generales de esa época. Las mujeres interesadas en atender partos debían cumplir con una serie de requisitos que iban desde cubrir una mayor carga académica en las universidades hasta pagar altos aranceles por ejercer su profesión de manera independiente. Estas parteras profesionales fueron utilizadas para atraer la atención de los partos en las clínicas de maternidad y hospitales que en ese entonces empezaron a propagarse en las áreas urbanas del país. Una vez que las mujeres embarazadas y parturientas habían aprendido que la atención de los partos debía efectuarse en estos lugares, las parteras profesionales fueron prácticamente eliminadas de la escena de la atención independiente y fueron relegadas a realizar trabajos administrativos o de enfermería general en los hospitales. En 1900, había en México casi el mismo número de médicos (2,794) que de parteras (2,668). En el Registro Nacional de Profesiones, que viene registrando los títulos profesionales desde 1946, en 1968 había 1,788 títulos de partera o profesora en obstetricia, frente a 226,179 títulos de médico cirujano.¹³

Las parteras profesionales de esta época no pudieron resistir el fuerte embate de los ginecólogos del país para desacreditar públicamente las formas y maniobras realizadas por ellas en la atención; mientras que la poca organización del gremio de las parteras tuvo un efecto contrario.

Al mismo tiempo, en las áreas rurales del país las parteras tradicionales, definidas como proveedoras de atención del embarazo, parto y posparto de base comunitaria y sin ningún tipo de capacitación formal, juegan un importante papel al ser accesibles, reconocidas y respetadas por la comunidad. Por varias décadas, estas parteras tradicionales han sido las responsables de gran parte de la atención de los partos. Por ello, como estrategia para abatir la MM, durante muchos años, el sistema de salud ha realizado actividades de capacitación para las parteras tradicionales. Sin embargo, la tendencia demuestra que las parteras cada vez tienen menos influencia en la atención obstétrica.¹⁴ No obstante, podemos reconocer la contribución de las parteras a la salud de las mujeres y sus comunidades. Por ejemplo, por lo que se refiere a la disminución del tétanos neonatal, la promoción del uso de métodos anticonceptivos, o bien, el incremento en el uso y la provisión de atención prenatal, y su apoyo para aumentar las referencias oportunas en

embarazos complicados. Actualmente, los expertos coinciden en señalar que las parteras tradicionales son un importante vínculo entre los servicios de salud y la comunidad y que, al desempeñarse como educadoras comunitarias, pueden transmitir mensajes de salud materna y neonatal de mucha relevancia. Por lo tanto, plantean que los proveedores calificados deberían trabajar en estrecha colaboración con ellas.

En México, la nueva partera profesional tiene sus orígenes en los años 1980 entre un grupo de mujeres que sentían gran frustración al no poder ofrecer mejores opciones a las mujeres para dar a luz. Estas nuevas parteras profesionales, en principio buscaron formarse siguiendo la experiencia de las parteras profesionales estadounidenses en un modelo de partería fuera del hospital. Actualmente, buscan el reconocimiento oficial de la profesión a través de sus propias prácticas y la mayoría de ellas ejercen su trabajo de manera privada y/o en organizaciones no gubernamentales y fuera del sistema médico, aunque también desean ocupar un lugar dentro del sistema de salud nacional.

Su práctica está basada en una formación sólida como la que ofrecen las escuelas de parteras de CASA en San Miguel de Allende, Guanajuato y Nueve Lunas en Oaxaca. Algunas de estas parteras profesionales forman parte de un movimiento internacional que busca ampliar la definición de su profesión para que también incluya a las mujeres que en sus comunidades son reconocidas como expertas en partos y que se convierten en tales ya sea siguiendo un programa educativo aprobado por el gobierno, o bien un programa de autoestudio. Estas personas están realizando actividades políticas, como proponer cambios a la ley de salud, pedir la apertura del código de parteras y ser contratadas en los servicios de salud, todo ello con la intención de legitimarse tanto ante las autoridades de salud como ante la población que no las considera como una opción viable y segura.

Estas nuevas parteras profesionales también luchan para romper el silencio que las instituciones han impuesto en cuanto a los beneficios que aportan los cuidados que proporciona una partera calificada y contra la idea generalizada de que la biomedicina es la única fuente y práctica del saber. Por su parte, hasta ahora los gobiernos federales y estatales han sido renuentes a volver a incorporar a las parteras profesionales en el sistema de salud pública y se han mostrado escépticos acerca de los beneficios de la atención obstétrica prestada por proveedores no-médicos. Para muchos, la incorporación de parteras representaría un regreso al pasado y no necesariamente una decisión informada de políticas.

Modelos de atención en el parto

En México, por lo que se refiere a la atención del parto, se cuenta con el modelo médico hegemónico, representado básicamente por médicos generales y

especialistas, y con dos modelos de profesionales no-médicos también capacitados con educación formal en obstetricia. En este documento no evaluamos a los especialistas, considerando que sus habilidades son altamente adecuadas pero también que no es realista proponer que cada mujer puede ser atendida por un especialista. Ante esto, los dos modelos alternativos son: 1) el de parteras profesionales técnicas y 2) el de enfermeras obstetras.

En México, estos dos tipos de proveedoras atienden partos en muy pocos hospitales. Entre estos se encuentran el Hospital CASA, en Guanajuato y el Hospital de CIMIGen, en el Distrito Federal. Ambos hospitales son similares en cuanto a tamaño y número de partos que atienden por año (aproximadamente 500) y son comparables con hospitales pequeños de la SSA. Por otro lado, actualmente ambos modelos de atención se han implementado en dos hospitales de la SSA, representando una práctica combinada de atención. Uno de estos hospitales es el de Aquismón, San Luis Potosí, en donde laboran conjuntamente una partera profesional técnica y médicos. También se debe mencionar el hospital de Teocelo, Veracruz, donde están laborando enfermeras obstetras y médicos.

En México no se cuenta con estudios que evalúen la calidad y capacidad de atención de los modelos de profesionales no-médicos comparando sus ventajas y desventajas frente al modelo médico. Por ello resulta de gran utilidad obtener información sobre las fortalezas y debilidades de cada uno de estos modelos de atención, sin considerar la contribución de médicos gineco-obstetras.

La mayoría de las evaluaciones de modelos no-médicos comparados con modelos médicos, realizadas en otros países se centra en resaltar el valor y significado del apoyo psicosocial que tiene para la mujer parturienta que ofrecen las parteras profesionales. También señalan otras ventajas en aspectos relacionados a la comodidad o bienestar de la mujer durante el proceso y los cuidados tradicionales dentro de las instituciones hospitalarias. Otro aspecto importante que se destaca, es el de la vivencia de la mujer durante el proceso de parto y su significado^{14,21}. Un estudio concluye que la atención del parto por parteras entrenadas ofrece ventajas significativas en aspectos específicos relacionados con la salud de las mujeres.²²

Por otro lado, un análisis comparativo en Estados Unidos sobre resultados de partos hospitalarios atendidos por médicos o por enfermeras/parteras señala que en el caso de los partos atendidos por estas últimas se utilizó menos oxitocina, se hicieron menos episiotomías y no se encontraron diferencias en tasas de hemorragias, infecciones y Apgar.²³ Otro estudio más que compara a médicos gineco-obstetras atendiendo a mujeres de clase media-alta y enfermeras/parteras que atienden a mujeres de bajos recursos en Estados Unidos mostró que no hubo diferencias significativas en cuanto a resultados obstétricos y morbilidad. Este estudio concluye que el modelo de enfermera/partera puede ser viable y una estrategia efectiva, segura, y económica a implementar en comunidades pobres.²⁴

Modelo de enfermera obstetra

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM cuenta con un programa para formar licenciados en enfermería y obstetricia desde 1987. Este programa trabaja con el hospital CIMIGen, proporcionando tanto enfermeras técnicas como generales con capacitación especial en obstetricia (EO), para brindar atención prenatal, intraparto y postparto además de servicios de planificación familiar. Éste es un hospital privado, especializado en obstetricia y de tamaño medio que atiende principalmente a mujeres de clase obrera y media de la Ciudad de México. Es el único sitio en México que provee capacitación clínica supervisada a enfermeras obstetras y las prepara para manejar independientemente un parto normal. CIMIGen está integrado al sistema de salud pública de México y trabaja con apoyo de médicos/cirujanos y anestesiólogos durante las 24 horas del día. Un grupo de enfermeras técnicas y generales que han recibido capacitación sobre obstetricia en CIMIGen labora en el hospital de Teocelo.

Modelo de partera profesional técnica

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA, con licencia de la Secretaría de Educación, se abrió en 1997 y comenzó a graduar a las primeras parteras profesionales técnicas (PPT) mexicanas en 2000. Sus requisitos de ingreso son: tener 18 años, haber terminado la secundaria y presentar un examen general de conocimientos. El programa de CASA es de tres años y de tiempo completo. Las egresadas de CASA proveen cuidado a las mujeres en trabajo de parto y parto dentro de este hospital y trabajan durante las 24 horas con apoyo de médicos/cirujanos y anestesiólogos. Con excepción del hospital de Aquismón, hasta el momento las egresadas de partería de la escuela de CASA no son reconocidas dentro del sistema de salud como proveedores profesionales y por tanto no pueden ocupar puestos públicos. Sin embargo, desde que la Secretaría de Salud ha abierto sus campos clínicos, tres PPT han sido contratadas y todas las estudiantes de CASA han llevado a cabo su servicio social atendiendo partos en hospitales de IMSS-Oportunidades y/o de la SSA.

Modelo de médico general

Un tercer modelo en el suministro de servicios obstétricos es el que ofrecen los médicos generales, pasantes en el servicio social y médicos internos de pregrado. El contenido de la educación y capacitación que reciben los médicos generales varía según la escuela de formación, pero todos han cursado al menos 4 años de estudios posteriores a la preparatoria. Los médicos pasantes son quienes realizan su servicio social durante un año y laboran asegurando presencia durante las 24 horas del día en hospitales rurales pequeños de la SSA y son los responsables de la salud materna. Sin embargo, los lineamientos de la SSA indican que los internos no deben de atender partos sin supervisión de un médico titulado.

2. Metodología

En los años 2005-2011 investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo una serie de estudios, para demostrar la capacidad de las parteras profesionales técnicas y las Licenciadas de Enfermería y Obstetricia para atender a mujeres durante el periodo prenatal, el parto y el posparto. Los estudios que se presentan en este documento se llevaron a cabo utilizando tanto metodologías cuantitativas como cualitativas a nivel de escuela de formación de proveedores, centro de salud y hospital del sector público y del no gubernamental. Se llevaron a cabo tres estudios principales:

- Una evaluación de los currículos de formación de profesionales médicos y no médicos para atender partos.
- Un estudio observacional en el ambiente hospitalario en donde se documentó con observación directa el uso, o no uso, de prácticas basadas en evidencia.
- Un estudio de conglomerados aleatorizados en donde ubicamos a parteras profesionales o enfermeras obstetras en clínicas rurales y comparamos sus resultados con los de clínicas que cuentan sólo con un médico.

El protocolo de cada uno de los estudios está registrados ante las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública y se cuenta con sus respectivas aprobaciones.

Por lo que se refiere a la evaluación de los currículos de formación de profesionales, en las siguientes secciones presentamos y discutimos las evidencias generadas en torno a la formación de parteras profesionales y enfermeras obstetras y su práctica y capacidades tanto en el nivel hospitalario como en el nivel primario. Además de enfocarnos principalmente en sus habilidades, prácticas y resultados alrededor del momento de parto, incluimos algunos hallazgos referentes a la atención prenatal y durante el periodo posparto. Finalmente, presentamos datos a nivel poblacional que permiten comparar resultados estadísticos reportados por el sistema de salud entre zonas que cuentan con una partera profesional o enfermera obstetra con los que dependen del sistema convencional de atención del médico y/o pasante.

2.1 Evaluación Curricular

Se hizo una revisión curricular de los programas de de los tres modelos presentados para la atención perinatal y obstétrica: a) parteras profesionales técnicas de la Escuela de Parteras CASA en San Miguel, b) licenciada/os en enfermería y obste-

tricia de la Escuela Nacional de Enfermeras Obstetras en la ENEO o la UNAM y médicos generales de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala. Para ello, se usó la metodología cualitativa y cuantitativa con el fin de determinar de qué manera los contenidos de cada programa incorporan las competencias medulares que propone la OMS para preparar a sus graduados como asistentes capacitados para la atención del parto.²⁵

2.2 Observación de trabajo en hospital

En cuanto al uso de prácticas basadas en evidencia en el ambiente hospitalarios se realizó un estudio transversal en cinco hospitales en los que existía alguno de los proveedores considerados a fin de describir y evaluar las fortalezas y debilidades de estos modelos de atención en los cuidados básicos obstétricos. También interesaba identificar el nivel de cumplimiento de las normas nacionales e internacionales en la atención obstétrica. Se hizo una observación directa de los partos, complementando la información con la revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de las mujeres parturientas durante el periodo del estudio. La observación se enfocó en dos momentos clave: la valoración médica durante el ingreso de la paciente al hospital y el parto en sí. Además, se recolectaron datos durante la fase activa de trabajo de parto, así como del recién nacido y del puerperio. Cabe señalar que también se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con proveedores de atención obstétrica y con las mujeres usuarias que atendieron su parto bajo alguno de los modelos de atención al nacimiento.

2.3 Integración de PPT y EO en clínicas rurales de la SSA

Finalmente, la comparación de los resultados de las clínicas en donde laboran parteras profesionales o enfermeras obstetras frente a las clínicas que sólo cuentan con un médico se basó en un ensayo controlado realizado entre 2009 y 2011 en centros de salud (CS) rurales en Guerrero y Oaxaca. Se consideraron 27 clínicas rurales que se encuentran en la base de datos de la última evaluación de calidad del Programa Oportunidades (2007). Se tomaron 12 clínicas de intervención (PPT/EO) y 15 sirvieron como controles, continuando con el estándar de atención disponible en ese momento. Los proveedores no médicos fueron reclutados por el equipo de investigación del INSP, sus contratos fueron pagados por las secretarías de salud estatales y la Secretaría de la Mujer en Guerrero y se asignaron de manera aleatoria. Este personal tuvo la responsabilidad de proveer atención prenatal, de parto y posparto a la población atendida por los CS. Se realizó un pareamiento con las clínicas de control en el que cada par tiene el mismo hospital de referencia, con la salvedad que se encuentran a una distancia mayor de tres horas de traslado entre una y otra como estrategia para limitar el entrecruzamiento de las pacientes. Se efectuaron entrevistas mensuales a los proveedores sobre la atención de los tres últimos partos en los 30 días anteriores a la entrevista. El total de entrevistas fue de 310, de las cuales 201 corresponden a las clínicas de intervención y 109 a las clínicas de control. La base para este análisis son los lineamientos de la OMS, los cuales son acordes con la Norma Oficial Mexicana 007 y con los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada.

3. Resultados

3.1. Evaluación curricular

Cómo se explicó en la sección 2.1 de la metodología, tres escuelas representantes de un tipo de proveedor de parto, participaron en la evaluación del currículo de formación profesional/técnica. El Cuadro 1 presenta datos sobre los planes de formación de: a) parteras profesionales técnicas de la Escuela de Parteras CASA en San Miguel, b) licenciada/os en enfermería y obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermeras Obstetras en la ENEO o la UNAM y médicos generales de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala. La evaluación curricular empleó competencias internacionalmente reconocidos para un proveedor capacitado para atender partos.

Las “Competencias Medulares para Asistentes Capacitados para el Parto”, en las cuales se fundamenta el análisis curricular que se realizó, parten de un estándar internacional para proveer cuidado y asistencia segura profesional.²⁶ Estas son seis competencias, basadas en 233 criterios de la Confederación Internacional de Parteras y avalados por la OMS. Cabe mencionar que para ese análisis, también se contó con entrevistas a profesores y directores de la UNAM Iztapalapa, la ENEO y la Escuela para Parteras en CASA.

De manera sintética, a continuación presentamos algunos datos e información sobre el currículo de los proveedores médicos y no-médicos que formaron parte del estudio. Es necesario mencionar que cada programa representa una aproximación única en la preparación de asistentes capacitados para el parto.

Cuadro 1
Perfiles de los programa de formación de proveedores

	FES UNAM-Iztacala	ENEO	CASA
Tipo de proveedor	Médicos generales	Lic. En enfermería y obstetricia	Partera profesional técnica
Duración	6 años	4 años	3 años
Contenido	Primer y segundo año: Disciplinas básicas Tercer y cuarto año: Disciplinas clínicas Quinto año: Internado médico Sexto año: Servicio social	Primer y segundo año: Enseñanza general de las prácticas en enfermería y cursos básicos de anatomía, fisiología y desarrollo. Tercer año: Procesos y prácticas de enfermería a lo largo de la vida Cuarto año: Contenido y práctica en obstetricia desde la perspectiva de la enfermería.	Primer año: Ciencias básicas Segundo año: Cursos de nutrición, farmacología, educación para la salud e inicio del curso de obstetricia Tercer año: Cursos de obstetricia avanzada, farmacología y neonatal.

El programa de la UNAM se enfoca en la preparación de médicos generales y ofrece una preparación científica sólida. Se espera que sus graduados proporcionen un espectro amplio de servicios de cuidado para la salud de la mujer y que estén capacitados para atender partos de bajo y alto riesgo. No obstante, con base en la revisión realizada, se aprecia que al currículo le falta mayor profundidad tanto en la teoría como en el trabajo clínico bajo supervisión y apego a la realidad de la práctica clínica. Por ejemplo, podemos mencionar que en sólo seis semanas de los cinco años se realizan rotaciones de trabajo obstétrico supervisado. Durante el servicio social, en el cual se espera que los estudiantes de medicina se manejen de manera independiente después de un corto periodo de orientación, falta tutoría y seguimiento cercano y puntual para continuar con la adquisición de habilidades y mayor destreza en el aprovechamiento del conocimiento adquirido.

Por su parte, la ENEO dedica el último año de educación al entrenamiento en obstetricia. Esta concentración proporciona más tiempo para ofrecer profundidad en los conocimientos y el entrenamiento clínico. Sin embargo, la falta de experiencias clínicas y de lugares dispuestos para la práctica de las habilidades de partería restringen el número de estudiantes graduados con estas habilidades. No es del todo claro si a los graduados de la ENEO como enfermeros/as obstetras se les da suficiente orientación para tener un pensamiento crítico en el manejo de la partería (como se describe en las competencias de la OMS) en cuanto a la habilidad del asistente capacitado para manejar de manera independiente el cuidado preparto, intraparto y postparto de bajo riesgo, así como para proporcionar asistencia capacitada (manejo inicial, consulta y canalización a un especialista) en situaciones de emergencia o alto riesgo. La ENEO proporciona a algunos de sus estudiantes el tipo de experiencias clínicas supervisadas que son necesarias para obtener las habilidades definidas por la OMS.

CASA representa un programa de partería que dedica 3 años a la preparación de parteras graduadas con un programa que incorpora el 85% de las competencias de la OMS. El programa ofrece una buena base de ciencias orientadas a la salud humana en el primer año y dedica el resto del contenido al desarrollo de los conocimientos y habilidades sobre la salud de la mujer que incluyen enseñanza, educación de la salud y cuidado culturalmente relevante. El programa se centra en la mujer y la familia. Este currículo podría mejorar con la inclusión de un contenido explícito sobre la realización de consultas con otros miembros del equipo de salud incluyendo habilidades para la negociación y conocimiento de la extensión de la práctica de cada miembro del equipo.

Cuadro 2
Competencias para una atención calificada de partos²⁶

Competencias	ENEO	CASA	UNAM-Iztacala
#1: Tener el conocimiento y las habilidades de las ciencias sociales, la salud pública, y la ética que formen la base para el cuidado de alta calidad y relevancia cultural para mujeres, recién nacidos y sus familias. (N=23)	n=14 61%	n=21 91%	n=8 35%
#2 Proveer servicios y educación de salud que sean de elevada calidad y sensibles culturalmente a la comunidad para promover una vida familiar sana, embarazos planeados, y paternidad responsable". (N=22)	n=12 55%	n=21 95%	n=15 68%
#3: Proveer cuidado prenatal de alta calidad para maximizar la salud durante el embarazo y que incluya la detección temprana y tratamiento o remisión de complicaciones seleccionadas. (N=58)	n=31 53%	n=52 90%	n=33 57%
#4: Proveer cuidados de alta calidad y calidez durante el trabajo de parto, dirigir un parto limpio y seguro, y manejar situaciones de emergencia para maximizar la salud de la mujer y del recién nacido. (N=58)	n=30.5 53%	n=44.5 77%	n=19 33%
#5: Proveer cuidado postnatal de alta calidad y calidez, y que sea comprensivo para las mujeres. (N=24)	n=8.5 35%	n=20 83%	n=8 33%
#6 Proveer cuidado de alta calidad y calidez para el bebé sano desde el parto hasta los 2 meses de edad. (N=24)	n=17 77%	n=16 73%	n= 6 27%
Calificación	n=126 54%	n=197 85%	n=104.5 45%

Cuadro 3

Calificaciones por nivel de conocimiento y habilidades por programa educativo

Nivel de conocimientos y habilidades	ENEO	CASA	UNAM-Iztacala	Núm. de variables
Conocimiento básico	52	73	55	79
%	66	92	70	
Conocimiento adicional	5.5	9	6	14
%	39	64	43	
Habilidades básicas	60	80	41	96
%	63	83	43	
Habilidades adicionales	16	27.5	11	44
%	36	63	25	

3.2. Observación de trabajo en hospital

Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Enfermeras obstetras, médicos generales y parteras profesionales técnicas.

Tal como se mencionó en el inciso 2.2. de la metodología, la evaluación y la comparación de los tres modelos de atención al parto se basó en un estudio transversal en cinco hospitales que contaban con alguno de los proveedores del estudio (Recuadro 1).

Recuadro 1

CIMIGen, México DF

El hospital de CIMIGen—un hospital privado, especializado en obstetricia y de tamaño medio donde se atiende principalmente a mujeres de clase obrera y de clase media de la Ciudad de México— trabaja con licenciadas en enfermería y obstetricia como responsables independientes de la atención obstétrica, cuentan también con médicos especialistas, ginecólogos y pediatras.

CASA, San Miguel de Allende, Gto.

El Hospital de CASA —un hospital privado, especializado en obstetricia y de tamaño medio que atiende principalmente a mujeres de clase media y baja de San Miguel de Allende y sus alrededores—trabaja con parteras profesionales técnicas como responsables independientes de la atención obstétrica; cuentan con ginecólogo y ocasionalmente con pediatra.

Hospitales de la SSA

- El Hospital de Chilapa en Guerrero, donde los partos en su mayoría son atendidos por médicos internos de pregrado.
- El Hospital de Teocelo en Veracruz, donde médicos generales y enfermeras generales con capacitación en obstetricia por CIMIGEN atienden partos de manera independiente.
- El hospital de Aquismón en San Luis Potosí, donde trabajan médicos generales y en servicio social, además de una partera profesional egresada de CASA.

El análisis de los datos se efectuó considerando las acciones sugeridas por la OMS²⁷ para la buena práctica obstétrica enfocando las prácticas detalladas en el Cuadro 4.

Cuadro 4
Descripción de los índices de la buena práctica obstétrica de acuerdo con la propuesta de la OMS

Prácticas favorables al ingreso	<p>Encuentro inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal y reevaluación del mismo en cada encuentro. • Monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en trabajo de parto, nacimiento y después del parto. • Informar y explicar a la paciente tanto como ella requiera. • Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
Prácticas favorables durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato	<p>En el trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecimiento de hidratación oral. • Utilización de métodos no farmacológicos para el control de dolor. • Libertad de movimiento en el trabajo de parto y de la posición de la madre durante el parto. • Uso de un partograma. <p>En el parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de posiciones no-supinas. • Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé. <p>En la tercera etapa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tracción de cordón umbilical. • Uso de oxitocina inmediata en el posparto.
Eliminación de las prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces.	<p>Primera etapa de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso sistémico de agentes para el control de dolor. • Uso rutinario de anestesia epidural. • Ayuno. • Enema. • Tricotomía. • Aplicación profiláctica de soluciones intravenosas. • Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento. • Limpieza de la cavidad uterina después del nacimiento. • Aplicación profiláctica de soluciones intravenosas.
Resultados obstétricos favorables	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar a los cinco minutos mayor a 7. • Peso mayor a 2500 gramos y menos a 4000 gramos. • No se requirió incubadora.
Resultados neonatales favorables	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de Vitamina K al recién nacido. • Antibiótico en los ojos del recién nacido. • Amamantamiento al seno materno durante la primera hora del nacimiento.

Resultados Obstétricos

Se registró un total de 2,566 nacimientos atendidos en los cinco hospitales. Nuestra muestra del estudio se suma a los 1,143 partos vaginales manejados de forma independiente por cualquier tipo de proveedor. Para el análisis incluimos solamente los casos que fueron observados directamente, es decir 876 partos (77%). Esto representa 67% de los partos elegibles de las parteras profesionales, comparado con 77% por enfermeras obstetras y 79% de médicos generales.

En el contexto de las practicas que la OMS sugiere que deben ser promovidas, reducidas o eliminadas, los proveedores no médicos, PPT y EO, en este estudio tuvieron un mejor desempeño general que se acerca más a las prácticas mencionadas en los lineamientos descritos en comparación con los médicos generales (MG).

Cuadro 5

Proporción de nacimientos en los cuales el proveedor obtuvo una calificación alta en la provisión de atención.

Prácticas o Resultados	Partera Profesional	Enfermera Obstetra	Médico General
Prácticas favorables			
Al ingreso (las 4 practicas provistas) ^a	48.1	81.8	40.8
Durante el trabajo de parto, parto y posparto (≥7 de las 9 practicas provistas) ^a	48.4	26.6	3.2
Prácticas dañinas o excesivamente empleadas			
Durante el trabajo de parto, parto o posparto (≥5 de las 11 prácticas) ^a	13.8	90.4	87.1
Resultados y prácticas favorables			
Resultados obstétricos (los 3 resultados favorables) ^a	94.5	93.4	84.9
Prácticas neonatales (las 3 prácticas observadas) ^a	25.5	97.2	91.8

^a Las diferencias en los tipos de proveedores son estadísticamente significativas a $p < 0.01$.

El Cuadro 5 detalla la divergencia en las prácticas de los diferentes tipos de proveedores. Estas diferencias se notan en las tres etapas del trabajo de parto.

Primera etapa. Las PPT promueven más que los otros proveedores el uso de métodos no farmacológicos para el manejo de dolor y la ambulación. También las PPT y las EO utilizan con mejor consistencia el partograma y documentan el monitoreo del foco fetal.

Segunda etapa. Todos los proveedores muestran una sobre-utilización de oxitocina durante el trabajo de parto, pero sobre todo las EO y los MG. De la misma forma, hay sobre-utilización de la episiotomía por parte de las EO y los MG. Todos administran en manera excesiva los antibióticos intravenosos pero más los MG y EO.

Tercera etapa. Los MG y las EO limitan poco el uso de la limpieza uterina posparto. Los tres proveedores necesitan promover más el manejo activo de la tercera etapa del parto como herramienta para reducir la incidencia de hemorragia posparto.

Resultados obstétricos. Los resultados obstétricos son similares para los tres proveedores en términos de Apgar y peso al nacer. Sin embargo, la evaluación de las muertes infantiles y la alta ocurrencia de muerte intraparto, indica una importante falta de calidad de atención de la vigilancia intraparto del binomio madre-hijo.

Complicaciones. Esta evaluación mostró, en primer lugar, una brecha entre lo que dicen los expedientes (diagnósticos) y lo que indica la situación clínica, Esto dificulta la interpretación de los casos. El diagnóstico y tratamiento de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) es particularmente preocupante dada la alta tasa de mortalidad asociada con este diagnóstico en México. Se debe de introducir un procedimiento más sistemático y vigilado para el diagnóstico de la preeclampsia, con una mejor utilización de pruebas de laboratorio y exámenes físicos, al igual que un protocolo para el tratamiento de casos de EHE donde se use MgSO₄ en caso de preeclampsia severa/eclampsia.

Los MG y las EO tienen tasas más altas de cesárea que lo que se esperaba encontrar.

Las PPT y las EO necesitan reorientar la consejería en planificación familiar y aumentar la cobertura de nuevas usuarias y de usuarias activas antes del egreso del hospital en el periodo posparto inmediato.

Perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de parto

Como parte de nuestros resultados podemos identificar que al atender un evento obstétrico, el tipo de prácticas que lleva a cabo un proveedor de salud afecta la forma en que la mujer experimenta el trabajo de parto y parto. Si bien el miedo o nerviosismo se presenta comúnmente entre las mujeres, esto se incrementa o disminuye dependiendo del nivel de certidumbre que se tiene sobre el evento obstétrico, el estado de salud del bebé y la posibilidad de controlar el dolor.

Fueron diversas las prácticas que las mujeres valoran como positivas y que les proporcionaron mayor y/o mejor manejo de la ansiedad ante el trabajo de parto. Sin embargo, éstas varían según el tipo de proveedor. Por ejemplo, se menciona la importancia de la reducción de los tiempos de espera (situación que se favoreció más comúnmente cuando fueron atendidas por PPT); de la vigilancia constante y la retroalimentación del avance de trabajo de parto, una práctica común de las EO; masajes y plática, que ofrecen las PPT; y presencia de algún familiar, lo cual EO y PPT permitieron en varias ocasiones. También mencionan tanto mayor libertad

para preguntar y aclarar sus dudas, como comprensión de la información que se les otorgaba al ser atendidas por PPT. Entre otros argumentan, también señalan que sentían más confianza porque “ella (la PPT) es mujer”. Cabe señalar que las participantes expresaron menor sentimiento de coraje o tristeza cuando fueron atendidas por EO o PPT. La percepción de escasa o nula interacción explícita entre mujer y proveedor de salud, provocó una sensación de abandono, desatención y angustia, refiriéndose a esto más comúnmente cuando el proveedor que las asistió fue un médico general. No obstante, este tipo de proveedor generalmente es percibido como profesionalista que “saben más” que otros.

Podemos destacar que aquellas mujeres atendidas por PPT experimentaron un cuidado más humanitario, empático y acorde a la situación que estaban viviendo, lo cual se evidenció ante la comparación de la atención y práctica de los otros dos proveedores de salud, pero principalmente, al comparar con las prácticas que ofrecen los médicos.

La evaluación sobre la calidad de la atención se basó en el documento de la OMS “Care in normal birth: a Practical Guide”.²⁷ El estudio encontró que cada proveedor de atención obstétrica básica demostró que su práctica se encuentra dentro del marco de un practicante calificado: “(tiene y usa) las habilidades necesarias para manejar embarazos normales (sin complicaciones), nacimientos y el período postnatal inmediato, y puede identificar, manejar o referir a las mujeres y a los recién nacidos con complicaciones.” Sin embargo, existen variaciones entre los tipos de proveedores en varias áreas específicas. Las PPT y EO actúan muestran un desempeño más consistente y acorde con las normas oficiales mexicanas e internacionales para la atención calificada al nacimiento que el de los médicos generales.

Atención basada en la evidencia

Al evaluar la calidad del cuidado brindado en cada parto atendido, es importante considerar los lineamientos sobre la atención basada en la evidencia. Nuestra revisión incluye una variedad de prácticas basadas en ella, varias de las cuales se mencionan específicamente en la Norma Oficial Mexicana de Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.²⁸ Entre ellas, podemos mencionar: la prescripción de hierro y vitaminas prenatales; el hecho de no fomentar la episiotomía como práctica de rutina; el uso del manejo activo en la tercera etapa del trabajo de parto; la administración de sulfato de magnesio como profiláctico para preeclampsia; la administración de vitamina K, y la aplicación de antibiótico como profilaxis de los ojos del recién nacido.

En general, las EO, los MG y las PPT siguen los lineamientos para brindar cuidados basados en evidencia (los porcentajes de prescripción de vitaminas prenatales y la administración de vitamina K y la aplicación de antibiótico como profilaxis ocular son altas) con algunas excepciones importantes:

a. Episiotomía. Tanto las EO como los MG continúan realizándola más de lo necesario, a pesar de la evidencia clara de que no provee ningún beneficio. Se encontró que las PPT practican la episiotomía en un número de casos menor, con significancia estadística.

b. Limpieza uterina. Este es un procedimiento que se usa ampliamente y es innecesario; nuevamente, se encontró que es una práctica estadísticamente significativa y comúnmente realizada más por los MG y las EO.

*c. Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.** Ninguno de los tres modelos analizados utiliza lo suficiente esta práctica, que ha demostrado brindar beneficios clínicos para disminuir el riesgo de la hemorragia posparto.

d. Preeclampsia: diagnóstico y tratamiento. El sulfato de magnesio debería usarse de manera rutinaria para los casos de preeclampsia y no se utiliza. Parece que los proveedores no siguen el criterio señalado para realizar el diagnóstico (varias mediciones de proteína en la orina), o el plan para el manejo de estos casos (sobre-utilización de antihipertensivos).

e. Infección: Todos los proveedores utilizan antibióticos excesivamente; en muchos casos, el uso de antibióticos no parece ser necesario, ya que no hay diagnóstico de infección o síntomas del mismo.

f. Práctica de cesárea. La prevalencia de 44% de cesáreas en CIMIGen fue sorprendente, especialmente si se compara con 10% de la misma en el sitio con la prevalencia más baja (Chilapa). No hay ninguna indicación de que CIMIGen tenga inherentemente una población con un mayor riesgo que justifique la proporción elevada de cesáreas. Existen muchos factores que influyen en el alto uso de la cesárea que se observó en CIMIGen, tanto en la evaluación retrospectiva como en el estudio longitudinal. Creemos que esta proporción alarmante de cesáreas en este sitio se debe a los siguientes factores: i) la baja proporción de partos manejados de forma independiente por las EO y la alta prevalencia de co-manejo con un especialista, ii) el nivel socioeconómico alto de las pacientes que solicitan la cesárea opcional a pesar del costo adicional; y iii) la probable alta prevalencia de mujeres con cesáreas previas que buscan atención en CIMIGen.

g. Complicaciones del parto. No hubieron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones de los partos (preeclampsia, hemorragia o infecciones), en los resultados obstétricos (Apgars, peso al nacer o resucitación neonatal) o por tipo de proveedor. Nuestros datos indican que cada uno de los tres modelos de atención identifica las complicaciones adecuadamente y las refiere a otras instituciones o especialistas.

* Oxitocina aplicada dentro del minuto después de la expulsión del bebe, tracción sobre el cordón y contracción sobre el útero, y masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

Conocimientos y habilidades para tener un comportamiento profesional en las relaciones interpersonales

- a. *Usar precauciones universales/estándares y la técnica estéril.* Sobre todo las PPT y los médicos internos de posgrado (MIP) y pasantes deben implementar la estrategia básica de control de infecciones: lavarse las manos antes y después de cada examen.
- b. *Hacer consultas apropiadas y referencias durante el cuidado.* Los MG, las EO y las PPT hacen inter-consultas y refieren pacientes de forma apropiada.
- c. *Trabaja con las mujeres, las informa y las apoya para tomar decisiones sobre su salud.* Los resultados indican que al momento del encuentro inicial, fueron las EO las que más platican con sus pacientes sobre cómo se sentían, sobre el diagnóstico y opciones de tratamiento, y las PPT sobre los síntomas. Los MG dedican poco a la realización de estas acciones con sus pacientes.

Este estudio proporciona evidencia para apoyar la integración de parteras profesionales y enfermeras obstetras como proveedores independientes en la atención básica al nacimiento. Cualquier intervención de este tipo tiene que considerar una capacitación para reforzar las prácticas basadas en evidencia, así como el manejo y referencia oportuna de las complicaciones. Así mismo, en aras de mejorar la morbimortalidad materna de este país, cualquier proyecto que integre estos proveedores no médicos, debe incluir una evaluación rigurosa para determinar el alcance de la estrategia y su posible ampliación.

3.3. Integración de PPT y EO en clínicas rurales de la SSA

Esta parte del estudio se basó en la evaluación comparativa de los resultados de la introducción de parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras en 27 CS de salud rurales en los estados de Guerrero y Oaxaca conforme a la metodología descrita en la sección 2.3. La base para este análisis son los lineamientos de la OMS (Cuadro 4), acordes con la NOM 007 y con los lineamientos técnicos mexicanos para la atención al parto.

Cuadro 6.
Descripción de los índices de la buena práctica obstétrica de acuerdo con la propuesta de la OMS

Índice	Variables	Categorías del índice
Prácticas favorables al ingreso:	Encuentro inicial: 1. Toma de signos vitales 2. Realización de examen pélvico 3. Realización de examen físico (auscultación corazón y pulmones) 4. Revisión de contracciones (frecuencia y que tan fuertes son) 5. Monitoreo de los latidos fetales	Bajo = 0-3 Alto = 4-5
Prácticas favorables durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato	En el trabajo de parto: 1. Ofrecimiento de hidratación oral 2. Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor (respiración rítmica, masajes/sobar, apoyo psicológico, homeopatía, ambulación/ejercicio, cambios de posición, relajamiento, paños calientes/fríos, ducha o baño, y música/incienso) 3. Libertad de movimiento materno (ambulación, cambios de posición, ducharse) En el parto: 4. Uso de posición no supina (durante la fase de pujo y durante el parto) 5. Contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido (durante la primera media hora) En la tercera etapa: 6. Tracción de cordón umbilical 7. Uso de oxitocina inmediata en el posparto	Bajo = 0-4 Alto =5-7
Prácticas utilizadas excesivamente durante el trabajo de parto y el parto	En el trabajo de parto: 1. Ayuno 2. Enema 3. Tricotomía 4. Terapia intravenosa En el parto: 5. Episiotomía	Bajo =0-1 Alto =2-5
Prácticas nocivas durante el trabajo de parto y el parto	En el trabajo de parto: 1. Oxitocina preparto (IM e IV) 2. Amniotomía temprana de rutina En el parto: 3. Uso rutinario de posición no supina En la tercera etapa: 4. Limpieza uterina	Bajo =0-2 Alto =3-4
Resultados obstétricos favorables	1. Apgar a los cinco minutos mayor a 7 2. Peso mayor a 2500 gramos y menor a 4000 gramos 3. El recién nacido no necesitó reanimación	Bajo =0-2 Alto =3
Resultados neonatales favorables	1. Aplicación de Vitamina K al recién nacido 2. Antibiótico en los ojos del recién nacido 3. Amamantamiento al seno materno durante la primera hora del nacimiento	Bajo =0-2 Alto =3

Los principales hallazgos (Cuadro 7) muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.010$) entre los CS de intervención y de control en todos los índices excepto el de las prácticas obstétricas favorables. Se encuentra un porcentaje más alto de buen desempeño en los CS de intervención que en los de control en las prácticas realizadas al ingreso (75.6% en intervención y 45.9% en control), durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato (58.2% en intervención y 14.7% en control), así como en las prácticas neonatales (81.1% en intervención y 64.8% en control). Asimismo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.010$) en las prácticas utilizadas excesivamente o dañinas durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato entre los CS de intervención y de control, efectuándose en menor grado en las unidades médicas en donde se encuentran laborando las PPT y LEO (51.2% en los CS de intervención y un 83.5% en los de control en las prácticas utilizadas excesivamente; y 17.4% en los CS de intervención y un 54.1% en los de control en las prácticas nocivas).

Cuadro 7
Índices para la buena práctica obstétrica en los centros de salud rurales de intervención y de control en Guerrero y Oaxaca (%)

PRACTICAS	CS INTERVENCION	CS CONTROL
Prácticas favorables		
Al ingreso*	75.6	45.9
Durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato*	58.2	14.7
Resultados favorables		
Obstétricos	88.7	83.1
Neonatales*	81.1	64.8
Prácticas utilizadas excesivamente		
Durante el trabajo de parto y parto*	51.2	83.5
Prácticas nocivas		
Durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato*	17.4	54.1

* $p < 0.010$.

Fuente: Cálculos propios con base en Cuadro 6

3.4. Nivel de población

Análisis de la prestación de servicios

Con el objeto de tener un panorama de las acciones que se realizaban en las unidades médicas seleccionadas antes y durante la intervención, se desarrolló un análisis descriptivo de datos de panel tomando como base la información captada en los informes de actividades de las unidades médicas de primer nivel del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de Guerrero y Oaxaca. El análisis se centró en la descripción del efecto logrado en el grupo de intervención versus el cambio logrado en los sitios de control. Para este análisis se determinó en cada uno de los sitios el porcentaje de cambio logrado en el periodo julio a diciembre de 2009 en relación con el periodo julio a diciembre 2008 estandarizado por este segundo periodo. Posteriormente se efectuó un análisis de diferencias en diferencias utilizando un modelo de regresión Poisson de efectos aleatorios, y se obtuvieron las razones de tasas de incidencia (Incidence Rate Ratios (IRR)) crudas.

Los datos que son la base para el presente análisis se encuentran en el Cuadro 8 y corresponden al número de las consultas otorgadas a mujeres embarazadas, así como al número de partos atendidos en las unidades médicas bajo estudio. Este cuadro también muestra los promedios de consultas a embarazadas de primera vez, subsecuentes y total (para todas las mujeres y para las adolescentes), así como el número total de partos y de tamices neonatales y sus respectivos promedios.

Cuadro 8

Número de consultas otorgadas y de partos atendidos en las unidades médicas del primer nivel de atención en Guerrero y Oaxaca, julio a diciembre de 2008 y julio a diciembre de 2009

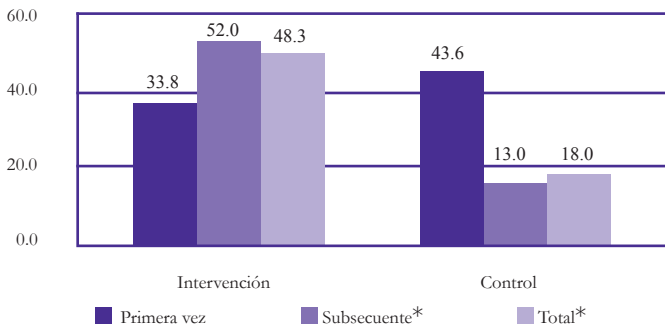
CONSULTAS OTORGADAS Y PARTOS ATENDIDOS	Intervención 2008	Control 2008	Intervención 2009	Control 2009
Consulta a embarazadas por trimestre gestacional				
Total primera vez	450	381	602	547
Promedio de consultas a embarazadas de primera vez	38	25	50	36
Total subsecuente	1773	1933	2695	2184
Promedio de consultas a embarazadas subsecuentes	148	129	225	146
Total de consultas a embarazadas	2223	2314	3297	2731
Promedio del total de consultas a embarazadas	185	154	275	182
Consulta a adolescentes embarazadas				
Total primera vez	123	106	178	126
Promedio de consultas a adolescentes embarazadas de primera vez	10	7	15	8
Total subsecuente	488	431	759	563
Promedio de consultas a adolescentes embarazadas subsecuentes	41	29	63	38
Total de consultas a adolescentes embarazadas	611	537	937	689
Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas	51	36	78	46
Consulta a embarazadas con alto riesgo reproductivo				
Total de consultas a embarazadas con alto riesgo reproductivo	519	488	678	586
Promedio del total de consultas a embarazadas con alto riesgo reproductivo	43	33	57	39
Atención obstétrica				
Total de partos	109	130	202	97
Promedio del total de partos	9	9	17	6
Nacimientos				
Nacidos vivos 37 y > semanas 2500 G y >	103	117	197	94
Total de nacimientos vivos	110	130	201	97
Defunciones fetales				
Total de defunciones fetales	1	1	2	0
Tamices				
Total de tamices tomados	229	237	463	225
Promedio del total de tamices tomados	19	16	39	15

Consultas prenatales

Los principales hallazgos encontrados muestran un mayor incremento en el total de consultas otorgadas a embarazadas en los sitios de intervención en comparación con los de control (48.3% vs 18.0%). Esta misma tendencia se obtuvo en las consultas otorgadas a las mujeres subsecuentes (52.0% vs 13.0%) (Figura 1). A partir del modelo estadístico esto significa que en las unidades de intervención hay 1.27 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas (95% IC: 1.17, 1.37) y 1.36 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas subsecuentes (95%IC: 1.25, 1.48) respecto a los sitios de control.

Figura 1.

Porcentaje de cambio del número de consulta a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



* $p < 0.001$

Consultas prenatales a adolescentes

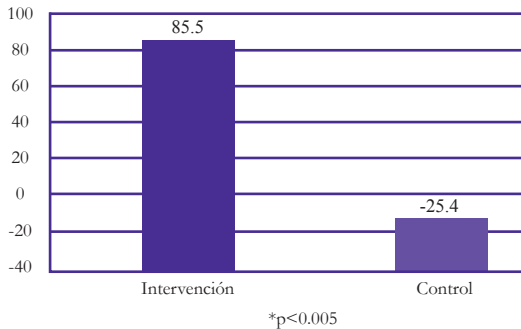
Un grupo prioritario en salud reproductiva es el de las mujeres adolescentes, ya que existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor exposición a la mortalidad materno-infantil.^{29 a 35}

El análisis efectuado muestra una tendencia similar a la encontrada en el apartado anterior: hubo un mayor incremento en el total de consultas otorgadas a adolescentes embarazadas en los sitios de intervención en comparación con los de control (53.4% vs 28.3%), y esta misma tendencia se obtuvo en las consultas otorgadas a las adolescentes subsecuentes (55.5% vs 30.6%). Mediante el modelo estadístico esto significa que las unidades de intervención hay 21% más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas adolescentes (95% IC: 1.04, 1.41) y 21% más de posibilidad de dar consultas subsecuentes a mujeres embarazadas adolescentes (95% IC: 1.02, 1.43) en relación con los CS de control.

Atención obstétrica

El hallazgo más relevante fue el incremento de 85.3% en la atención de partos en los sitios de intervención en el periodo analizado; mientras que en las unidades de control hubo un decremento atendidos de 25.4% en los partos (Figura 2). Estadísticamente hablando, esto quiere decir que en las unidades de intervención hay 2.5 veces más de posibilidades de atender partos respecto a las unidades de control (95% IC: 1.76, 3.55).

Figura 2.
Porcentaje de cambio del número de partos atendidos en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009)*



Nacimientos

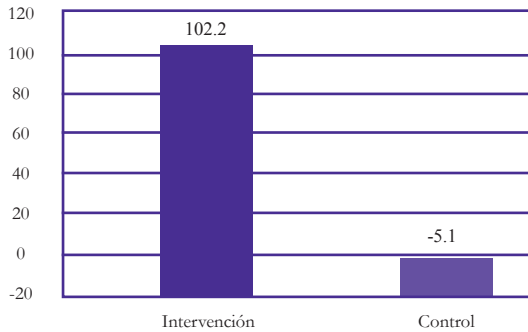
Una información adicional que ofrecen los formatos SISPA son los nacimientos atendidos en las unidades médicas según edad de gestación y peso al nacimiento del niño(a). Estos datos dan una idea de si se llevó a cabo una atención prenatal adecuada que dio como resultado el nacimiento de bebés a término, además de asegurar que no se están reteniendo pacientes de alto riesgo o prematuros que posteriormente deben ser referidos. Hubo un incremento de 91.3% en el número de nacidos vivos con peso y semanas de gestación en el periodo analizado. En cambio, en las unidades de control hubo un decremento de 19.7%. Las diferencias encontradas implican que existe la posibilidad de que haya 2.39 veces más nacimientos de niños con edad de gestación y peso al nacimiento adecuados respecto a los sitios de control (95% IC: 1.67, 3.44).

Tamices

Por lo que se refiere al conteo del total de tamices tomados, en las clínicas de intervención hubo un aumento del 102.2% en el periodo considerado; mientras que en las clínicas de control hubo un decremento de 5.1%. Esto significa que en las unidades médicas de intervención hay 2.15 veces más posibilidades de que los tamices se realicen en comparación con las unidades médicas de control (95% IC: 1.69, 2.73) (Figura 3).

Figura 3.

Porcentaje de cambio del total de tamices tomados de las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009)*



* $p < 0.001$

El conjunto de los resultados demuestra la capacidad de PPT y EO para atender partos eutócicos en centros de salud de primer nivel de atención. Además de asegurar una buena calidad de atención a mujeres en el periodo prenatal, de parto o posparto, los CS que cuentan con el apoyo de estos proveedores también arrojan mejores resultados en términos de productividad, integración a la comunidad y seguimiento de su población usuaria. Sin embargo, la integración de profesionales con este nuevo perfil en los equipos de salud se debe hacer buscando minimizar los problemas potenciales y los mal entendidos que pudieran surgir.

Para que la incorporación de este personal alternativo sea exitosa, se deben tomar en cuenta varios aspectos:

- Es necesario sensibilizar al personal que labora en los CS acerca de la formación de las PPT y las EO así como de las actividades para las que este personal está capacitado. Es importante que se identifiquen las diferencias entre parteras tradicionales y parteras profesionales pues, desafortunadamente, en la comunidad médica existe una conceptualización errónea o desconocimiento del modelo de la partería profesional. Esto ocasiona que este personal no sea valorado y se le pongan trabas en el desempeño de su actividad, lo cual quedó demostrado por el hecho de que la mayoría de las participantes en este estudio tuvieron que pasar pruebas y enfrentar al personal de salud establecido para convencerlo de sus capacidades.
- Antes de enviar a este personal de salud a clínicas rurales, es necesario ofrecerle un curso específico sobre el tratamiento de emergencias obstétricas, además de que familiarizarlas con el hospital de referencia a la vez que se les da a conocer en dicho lugar. En este sentido, resulta muy valioso contar con los números telefónicos de los ginecólogos y/o de las urgencias

del hospital al que pueden referir a las mujeres, a fin de garantizar mayores posibilidades de lograr una referencia oportuna. Todas las participantes en este estudio coincidieron en señalar que el curso de capacitación en emergencias obstétricas que se les dio antes de su llegada a los centros de salud les resultó muy provechoso, ya que les dio mucha seguridad para tratar a las mujeres que presentaron problemas en el embarazo y/o el parto.

- Otro aspecto fundamental es que los CS deben contar con los recursos materiales mínimos indispensables en medicamentos y equipo para la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Este estudio identificó que muchos CS que ofrecen este servicio no cuentan con lo básico indispensable por lo que se requirió del apoyo de las jurisdicciones para dotar de los implementos necesarios, lo cual permitió que los proveedores no-médicos contaran con ello cuando llegaron a estos CS.
- Vivir en la comunidad es clave para la aceptación por parte de la población de los proveedores de salud a fin de que las PPT y las EO se puedan adaptar a las costumbres, hábitos y horarios de cada sitio. Esto permite la creación de lazos de empatía y confianza con la gente que la mayoría de los médicos y enfermeras no logran crear. Además, el estatus de parteras les confiere un aire, de mayor ligereza y menor distancia con la gente que no tienen los médicos.
- Finalmente, las mujeres de las comunidades valoran mucho el hecho de que el CS cuente con personal especialmente disponible para atenderlas.

Agradecimientos

Agradecemos la aportación financiera de todas las agencias interesadas en evaluar el rol de las parteras profesionales técnicas y las enfermeras obstetras en la atención obstétrica de este país: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, el Instituto Nacional de la Mujer, las secretarías de salud de Guerrero y Oaxaca, la Secretaria de la Mujer de Guerrero y el University of California Institute for México and the United States (UCMEXUS). Un agradecimiento especial se debe al Instituto Nacional de las Mujeres, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur y la Fundación W.K. Kellogg por el financiamiento de la producción e impresión de este documento.

A todos los sitios que nos abrieron sus puertas y facilitaron la recolección de datos de los estudios les expresamos nuestra profunda gratitud: los Servicios Estatales de Salud de Guerrero y Oaxaca; el Hospital Comunitario de Aquismón, en San Luis Potosí; el Hospital General de Teocelo, Veracruz; el Hospital General de Chilapa, Guerrero; el Hospital CimiGEN en México, DF, el Hospital de CASA en San Miguel de Allende, Guanajuato. También agradecemos el apoyo de la Facultad de Estudios Superiores (Medicina) de la UNAM, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y la Escuela de Parteras CASA en San Miguel de Allende.

A las parteras profesionales técnicas y a las enfermeras obstetras que conformaron el equipo de trabajo: PPT Nohemí Luna, PPT Linda Vargas, PPT Heidi Janeth Sánchez, PPT Ma. Fátima del Rosario Ramírez, PPT Guadalupe Díaz, PPT Nelcy Flores, LEO Maritza Castro, LEO Fernando Aragón, LEO Alejandra Vargas, LEO Janeth Landero, por todo su esfuerzo y dedicación a pesar de las condiciones adversas por las que atravesó este proyecto. También agradecemos a las enfermeras que trabajaron en campo en el largo de todos los proyectos, Carolina Miranda, Adriana Ramírez, Cinthya Avendaño Castro, Isela Aquino Cerrero, Susanna Cohen, Nadia Altamirano López, María Isabel López, Sofía Celino Morelos, Erandi Ruiz, y Tori Sutherland, por vencer todos los obstáculos que se presentaron en cada uno de los sitios que visitaron.

Referencias

¹ CONAPO. Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud.htm> CONSULTADO el 16 de noviembre de 2005.

² Organización de las Naciones Unidas. Declaración del milenio de las Naciones Unidas <http://www.un.org/millenniumgoals/> Consultado el 20 de noviembre de 2006

³ Hernández B, Langer A, Romero M, Chirino S.J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Salud Pub Mex.* 1994;36(5):521-528.

⁴ Dirección General de Información en Salud. DGIS, Secretaría de Salud (2009)

⁵ Cierre definitivo de DGIS/CONAPO. Razón de mortalidad materna por 100,000 nacimientos estimados por CONAPO (estimaciones 2005-2050).

⁶ Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR), 2003, Instituto Nacional de Salud Pública.

⁷ Cálculos propios con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud, México.

⁸ Suárez, Leticia, 2010. Salud Materno Infantil en Chávez A. y Menkes C (editores), Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006, Secretaría de Salud (2011).

⁹ Thomson, A., The joint WHO/ICM/FIGO statement on skilled attendants at birth. *Midwifery*, 2005. 21(1): p. 1

¹⁰ Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recommendations to improve quality of obstetrics care. *Ginecol Obstet Mex.* 2003;71:409-20.

¹¹ Rosales Aujang E, Felguerez Flores JA. Maternal mortality. A challenge of the new millennium. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:502-9.

¹² UNFPA, *Delivering into Good Hands*, 2005.

¹³ Ana María Carrillo. Nacimiento y muerte de una profesión. *Las parteras tituladas en México.* *Dynamis*, 1999, 19, 167-190.

¹⁴ Hunter L.P. Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(6):650-7.

¹⁵ Shuiling KD, Sampsel CM. Comfort in labor and midwifery art. *Image J Nurs Sch.* 1999;31(1):77-81.

¹⁶ Bowers BB. Mother's experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(6):742-752.

¹⁷ Matthews R, Callister LC. Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33(4):498-507.

¹⁸ MacKinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(1):28-36.

¹⁹ Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama Ade S, et al. Cooperation and conflict in childbirth care: representations and practices of nurses and obstetricians (artículo en portugués) *Cad Saude Publica.* 2003;19(5):1425-1436. Epub 2003 Dec2.

²⁰ Campero L, Garcia C, Diaz C, Reynoso S, Langer A. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med.* 1998;47(3):395-403.

²¹ Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *J Midwifery Women's Health.* 2004;49(1):304-319.

²² Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth.* 2004;31(3):222-229.

²³ Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wien Klin Wochenschr.* 2004;116(11-12):347-9.

²⁴ Blanchette H. Comparison of obstetric outcomes of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(6):1864-1868; discussion 1868-1871.

²⁵ The joint WHO/ICM/FIGO statement on skilled attendants at birth. *Midwifery* 2005;21(1):1.

²⁶ International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Basic-Midwifery Practice. At: www.internationalmidwives.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=27N. Sin Fecha.

²⁷ World Health Organization Technical Working Group on Care in Normal Birth. *Care in normal birth: A practical guide*. WHO, 1996, Geneva. WHO/FH/MSM/96.24

²⁸ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, México DF, 1995.

²⁹ Asociación Mexicana de Investigación Demográfica y Médica y Centro de Orientación para Adolescentes. Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1985. AMIDEM, CORA, México, 1986.

³⁰ Secretaría de Salud. Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México, 1987, SSA, México, 1988.

³¹ Atkin, Lucille et al. Sexualidad y fecundidad adolescente. en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, Edamex, México, 1988.

³² Buvinick, M. et al. La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. En B. Schmukler (comp.), *Familias y relaciones de género en transformación*, The Population Council, Edamex, México, 1998.

³³ Escobedo et al. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. En *Boletín Médico de Hospital Infantil de México*, Hospital Infantil de México, México, Vol. 52, núm. 7, 1995.

³⁴ Moore, S y D. Rosenthal. *Sexuality in adolescents*, Ed. Routledge, Adolescence Society Series, New York, 1993.

³⁵ Schlaepfer, R. y C. Infante. Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros. En T. Lartigue y H. Ávila (eds.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, UIA – Plaza y Valdés, México, vol. 2., 1996.

**El uso y rol de proveedores no-médicos para la
atención prenatal y obstétrica en México: parteras
profesionales técnicas y enfermeras obstetras.
Evidencias y áreas de oportunidad**

RESUMEN • EJECUTIVO

Se terminó en Octubre de 2011
La edición consta de 500 ejemplares