



FLACSO
MÉXICO

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede Académica México**

Maestría en Políticas Públicas Comparadas
VII Promoción 2015-2017

POLÍTICAS DE SALUD MATERNA EN MÉXICO Y CHILE:
DESARROLLO DE LA PARTERÍA PROFESIONAL PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Tesis que para obtener el grado de
Maestro en Políticas Públicas Comparadas

Presenta:

Gabriel Rivera Conde y Castañeda

Directora de tesis:
Dra. Cecilia Inés Gayet

Seminario de tesis:
Políticas Públicas Diversas

Línea de investigación:
Familia, género, grupos de edad, salud

Ciudad de México, a 7 de noviembre de 2017

RESUMEN: La mortalidad materna es un problema de salud pública marcado por la tragedia, por incontables historias de mujeres que perdieron la vida por no recibir una atención calificada y a tiempo. Más allá de la necesidad de garantizar el derecho de las mujeres a la salud, la mejora de la salud materna debe ser abordada desde una perspectiva basada en la evidencia científica. La evidencia disponible señala que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles si las mujeres embarazadas son asistidas por personal calificado antes, durante y después del parto. Existe un consenso creciente entre especialistas y organismos nacionales e internaciones sobre las ventajas que ofrece la partería profesional a los países en desarrollo. En años recientes, Chile se ha convertido en un referente obligado para estudiar la partería profesional en América Latina. Tomando esto como base, la presente investigación emprende un análisis comparativo de las políticas de salud materna de México y Chile y sus distintos resultados. Asimismo, incorpora un estudio cualitativo dirigido a entender las características de la atención materna en ambos países, la pertinencia de la partería profesional en este contexto y los obstáculos que enfrenta para su implementación y desarrollo en México.

PALABRAS CLAVE: Salud materna, Mortalidad materna, Parteras profesionales, Matronas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Objetivos de Desarrollo Sostenible.

ABSTRACT: Maternal mortality is a public health problem marked by tragedy, by countless stories of women who lost their lives because they did not receive timely and qualified attention. Beyond the need to guarantee women's right to health, the improvement of maternal health must be approached from a perspective based on scientific evidence. Available evidence indicates that most maternal deaths are preventable if pregnant women are assisted by qualified personnel before, during and after childbirth. There is a growing consensus among specialists and national and international organizations about the advantages offered by professional midwifery to developing countries. In recent years, Chile has become an essential reference to study professional midwifery in Latin America. Taking this as a basis, this research undertakes a comparative analysis of the maternal health policies of Mexico and Chile and their different results. It also incorporates a qualitative study aimed at understanding the characteristics of maternal care in both countries, the relevance of professional midwifery in this context and the obstacles it faces for its implementation and development in Mexico.

KEYWORDS: Maternal health, Maternal mortality, Midwives, Millennium Development Goals, Sustainable Development Goals.

A las madres que lucharon incansablemente.

A sus hijos quienes sin conocerlas las extrañan.

A Aurora por todas las noches que preguntó por su papá.

A Argelia por su apoyo incondicional y paciente espera.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, en primer lugar, a Cecilia Gayet por su amable disposición y su valiosa guía. A Liliana Veloz y Sughei Villa por su apoyo entusiasta a lo largo de este proyecto. A todas las personas que me concedieron una entrevista, de quienes aprendí tanto y sin las cuales no hubiera sido posible llevar a cabo esta investigación: Cristina Alonso, Lorena Binfa, Natalia Cortés, Nazarea Herrera, Rafael Lozano, Christian Mera, Sandra Oyarzo, Anita Román, Eduardo Soto y Paulina Troncoso.

A Luis Benedicto Juárez y Lorena Albornoz por haberme hospedado en su casa durante mi visita a Santiago de Chile y por las facilidades prestadas. A Marisela Farfán por dedicar tiempo a transcribir algunas de las entrevistas. A Karla Martínez por sus revisiones tan puntuales. A César Garcés y Aline Jiménez, quienes apoyaron con sus gestiones para establecer contacto con la mayoría de los entrevistados. A Mauricio Dávila por su respaldo en los momentos difíciles. A mis compañeros de generación de Flacso que fueron de gran apoyo. Y a todas y todos los que contribuyeron a sensibilizarme con la problemática abordada en esta investigación quienes con su incesante esfuerzo buscan mejorar las condiciones del nacimiento en México.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	8
Capítulo 1. El reto de mejorar la salud materna	17
1.1. El problema de la muerte materna en el mundo	17
1.2. Los ODM y los esfuerzos internacionales para mejorar la salud materna	22
1.3. La Agenda 2030 y el nuevo compromiso para erradicar la muerte materna	26
1.4. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente	30
Capítulo 2. El estado de la partería profesional en el mundo	33
2.1 Antecedentes y desarrollo de la partería profesional	33
2.2 Importancia de la atención calificada del parto	35
2.3 Diferentes modelos de atención del parto	39
2.4 La partería profesional como base de una mejor atención	41
Capítulo 3. La salud materna en México y Chile	47
3.1 Características principales de los sistemas de salud	47
3.1.1 Sistema de salud mexicano	49
3.1.2 Sistema de salud chileno	55
3.2 Políticas de salud materna	59
3.2.1 Programas y acciones de política en México	61
3.2.2 Programas y acciones de política en Chile	72
Capítulo 4. Mortalidad materna en México y Chile	80
4.1 Mortalidad materna entre 1990 y 2015	82
4.2 Mortalidad a nivel subnacional	85
4.3 Metas para 2030	91
Capítulo 5. Análisis comparado de la atención del parto en México y Chile	94
5.1 Cobertura de atención del parto por personal calificado	94
5.2 Personal que presta servicios de partería en México	97
5.3 Participación de las matronas en la atención del parto en Chile	100
5.4 Origen y evolución de la partería profesional	105
5.5 Situación actual de la partería profesional en México	107

Capítulo 6. Diseño y metodología de investigación	112
6.1 Diseño del estudio	113
6.2 Muestreo teórico	113
6.3 Número de entrevistas	114
6.4 Relación de entrevistas	114
6.5 Guía de entrevistas	115
6.6 Aspectos éticos	115
6.7 Análisis de la información	115
Capítulo 7. Retos y oportunidades para el desarrollo de la partería en México	116
7.1 Representación gremial a nivel nacional	116
7.2 Práctica profesional de la partería u obstetricia	122
7.3 Conducción de la política en la secretaría o ministerio de salud	129
7.4 Investigación académica en el campo de la salud y la partería profesional	136
Capítulo 8. Fortalezas y realidades de la matronería en Chile	143
8.1 Representación gremial a nivel nacional	143
8.2 Práctica profesional de la partería u obstetricia	147
8.3 Conducción de la política en la secretaría o ministerio de salud	151
8.4 Investigación académica en el campo de la salud y la partería profesional	155
Conclusiones y recomendaciones de política pública	160
Obstáculos para el desarrollo de la partería en México	162
Recomendaciones de política pública	167
Bibliografía	174

ÍNDICE DE GRÁFICAS, CUADROS E ILUSTRACIONES

Razón de mortalidad materna por regiones del mundo, 1990-2015	24
Razón de mortalidad materna, 2015	25
OCDE: Gasto en salud en países seleccionados, 2013	48
Población usuaria de servicios de salud pública	51
México y Chile: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna, 1960-2015	80
América Latina y el Caribe: Razón de Mortalidad Materna, 1990-2015	81
México y Chile: Razón de Mortalidad Materna, 1990-2015	83
México: Razón de Mortalidad Materna por entidad de residencia, 2015	86
México: IDH de las entidades federativas, 2010	86
Chile: Razón de Mortalidad Materna por regiones, 2014	89
Chile: IDH regional, 2003	90
ODS: Metas e indicadores propuestos relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil	92
México y Chile: Evolución de la cobertura de atención del parto	95
Chile: Razón de mortalidad materna y cobertura de atención del parto	95
México: Personal de salud que atendió el último parto, estratificado por el lugar de atención médica	100
OCDE: Cifras seleccionadas sobre mortalidad y atención materna	101
Chile: Matronas laborando en el sector salud por nivel de atención	104
Relación de entrevistas	114

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido treinta años desde el lanzamiento, en 1987, de la iniciativa internacional a favor de una *Maternidad sin Riesgos*. Desde esa fecha, los enfoques de atención se modificaron en todo el mundo; donantes y gobiernos redujeron el énfasis en programas de entrenamiento para parteras tradicionales y comenzaron a “priorizar el acceso al cuidado médico profesional, especialmente para aquellas complicaciones que ponen en riesgo la vida de las madres” (Starrs, 2006, p. 1130). A fin de lograr una respuesta oportuna y de calidad en el parto, los sistemas de salud han de ser capaces de garantizar un conjunto de intervenciones basadas en evidencias que han sido demostradas como las más efectivas para prevenir la morbilidad materna (ONU, 2015a). Estas intervenciones, consideradas como de gran impacto, deben estar siempre disponibles para todas las mujeres que lo necesiten. A fin de lograrlo, los sistemas de salud deben asegurarse de contar con el personal calificado suficiente para cumplir con ese propósito. El cuidado del parto requiere, además, de un robusto sistema de referencia para la atención oportuna de la emergencia obstétrica, el cual debe involucrar la participación del primer y segundo nivel de atención, a través de sus equipos de atención obstétrica (OMS, 2015a).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015 (ODM) lograron orientar las políticas y la acción pública de los países en desarrollo alrededor de un conjunto de objetivos y metas definidas, cuyo avance se midió a partir de indicadores comparables a nivel internacional. Éstos tuvieron como propósito disminuir la pobreza extrema y mejorar las condiciones de vida de millones de personas en todo el mundo, y su énfasis se concentró en ampliar la cobertura de un conjunto de derechos y servicios esenciales. Los ODM también fueron una historia de éxito y de cooperación internacional sin precedentes. McArthur y Rasmussen (2017) calculan que, durante la vigencia de los ODM, hubo entre “21 millones y 29 millones de vidas salvadas, si se compara con la tendencia global pre-ODM” (p. 42).

En materia de salud materna, México logró disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) en 61% entre 1990 y 2015, al pasar de 88.7 a 34.6 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, este esfuerzo fue insuficiente para

lograr la meta ODM de 22.2 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos para 2015. Aunque este avance no deja de ser significativo, el promedio nacional esconde enormes desigualdades entre entidades federativas (SIODM, 2017a).

Chiapas es el estado con mayor mortalidad materna en México, el cual presentó en 2015 una mortalidad 4.5 veces más alta que Querétaro, la entidad con menor mortalidad materna. México ocupa, además, el último lugar en RMM dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), muy atrás de Hungría con 17, Turquía con 16, y Chile con 14 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos (OMS, 2015b). Por otra parte, aun cuando México presenta una densidad de médicos obstetras a la par con el promedio de la OCDE (2013), también es el único país del grupo donde las parteras profesionales son virtualmente inexistentes. Esta situación coloca a la República mexicana en una enorme desventaja de proveedores calificados frente al resto de los países de la OCDE quienes, en su mayoría, suman personal de partería. Esto quedó evidenciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés, 2014), que en su informe *El estado de las parteras en el mundo 2014* estima que el personal disponible para proveer servicios de salud materna y neonatal sólo es capaz de cubrir el 61% de la demanda en México.

Las condiciones del parto institucional en muchos hospitales de México distan enormemente de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009; 2015c); en términos habituales, el sistema de salud no cuenta con suficiente capacidad resolutive, depende enormemente de personal que no tiene las habilidades requeridas para una atención obstétrica de calidad y, en general, médicos y autoridades desdeñan la disponibilidad o el potencial que ofrece la partería profesional, o existe insuficiente voluntad política (C. Alonso, comunicación personal, 29 de noviembre de 2016; C. Mera, comunicación personal, 30 de noviembre de 2016; N. Herrera, comunicación personal, 25 de mayo de 2017; R. Lozano, comunicación personal, 7 de julio de 2017).

La debilidad del primer nivel de atención en México obliga a que la mayor proporción de partos se resuelva en el segundo o tercer nivel de atención, independientemente de su nivel de riesgo, lo que supone una mayor presión para los servicios hospitalarios. El gobierno mexicano reconoce, además, que uno de

los retos de la atención primaria es fortalecer el inicio temprano de la atención de la mujer, el control prenatal para la detección de riesgo obstétrico y la referencia adecuada a las unidades médicas resolutorias (Presidencia de la República, 2015). A esos factores se suma el ejercicio inadecuado del presupuesto en algunas entidades federativas, la falta de abasto de insumos necesarios para la atención obstétrica, la cobertura insuficiente de recursos humanos en algunas unidades de atención, la imposibilidad de abarcar todos los turnos, así como la falta de personal con competencias profesionales necesarias (Presidencia de la República, 2015), todo lo cual incide directamente en la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo con la OMS “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (2014, p. 1). Es obligación de todos los gobiernos, garantizar el derecho de toda mujer a la mejor atención posible durante el embarazo y el parto, y tomar los pasos “deliberados, concretos y orientados a metas” (ACNUDH, s.f., p. 5) para cumplir ese derecho. Desafortunadamente, esto no siempre es así. Pese a los esfuerzos mundiales por aumentar la asistencia del parto en los centros de salud, la OMS (2014) advierte que muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal responsable de la atención del parto. En este sentido, la partería juega un rol muy importante para mejorar la calidad de la atención. La OMS asegura que la evidencia disponible demuestra que la partería está asociada con “una mejora en la calidad de la atención y con una reducción rápida y sostenida de la mortalidad materna y neonatal” (2016, p. 1). De acuerdo con un estudio elaborado por Homer, *et al.* (2014), un incremento moderado de la cobertura de servicios de partería, puede traducirse en reducciones significativas de la mortalidad materna. Tomar medidas que garanticen el derecho a un cuidado del parto oportuno, digno y respetuoso en México requiere adoptar soluciones de política basadas en la mejor evidencia disponible.

Tras la conclusión de los ODM y la entrada en vigor de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016-2030 (ODS) es importante evaluar los logros alcanzados y poner a revisión las políticas públicas que no dieron los resultados

esperados. Los ODS ofrecen la oportunidad para diseñar políticas que permitan mejorar la calidad de los servicios, reducir brechas de acceso y garantizar el ejercicio de derechos en condiciones de igualdad y sostenibilidad. Para el logro del ODS 3 y el cumplimiento de la meta de reducción de muerte materna en 2030, el acceso a los cuidados de partería será crucial (OMS, 2016a; UNFPA, 2017a).

México reportó que la cobertura de parto asistido por personal calificado ascendió a 98.2% en 2015, un incremento sustantivo respecto a 1990 cuando se calculaba en 76.7% (SIODM, 2017). Si bien es cierto que México ha avanzado en el objetivo de lograr que todo embarazo sea atendido por personal capacitado, las estadísticas no reflejan la calidad ni la oportunidad de la atención, tampoco las calificaciones de dicho personal. Desafortunadamente, en México la atención institucional o médica del parto no es sinónimo de atención obstétrica calificada (Lazcano-Ponce, *et al.*, 2013). De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2017), hasta 80% de los partos son atendidos por médicos en formación y no necesariamente en ginecología y obstetricia. Detrás de las elevadas cifras oficiales de cobertura del parto en México, se encuentra personal médico que no cuenta con las competencias necesarias, que emplean procedimientos innecesarios de manera rutinaria y tratos deshumanizantes (Almaguer, García y Vite, 2010) y que, en su mayoría, se encuentran fatigados y sometidos a extenuantes jornadas de trabajo (C. Alonso, 2016; C. Mera, 2016). A la insuficiente preparación del personal médico, se debe agregar que la mayor proporción de los partos en México se resuelve en el segundo y tercer nivel de atención, independientemente de su valoración de riesgo, lo que da como resultado que los hospitales públicos se saturan de partos normales y cuenten con poca capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas (Fundación MacArthur, 2013). Estas condiciones constituyen una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud en situaciones de máxima vulnerabilidad (ONU, 2016), circunstancia que ha sido visibilizada gracias a diversas organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y de gobierno, pero cuya dimensión pocas veces ha sido reconocida por las autoridades de salud y el gremio médico quienes habitualmente lo

atribuyen a las condiciones del hospital, a la ignorancia de las pacientes o a la naturaleza propia de la práctica médica (Castro y Erviti, 2015; Villanueva, 2010).

En México existen sólo 100 parteras profesionales o técnicas egresadas (INSP 2016), lo que equivale a una densidad de 0.2 parteras por cada 100,000 mujeres, un número que no tiene comparación con ningún país de la OCDE (2013). En esta organización, la densidad promedio de parteras profesionales es de 70 por cada 100,000 mujeres, una cifra 350 veces superior a la de México. En la mayoría de los países miembros de la OCDE, se revela que las parteras superan a los médicos en número. En promedio, existen 2.6 parteras por cada gineco-obstetra en promedio. En México, en cambio, existe una partera por cada 200 gineco-obstetras aproximadamente, de acuerdo con cálculos propios (CONAPO, 2015; INSP, 2017; OCDE, 2013). Este contraste da pie a imaginar el potencial de crecimiento que puede tener la partería profesional en México, considerando la elevada demanda de servicios materno y neonatales (SMN) que aún falta por cubrir (UNFPA, 2014).

De acuerdo con el UNFPA las parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden “proporcionar el 87 por ciento de los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres y recién nacidos” (2014, p. iv). A pesar de esto, las políticas de salud materna de muchos países, entre ellos México, ignoran con frecuencia el papel central que juega la partería como fuerza de trabajo y cómo ésta contribuye con la mejora de la calidad de los servicios (Sandall, 2015).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) elaboró en 2010 una evaluación clave para entender el problema de la mortalidad materna en México, y entre sus recomendaciones señalaba la importancia de incluir la partería profesional en los servicios de salud (CONEVAL, 2012). Por el contrario, pese a las apremiantes necesidades, a la evidencia a su favor (Homer, et al., 2014; Renfrew, et al., 2014) y a las recomendaciones y resoluciones de la OMS (2006; 2009; 2011; 2015a; 2015b; 2015c; 2016), la partería profesional se ha mantenido ausente del sistema de salud mexicano, así como de las políticas públicas en la materia. Sin embargo, la reciente reforma a la Norma Oficial Mexicana que reglamenta la atención de la mujer durante el embarazo,

parto y puerperio, ya prevé la posible participación de parteras técnicas (más no profesionales) en la atención de partos de bajo riesgo. La nueva NOM-007-SSA2-2016 (2016) también apunta hacia un cambio positivo en el modelo de atención del parto, pues prescribe que todos los hospitales deben propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico. Aunque hay que señalar que, entre lo prescrito por la norma y la realidad, aún existen diversos obstáculos que impiden su cumplimiento, así como el pleno desarrollo de la partería profesional en México.

Chile, en cambio, es considerado una historia de éxito en materia de salud materna e infantil. En la primera mitad del siglo XX, era uno de los países con mayores niveles de mortandad infantil y materna (Allende, 1939). En 1938, un informe de la Liga de las Naciones calificó a Chile como el país con la tasa de mortalidad infantil más alta del mundo (González, 2014). Como parte de una estrategia del gobierno para mejorar la salud, en 1952 fue creado el Servicio Nacional de Salud, el cual tuvo entre sus prioridades mejorar la salud materna y neonatal. Hoy, Chile cuenta con más 60 años de políticas públicas que le han permitido consolidarse como uno de los países con menores tasas de mortalidad infantil y materna de todo el subcontinente (Minsal, 2017a; OMS, 2015b). Las políticas públicas en la materia han demostrado continuidad y estabilidad a través de distintos periodos y ciclos políticos de Chile con resultados muy satisfactorios. Estas políticas, expresa Aguilar (2010), han otorgado estabilidad y racionalidad a las acciones de gobierno, y han contribuido a la solución de los problemas públicos cruciales para las que fueron propuestas. Eso no excluye que Chile enfrente otros retos y problemas en la materia. Sin embargo, dicho país destaca porque las parteras profesionales son las principales proveedoras de servicios de atención del parto (Binfa, 2014; Binfa, *et al.* 2013; Lattus y Sanhueza, 2007; Institute of Medicine, 2003). La experiencia que el caso chileno ofrece, permite elaborar un estudio comparativo que arroje nuevos elementos de análisis para los analistas y hacedores de políticas públicas en México.



Luis F. Aguilar señala que la política pública (PP) más que un acto de decisión se debe entender como un “proceso de solución de problemas” (Aguilar, 2010, p

32). La mortalidad materna es un problema de salud pública en el que intervienen múltiples factores y determinantes sociales, económicos y culturales, así como diferencias en las condiciones de acceso, calidad en el servicio, nivel educativo y hasta condiciones de salud preexistentes (Freyermuth, 2016). Se trata de una clara situación de injusticia contra las mujeres debido a que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Estimaciones señalan que hasta un 98% de las muertes maternas son prevenibles (ACNUDH, 2013). Esta investigación reconoce que la mortalidad materna es un problema público complejo, donde intervienen múltiples causas, pero busca centrarse en uno de los factores que mayor incidencia tiene en los niveles de mortalidad de los países: el acceso a una asistencia del parto por personal sanitario calificado. La evidencia disponible apunta a que la actual política de atención del parto en México dista de garantizar una atención de calidad y con equidad.

En múltiples países la partería profesional ha demostrado que puede jugar un rol fundamental en disminuir la mortalidad materna y ampliar la cobertura efectiva de servicios de salud materna y neonatal. Sin embargo, la política actual en México no sólo privilegia la atención médica del parto, sino que es altamente dependiente de médicos en formación que no cuentan con las competencias adecuadas para ofrecer una atención respetuosa y de calidad. El desarrollo que alcanzó la partería profesional en Chile y sus bajos niveles de mortalidad materna, convierten al caso chileno en un referente obligado para aquellos interesados en elaborar e implementar una propuesta de partería profesional para México.

La presente investigación se desarrolla a lo largo de ocho capítulos y sus hallazgos buscan enriquecer la información para la mejor toma de decisiones. La hipótesis sobre la que se sostiene esta investigación es que el desarrollo de la partería profesional puede contribuir a reducir la mortalidad materna y los problemas de equidad y calidad en la atención. Los beneficios potenciales que ofrece la partería profesional han sido largamente ignorados en México y su resurgimiento, aunque incipiente, aún enfrenta muchos obstáculos que merece conocer más a fondo.

En el primer capítulo, *El reto de mejorar la salud materna*, se expondrá cuál es la dimensión que la mortalidad materna tiene como problema de salud pública en

todo el mundo. Se repasará de manera breve la historia del movimiento a favor de la salud materna y los esfuerzos internacionales más recientes para disminuir y erradicar la muerte materna. Se explicará en qué consistieron los ODM, su contribución en la mejora de la salud materna en todo el mundo y se describirán sus principales resultados. Asimismo, se ilustrará en qué consisten los ODS y los nuevos compromisos adquiridos dentro de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible.

En el capítulo 2, *El estado de la partería profesional*, se hará un breve repaso de los orígenes de la partería y su eventual profesionalización. Se contextualizará la importancia de la atención calificada del parto en la mejora de la salud materna y se enmarcarán los principales modelos de atención del parto disponibles y cómo se comparan unos con otros. Asimismo, se revisará la literatura disponible que respalda la adopción de la partería profesional para la atención calificada del parto, la evidencia disponible a su favor, así como las ventajas que ofrece para los países en desarrollo.

En el capítulo 3, *Políticas de salud materna en México y Chile*, se describirán las principales características de los sistemas de salud de ambos países. Además, se hará un recuento de los principales programas, estrategias y normativas de los últimos 20 años, una caracterización de su evolución y cómo han contribuido a moldear las políticas de salud materna de cada país.

En el capítulo 4, *Mortalidad materna en México y Chile*, se describirá la evolución que ha tenido la mortalidad materna durante la vigencia de los ODM, se consultarán las bases de datos disponibles y se compararán los resultados a nivel nacional y subnacional. Asimismo, se reservará un apartado para explicar cuáles son las metas a las que están obligados ambos países en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el capítulo 5, *Análisis comparado de la atención del parto en México y Chile*, se realizará un ejercicio comparativo de las características de la atención obstétrica de cada país, el tipo de personal que presta servicios de partería o matronería, y la importancia que juegan las matronas en el sistema de salud de Chile. Se revisará por qué la partería profesional tomó caminos tan divergentes en

ambos países y cuál es el estado actual que guarda la partería profesional en México.

En el capítulo 6, *Diseño y metodología de investigación*, se describirán las características y la justificación del estudio cualitativo que se emprendió durante esta investigación, la selección de los perfiles a entrevistar y la guía de preguntas.

En el capítulo 7, *Retos y oportunidades para el desarrollo de la partería en México*, y en el capítulo 8, *Fortalezas y realidades de la matronería en Chile*, se dedicará un espacio para conocer los testimonios de los diferentes perfiles seleccionados quienes expresarán sus opiniones sobre los niveles de mortalidad materna, la partería profesional, su importancia en las políticas de atención y los obstáculos que detectan para su desarrollo.

Por último, se presentará un listado de los obstáculos identificados para el desarrollo de la partería profesional en México, así como un conjunto de recomendaciones de política pública que toman en cuenta los hallazgos propios de la investigación y las circunstancias propias de la atención del parto en este país. Este estudio no pretende ser una mera apología de la partería, sino una investigación que aporte nueva información y evidencia para enriquecer el debate público sobre la conveniencia de desarrollar e implementar un modelo de partería profesional para México.

CAPÍTULO 1

EL RETO DE MEJORAR LA SALUD MATERNA

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y el posparto (OMS, 2017a). Una adecuada atención de la mujer durante todo su ciclo reproductivo es fundamental para prevenir complicaciones que pongan en riesgo su salud o su vida; esto incluye la atención pregestacional e intergestacional (OMS, 2015a). El objetivo fundamental de la salud materna es una maternidad segura; sin embargo, la enfermedad y la muerte por causas maternas antes, durante o después del parto son amenazas reales para millones de mujeres en todo el mundo, especialmente en aquellos países donde el acceso a la salud es desigual o insuficiente.

La muerte materna es un evento obstétrico catastrófico, generalmente prevenible, que es resultado de una atención deficiente o tardía, y constituye un indicador importante de la “calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y la prestación de los servicios” (CONEVAL, 2012, p. 13). No obstante, la morbilidad materna o el riesgo de sufrir lesiones, secuelas o condiciones discapacitantes durante el embarazo o el parto, aunque recibe menor atención, es parte de una misma problemática en donde la mortalidad materna es sólo su expresión más dramática.

1.1 El problema de la mortalidad materna en el mundo

Una muerte materna es una tragedia que no sólo afecta irreparablemente a la familia que la padece, es evidencia de una de las mayores injusticias sociales posibles, no sólo porque es una de las muertes más terribles que puede sufrir una persona, sino porque son mujeres que mueren en la plenitud de su vida y en un momento que debió ser de expectativa y alegría. Estas son tragedias que en retrospectiva, casi todas pudieron evitarse (Fathalla, 1999). De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ACNUDH, 2013), la mortalidad materna está asociada a la violación de diversos derechos humanos de las mujeres, como son “el derecho a la vida, a la integridad personal, al nivel más alto de salud, a la igualdad y la no discriminación” (p. 1). La mortalidad materna, además de poner en evidencia la incapacidad organizacional

para prevenirla y ser indicativa de los niveles de injusticia social (Díaz, 2009), también exhibe los niveles de pobreza, rezago educativo y desigualdad de género que prevalecen dentro de una sociedad. El reconocimiento a los derechos de las mujeres y, en última instancia, a la vida humana se ve reflejado en los esfuerzos que una nación destina para erradicar la muerte materna. La prevención de la muerte materna debe perseguirse como un objetivo fundamental no sólo por sus efectos devastadores, sino porque “las mujeres son intrínsecamente valiosas” (Thaddeus y Maine, 1994, p. 1091).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (2010), en su 10° Revisión (CIE-10), la muerte materna se define como:

La defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, sin importar la duración del embarazo o sitio de ocurrencia, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero de ninguna manera por causas accidentales o incidentales. (OMS, 2010, p. 156)

Para fines comparativos, a nivel internacional, se utiliza la razón de mortalidad materna (RMM), que resulta de dividir el número de muertes maternas ocurridas durante un año por cada 100,000 nacidos vivos. Aunque no menos importantes, las muertes tardías son aquellas ocurridas después de los 42 días hasta un año después del parto, las cuales se consideran útiles para fines de análisis a nivel nacional y parte de un fenómeno más amplio; sin embargo, éstas no se contabilizan para el cálculo de la RMM (OMS, 2010). Gracias a esta medida podemos conocer dónde se encuentran las regiones y los países más letales para las mujeres, de los cuales África Subsahariana encabeza la lista con una RMM de 546, seguido de Oceanía con 187. La RMM promedio en las regiones en desarrollo es de 239, 20 veces más alta que aquella de las regiones desarrolladas que promedian sólo 12 (OMS, 2015b).

Las causas de muerte materna se han clasificado en dos tipos: directas e indirectas. Son causas directas, aquellas complicaciones atribuibles al embarazo, parto y puerperio, como la hemorragia, las infecciones (sepsis puerperal), los desórdenes hipertensivos (preeclampsia-eclampsia), los abortos peligrosos y el parto obstruido, que en su conjunto son responsables de cerca del 73% de las

muertes en todo el mundo (Say, *et al.*, 2014). Las causas indirectas, en cambio, se refieren a aquellos padecimientos previos no relacionados con el embarazo, como la influenza o el VIH/sida. De entre todas las causas, la hemorragia es la que provoca el mayor número de muertes anuales, especialmente aquella que ocurre después del parto, con 27.1% de las muertes maternas totales, seguida de los desórdenes hipertensivos con 14% de las muertes, las infecciones con 10.7% y el aborto con 7.9% (Say, *et al.*, 2014).

El movimiento a favor de la salud materna tiene varios actores y momentos claves, pero existe un amplio consenso de que éste comenzó en 1987. Previa a esa fecha no existían estimaciones certeras que permitieran conocer la magnitud del fenómeno, y el énfasis de la comunidad internacional se había concentrado en reducir los niveles de mortalidad infantil, así como en fortalecer la atención primaria. Fue hasta entonces que los altos niveles de mortalidad materna en los países en desarrollo se convirtieron en una preocupación mundial. En 1985, dos eventos fueron fundamentales para colocar el problema de la mortalidad materna en la agenda pública internacional (Starrs, 2006). El primero fue un artículo pionero publicado por Rosenfield y Maine (1985), en la influyente revista médica *The Lancet*, que llamó la atención sobre la falta de interés en la salud de la mujer, a diferencia de la atención que hasta ese momento había recibido la salud infantil (AbouZahr, 2003). En dicho artículo se criticaba duramente el poco interés de los programas de salud materna e infantil para reducir la mortalidad materna, especialmente la falta de atención sería por parte de los profesionales de la salud, particularmente los obstetras de todo el mundo, los hacedores de políticas públicas y los políticos. En ese entonces, era común pensar que “lo que era bueno para el niño era bueno para la madre” (Rosenfield y Maine, 1985, p. 83); sin embargo, las enormes diferencias entre las causas de decesos entre madres e hijos obligaban a adoptar soluciones distintas. El segundo evento fue el anuncio de la OMS que denunciaba que “medio millón de mujeres morían anualmente por complicaciones obstétricas” (Starrs, 2006, p. 1130), durante la Conferencia realizada en ese año para conmemorar el fin de la Década sobre la Mujer de las Naciones Unidas (1976-1985). Estos dos acontecimientos, de acuerdo con Starrs (2006), fueron la base para la organización de la primera Conferencia

Internacional sobre una Maternidad sin Riesgo de Nairobi y el lanzamiento de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo en 1987.

Ese mismo año, uno de los fundadores de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, Fathalla (1987), relató la historia de Fátima, el caso real de una mujer que falleció por complicaciones obstétricas en un país en desarrollo. En un artículo explicó cómo Fátima fue empujada más y más hacia el camino de la muerte materna por ciertos factores determinantes, como su edad, su elevado número de embarazos, su condición socio-económica y la falta de acceso a métodos de planificación familiar. A lo largo de ese camino deberían existir muchas salidas y rutas de escape, el problema es que las mujeres de los países en desarrollo ingresan muy pronto y encuentran pocas salidas a lo largo del trayecto debido a la pobreza y la desigualdad (Fathalla, 1987). Una adecuada atención materna, afirmó, debería garantizar la existencia del mayor número de puertas y rutas de escape a lo largo del camino para que una muerte materna no ocurra, empezando por mejorar las condiciones de la mujer (incluyendo nutrición, educación y empleos remunerados), información y servicios de planificación familiar, servicios maternos desarrollados en la comunidad, así como servicios obstétricos en el primer nivel de atención. Bajo este enfoque, en la medida en que las puertas de salida se pudieran abrir más desde que inicia el camino, la presión sobre las subsiguientes sería menor; en otras palabras, si los servicios de planificación no se expanden apropiadamente, entonces la carga en la siguiente puerta se incrementará, la carga en el primer nivel de atención aumentará y así sucesivamente (Fathalla, 1987).

Durante estos primeros años, el paradigma dominante se basaba en la identificación de los embarazos de alto, mediano y bajo riesgo desarrollado por Butler y Alberman (1969). Bajo este paradigma, señala Freyermuth (2014), es que se desarrolló todo “un sistema de atención materno-infantil basado en el concepto de embarazo de alto y bajo riesgo, que ponía el énfasis sobre todo en el control prenatal y en el seguimiento de las embarazadas” (p. 27). Unos años después, Thaddeus y Maine (1994) publicaron el célebre artículo ‘Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context’, en donde describieron que las muertes maternas se pueden explicar a partir de tres demoras: 1) la demora en el reconocimiento de signos de

alarma, 2) la demora en el traslado al centro asistencial, y 3) la demora en la atención en el establecimiento sanitario. Este artículo también dio paso al llamado “modelo de Maine”, el cual conserva su vigencia y se emplea para detectar y clasificar los casos de muerte materna en la mayor parte del mundo. Este enfoque “busca conocer los momentos críticos para la atención del embarazo, y también los retrasos en la búsqueda de una atención que puedan llevar a un estado de morbilidad temporal o permanente, e incluso la muerte” (Collado, 2014, p. 138); y prioriza intervenciones prácticas y medibles diseñadas para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de servicios esenciales, lo que a la postre debería “mitigar los factores que impiden una decisión para buscar esos servicios” (Thaddeus y Maine, 1994, p. 1092).

Los limitados avances alcanzados por la estrategia basada en el enfoque de riesgos en el embarazo, y ante el reconocimiento de que un gran número de mujeres puede presentar una complicación obstétrica independientemente de sus condiciones socio-económicas, complicaciones que son en muchos casos imposibles o muy difíciles de pronosticar, “obliga a disponer de una estrategia que privilegie el cuidado profesional del parto y la atención obstétrica de emergencia para evitar la muerte materna en casos de complicaciones” (Freyermuth, 2014, p. 29).

A 30 años de distancia, las muertes maternas aún siguen siendo muy elevadas, pero hoy se conoce con mejor precisión la dimensión del problema. Cada año siguen ocurriendo alrededor de 300,000 muertes maternas en todo el mundo, el equivalente a 830 muertes por día, la mayoría son producto de complicaciones que pudieron prevenirse o tratarse si se hubieran atendido a tiempo (OMS, 2017b). La carga sigue concentrada en los países en desarrollo; la OMS (2017b) calcula que hasta 99% de las muertes maternas prevenibles ocurren en los países de ingreso bajo y medio, y pese a los avances alcanzados hasta ahora, para muchos de los sistemas de salud prevenir las muertes asociadas al embarazo, parto y puerperio sigue siendo una de las tareas más complejas. Se calcula que solamente en África Subsahariana, ocurren el 66% del total de muertes maternas en todo el mundo, aproximadamente 201,000 muertes anuales, seguido de Asia del Sur con 66,000 muertes (OMS, 2015b).

La falta de atención o la mala atención durante el parto es un problema de escala mundial. Alrededor de una de cada cuatro mujeres en el mundo continúa pariendo en solitario, o solamente con la asistencia de un pariente o un vecino (Koblinsky, *et al.*, 2006). La mortalidad materna es sólo la punta del iceberg de un problema mayor. Se estima que 15-20 millones de mujeres son afectadas cada año en todo el mundo derivado de una mala atención en el parto (Homer, *et al.*, 2014).

1.2 Los ODM y los esfuerzos internacionales para mejorar la salud materna

Como se mencionó anteriormente, los esfuerzos internacionales para reducir la mortalidad materna son relativamente recientes y se remontan a unas cuantas décadas atrás. La Conferencia Internacional sobre una Maternidad sin Riesgo de Nairobi de 1987 es ampliamente reconocida como la precursora que colocó la salud materna en la agenda global. Organizada por la OMS, el UNFPA y el Banco Mundial, fue la primera reunión de alto nivel promovida por las Naciones Unidas que abordó el problema de la mortalidad materna como un asunto de dimensiones globales, y estableció los primeros compromisos concretos para reducirla, lo que dio paso al nacimiento de la iniciativa del mismo nombre (Starrs, 2006). Años más tarde, en 1994, se realizó la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo que en su programa de acción establece la obligación de los estados de promover la salud de la mujer y la maternidad sin riesgo “a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados” (UNFPA, 2004, p. 81). Le siguieron la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) y la Consulta Técnica sobre una Maternidad sin Riesgo de Colombo, Sri Lanka (2005), las cuales dieron la base técnica y el impulso político requerido para que dicho tema fuera incluido como parte de la agenda de desarrollo adoptada en la Cumbre del Milenio (ONU, 2000), lo que desembocó en la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) casi dos años después.

Los ODM constituyeron el primer esfuerzo coordinado y cuantificable a gran escala para mejorar las condiciones de vida de millones de personas en todo el mundo, así como para incrementar su acceso a los derechos básicos

fundamentales. Los ODM nacieron como una propuesta formal del entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, para orientar la implementación de la Declaración del Milenio (ONU, 2001). Entre los ocho objetivos propuestos se encontraban reducir la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad materna e infantil, luchar contra el VIH/sida y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. En su versión final, los ocho objetivos se dividieron en 21 metas y 60 indicadores de seguimiento, y se estableció como fecha de cumplimiento el año 2015, y 1990 como el año base para el cálculo de los indicadores. Se determinó el Objetivo 5 para mejorar la salud materna, el cual comprendía dos metas concretas: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, y lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Como con la mayoría de las metas de los ODM, el compromiso para reducir la razón de mortalidad materna se estableció exclusivamente para los países en desarrollo, bajo el principio de que los esfuerzos de las agencias internacionales y los países donantes debían focalizarse en las regiones no desarrolladas.

Pese a los esfuerzos emprendidos en todo el mundo, los avances en general resultaron insuficientes. Para 2015, fueron pocos los países en desarrollo que alcanzaron la meta de reducir su mortalidad materna en 75%. A nivel global, el número total de muertes maternas disminuyó 43%, pasó de un estimado de 532,000 muertes en 1990 a 303,000 en 2015, esto de acuerdo con el último informe de la OMS sobre estimaciones de mortalidad materna (OMS, 2015b). En el mismo periodo, la RMM disminuyó cerca de 44% a nivel mundial, al pasar de 385 muertes maternas a 216 por cada 100,000 nacidos vivos, un avance que se quedó muy por debajo de la meta propuesta. No obstante, el resultado no deja de ser un logro extraordinario de la cooperación internacional si se considera que, gracias a este esfuerzo, se evitaron hasta 648,000 muertes maternas entre 2001 y 2015 (McArthur y Rasmussen, 2017).

En el análisis por regiones (OMS, 2015b), durante 2015, en las regiones no desarrolladas la RMM ascendió a 239 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, una proporción 20 veces mayor que las regiones desarrolladas que promediaron sólo

12. Las regiones en desarrollo que mostraron las mayores reducciones en su RMM fueron las dos más pobladas del mundo, en primer lugar, Asia del Este, que concentra a China, Mongolia y Corea del Sur, la cual tuvo una reducción del 72%; seguida de Asia del Sur, que concentra a países como India, Pakistán y Bangladesh, con una disminución de 67%. La región de América Latina y el Caribe tuvo, en cambio, un desempeño más modesto, su RMM se redujo solamente 50%. Destaca el pobre desempeño que tuvo la subregión del Caribe, con una de las tasas de mortalidad más altas del mundo y sólo una reducción de 37%, por detrás de África Subsahariana, la región con la mayor tasa de mortalidad materna (ver TABLA 1.1).

TABLA 1.1 Razón de mortalidad materna por regiones del mundo
(Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos)

Región	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Reducción
Mundo	385	369	341	288	246	216	44%
Regiones desarrolladas	23	22	17	15	13	12	48%
Regiones en desarrollo	430	409	377	319	273	239	44%
África	870	834	770	654	565	495	43%
África del Norte	171	141	113	95	82	70	59%
África Subsahariana	987	928	846	717	624	546	45%
Asia	341	303	259	201	154	123	64%
Asia del Este	95	71	59	48	36	27	72%
Asia del Sur	538	461	377	288	221	176	67%
Asia del Sureste	320	241	201	166	136	110	66%
Asia Occidental	160	141	122	110	96	91	43%
Cáucaso y Asia Central	69	68	50	46	37	33	52%
América Latina y el Caribe	135	117	99	88	81	67	50%
América Latina	124	107	91	80	74	60	52%
Caribe	276	257	214	198	180	175	37%
Oceanía	390	320	290	239	206	187	52%

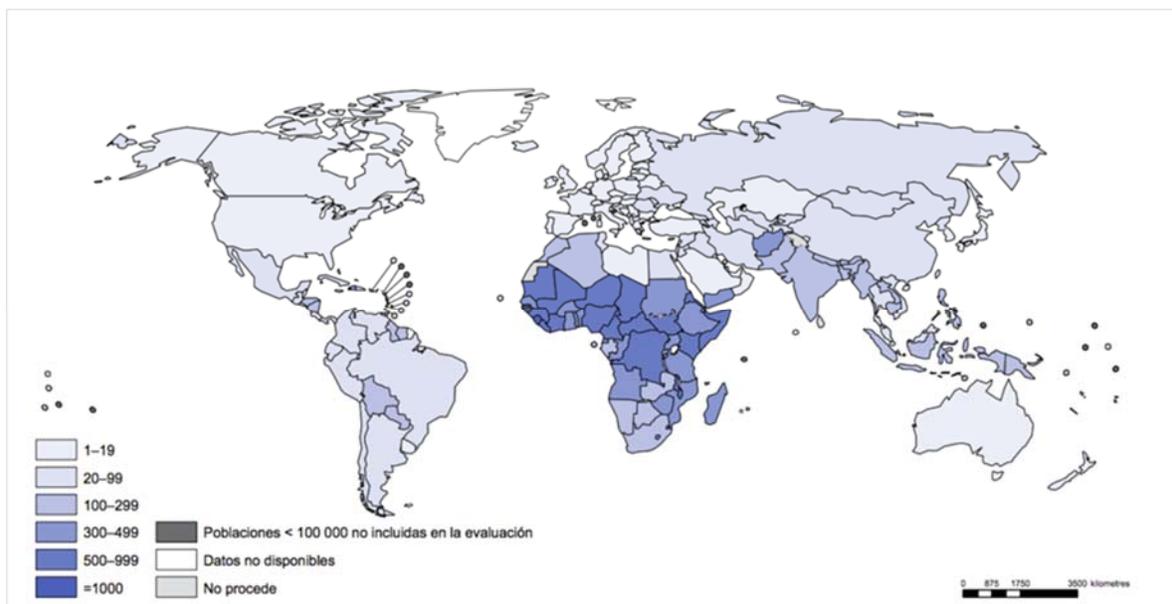
FUENTE: OMS (2015b).

De acuerdo con la UNFPA (2014), 73 países concentran el 96% de la carga mundial de mortalidad materna, aunque éstos sólo representan el 78% de los partos totales mundiales al año. En 2015, Nigeria y la India concentraron cerca de un tercio de todas las muertes maternas a nivel individual alrededor del mundo, con aproximadamente 58,000 (19%) y 45,000 (15%) decesos anuales,

respectivamente. Se estima que el país con la mayor mortalidad materna es Sierra Leona, con una tasa de 1,360 y un riesgo de morir equivalente de uno en 17; en comparación, en los países de alto ingreso las probabilidades de morir son sólo de uno en 3,300 en promedio. De acuerdo con la clasificación de la OMS (2015b), la mortalidad materna es extremadamente alta si un país presenta un RMM igual o mayor a 1,000; muy alta si se encuentra en un rango de 500-999; alta si se ubica entre los 300 y 499; moderada si está entre los 100 y 299, y baja si tiene menos de 100 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

De 183 países evaluados por la OMS, Sierra Leona es el único que presenta un nivel extremadamente alto de mortalidad materna; otros 40 países, casi todos de África Subsahariana, tienen niveles altos o muy altos; 30 países cuentan con niveles moderados, y 112 tienen niveles que se consideran bajos (OMS, 2015b). Dentro de estos 112 países con baja mortalidad se encuentran la mayoría de los países de desarrollo medio y medio alto, incluidos México y Chile, así como todos los países desarrollados. (ver MAPA 1.2).

MAPA 1.2 Razón de mortalidad materna, 2015
(Muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



FUENTE: OMS (2015b).

De los países en desarrollo que en 1990 mostraron una RMM mayor a 100, sólo nueve países lograron disminuirla en más de 75%: Bután, Camboya, Cabo Verde,

Irán, Laos, Maldivas, Mongolia, Ruanda y Timor-Leste. Otros países que en ese mismo año presentaron tasas menores a 100 también lograron reducir su mortalidad en más de 75%, como Bielorrusia (87.9%), Turquía (83.5%), Polonia (82.4%) y Líbano (79.7%). Aunque no todos los países pueden presumir de haber reducido su mortalidad materna, ya que hubo quienes presentaron incrementos como Bahamas (73.9%), Sudáfrica (27.8%), Serbia (21.4%), Estados Unidos (16.7%) y Venezuela (1.1) (OMS, 2015b).

Más allá de los niveles en que pudo haber disminuido la mortalidad materna de un país a otro, uno de los más grandes méritos de los ODM es que lograron atraer suficiente atención al problema de salud materna, largamente ignorado en la mayor parte del mundo, lo que dio paso a una conversación global sin precedentes sobre cómo debía medirse este tipo de mortalidad, cuáles eran las mejores estrategias para salvar vidas y cómo podía ser evaluado el progreso de esos esfuerzos. Aún quedan varios rezagos, muchos países todavía carecen de sistemas adecuados para recolectar información de estadísticas vitales y la subestimación de cifras continúa siendo uno de los mayores retos para contar con datos confiables; sin embargo, es importante resaltar que en los últimos diez años de vigencia de los ODM, los países también hicieron un notable progreso en mejorar la recolección de información a través de sistemas de registro civil, encuestas, censos y estudios especializados, paso indispensable para diseñar políticas públicas sustentadas en la evidencia (OMS, 2015b).

1.3 La Agenda 2030 y el nuevo compromiso para erradicar la muerte materna

En septiembre de 2015, a pocos meses de concluir la Agenda de los ODM y en coincidencia con el 70º aniversario de las Naciones Unidas, 193 Jefes de Estado y de Gobierno, así como altos representantes reunidos en Nueva York, acordaron una nueva y más ambiciosa agenda universal, construida sobre los éxitos de los ODM, pero con la mira puesta en superar sus limitaciones. En esa histórica fecha, se renovó el compromiso global de alcanzar un nuevo conjunto de objetivos de desarrollo, así como completar aquellos que no se lograron cumplir en 2015.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que forman parte de ella, fueron el resultado de un largo proceso

que dio inicio tras la Conferencia de Río+20 celebrada en 2012. Dicho proceso contó con un amplio periodo preparatorio y de consultas realizadas a diferentes actores a nivel nacional, regional y global, donde destacó la cobertura de la encuesta MyWorld, la cual previo al proceso de negociación había recibido más de siete millones de votos provenientes de 194 países (ONU, 2014). Hacia marzo de 2013, se conformó el Grupo de Trabajo Abierto compuesto por 30 países, incluidos México y Chile, cuya labor se extendió por casi año y medio, con el propósito de constituir una propuesta integrada de ODS, tomando como su principal insumo el reporte del Panel de Personas Eminentes convocado por Ban Ki-moon, secretario de la ONU. Esto dio como resultado un informe de síntesis presentado por Ki-moon en diciembre de 2014. La fase de negociaciones intergubernamentales se realizó entre enero y julio de 2015, a lo largo de ocho rondas, la cual dio lugar a la integración de una propuesta definitiva de objetivos y metas, la redacción del texto de la declaración, un proceso en el que México desempeñó un papel destacado al incorporar en el lenguaje del documento “la perspectiva mexicana en torno a la inclusión social y económica”, y el enfoque multidimensional de la pobreza (Dondisch y Gómez, 2015). Finalmente, los ODS se conformaron de 17 Objetivos y 169 metas, un enorme crecimiento en alcance y complejidad comparado con los ODM, lo que representa un reto mayúsculo en materia de coordinación y cooperación entre gobiernos locales, nacionales, sociedad civil, academia, iniciativa privada y el sistema de Naciones Unidas para lograr su cumplimiento. Los nuevos objetivos y metas entraron en vigor el 1 de enero de 2016 y estarán vigentes hasta el 31 de diciembre de 2030.

La declaración firmada por todos los países miembros establece que la nueva agenda se basa en los ODM y “aspira a completar lo que éstos no lograron, en especial llegando a los más vulnerables” (ONU, 2015b, p. 6). Bajo la premisa de no dejar a nadie atrás, la agenda se caracteriza también por su carácter incluyente y por la necesidad de reducir las desigualdades. Además, tiene un carácter universal y sus objetivos y principios deben ser observados por todos los países, tanto desarrollados como no desarrollados.

Una de las críticas más fuertes que se hicieron a los ODM es que éstos no se construyeron desde abajo, en su formulación hubo poca o ninguna participación

de los países en desarrollo que eran los propios obligados a cumplirla, por lo que se ignoraron las distintas realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país. Otra diferencia a destacar es que la nueva agenda busca ser respetuosa de las políticas y prioridades nacionales, por ello en esta ocasión se hace explícito que cada país dispone de diferentes enfoques, visiones de futuro, modelos e instrumentos para lograr el desarrollo sostenible, refrendando que no existe un camino único (ONU, 2015b). Otra de las críticas a los ODM es que ponían demasiado énfasis en las metas nacionales, lo que dio como resultado que los gobiernos se concentraran en mejorar los promedios y dejaran de lado la necesidad de reducir las brechas de desigualdad al interior de sus países, y en algunos casos sólo las exacerbaban.

Los ODS también son universales, esto quiere decir que son de observancia general para todos los países, tanto desarrollados como no desarrollados, aunque la agenda busca priorizar a los segundos, especialmente a los menos adelantados. Pero al igual que con los ODM, se mantienen algunas de sus prioridades de desarrollo, como la erradicación de la pobreza, la salud, la educación y la seguridad alimentaria; aunque establece de manera adicional una amplia gama de objetivos económicos, sociales y ambientales, en concordancia con las tres dimensiones del desarrollo sostenible. Otro cambio relevante es que las metas que componen los ODS sólo expresan las aspiraciones a nivel mundial, mientras la responsabilidad de fijar las metas nacionales corresponde enteramente a los gobiernos de cada país. Adicionalmente, en cada objetivo se incluyen metas relativas a los medios de implementación, que son fundamentales para poner en práctica la agenda, y que revisten la misma importancia que el resto de objetivos y metas (ONU, 2015b).

Como parte de los ODS se establece un nuevo Objetivo 3 que busca “Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades”, del que se desprenden nueve metas cuantificables; entre las que se encuentra, en primer lugar, la 3.1 que establece: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70”. Esto no significa que para los países que tienen una RMM menor a 70 ya no quede más que hacer, “cada gobierno fijará sus propias metas

nacionales, guiándose por la ambiciosa aspiración general” (ONU, 2015b, p. 15) y en consideración de sus circunstancias nacionales.

Si bien los países tienen ahora “un amplio espacio para que los gobiernos nacionales puedan definir las metas y el alcance de sus compromisos” (CEPAL, 2016, p 24), los países firmantes se comprometieron en la declaración a no desentenderse de las metas no cumplidas en 2015 y “cumplir plenamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluidos los que distan de alcanzarse” (ONU, 2015b, p. 6), señalando de manera particular los objetivos correspondientes a salud materna, neonatal e infantil y salud reproductiva. Ello implica, para el caso de países como México que tienen una tasa menor a 70, que no sólo deberán cumplir la meta de 2015 que dejaron pendiente, también deberán fijarse una nueva para 2030 que por lógica tendrá que ser menor o más ambiciosa que la planteada en 2015.

Cumplir con la meta de mortalidad materna en 2030 no será sencillo. De acuerdo con la OMS (2015a), para alcanzar una tasa global de mortalidad materna por debajo de 70 será necesario llevar a cabo un esfuerzo mayor al realizado en la era ODM, pues requerirá que en promedio se logren reducciones globales de 5.5% al año, más del doble de lo observado entre 1990 y 2015 que fue de 2.3%. Para lograrlo, la OMS (2015a) establece una meta nacional complementaria, en la que ningún país del mundo deberá tener una razón de mortalidad materna superior a 140 por cada 100 mil nacidos vivos. Asimismo, recomienda que los países con una RMM menor a 420 en 2010 (la mayoría de los países en todo el mundo), la reduzcan en dos tercios en el período 2010-2030 (OMS, 2015a), aunque en última instancia la meta corresponderá definirla a cada país (Kassebaum, Lozano, Lim y Murray, 2017).

Para lograr el cumplimiento de la meta 3.1, el ODS 3 cuenta con cuatro metas adicionales que establecen los medios de implementación. Una de éstas es la meta 3.c, la cual señala lo siguiente: “Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo”. Adicionalmente, y como parte de los compromisos asumidos en materia de salud por todos los países, la declaración indica que los estados miembros deberán lograr que la cobertura

sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie, comprometiéndose de manera adicional a acelerar los avances conseguidos a la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna, con el propósito de poner fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030 (OMS, 2015a).

A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017) aprobó una resolución para la creación del Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible como mecanismo regional para el seguimiento y examen de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluidos los ODS y sus metas, sus medios de implementación y la Agenda de Acción de Addis Abeba. El foro abre un espacio para proporcionar oportunidades útiles de aprendizaje entre pares, así como el intercambio de buenas prácticas y la discusión de metas comunes.

1.4 La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

Como parte de los esfuerzos internacionales a favor de la salud materna, y como mecanismo para reforzar los esfuerzos internacionales para mejorar la salud materna y neonatal, las Naciones Unidas (ONU, 2015a) presentaron en septiembre de 2015 la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), como parte de las medidas a ser impulsadas para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es una actualización de la iniciativa 'Every Woman Every Child' lanzada en 2010. En su conceptualización y elaboración, participaron más de 7 mil personas y organizaciones mediante un proceso de consulta mundial. La Estrategia establece sus propios objetivos y metas, que son complementarias a los ODS. Dichos objetivos son *sobrevivir*, *prosperar* y *transformar*. Para *sobrevivir*, establece la necesidad de poner fin a la mortalidad prevenible; a fin de *prosperar*, se debe lograr la salud y el bienestar, y para *transformar*, es necesario ampliar los entornos propicios.

La importancia de invertir en intervenciones basadas en evidencia que abarquen todo el ciclo vital es fundamental para el logro de estos objetivos (ONU, 2015a). Dichas intervenciones deben estar disponibles para todas las mujeres, sin embargo, la falta de personal sanitario calificado compromete su calidad y

disponibilidad. La Estrategia Mundial subraya que la dotación suficiente de personal calificado se considera uno de los factores facilitadores de los sistemas de salud, por lo que destaca la necesidad de ampliar en 675 mil el número de enfermeras, médicos y parteras a nivel global para el año 2035. De acuerdo con su análisis, la calidad de la atención “se ve socavada por limitaciones de recursos humanos e infraestructuras y falta de voluntad política, así como por deficiencias en materia de planificación a largo plazo, preparación para emergencias y sostenibilidad de la financiación” (ONU, 2015a, p. 54). Para corregir esta situación, insta a los gobiernos a elaborar, de manera general, una estrategia nacional de salud encaminada a reforzar todos los elementos del sistema de salud necesarios para proporcionar una cobertura sanitaria universal, especialmente el personal de salud; así como invertir en mejorar sus competencias y dotarlo de los recursos necesarios para la prestación de una atención oportuna y de calidad. Aunque las inversiones para lograrlo parecen cuantiosas y la carga financiera para cada país es considerable, éstas no superan los retornos generados por cada dólar gastado. De acuerdo con la ONU (2015a), el costo para lograrlo podría ser casi tan bajo como cinco dólares por persona, y el rendimiento, en beneficios económicos y sociales, supera hasta en nueve veces el monto invertido. Si 74 naciones con alta carga de morbilidad invirtieran esa cantidad, se podría lograr la prevención de hasta 147 millones de defunciones infantiles y cinco millones de fallecimientos de mujeres entre 2016 y 2035.



A lo largo de este capítulo sólo hemos apuntado a un aspecto del problema mundial de la salud materna, el de la mortalidad materna, que es más bien el reflejo de un síntoma y no la causa del problema. Mejorar la salud materna y, por ende, disminuir la mortalidad materna, requiere de un cúmulo de acciones coordinadas en las que nos enfocaremos en el próximo capítulo, especialmente en una: contar con suficiente personal calificado para la atención del parto. Aún quedan muchas dudas sobre la implementación de la Agenda 2030 y el verdadero alcance de su éxito. El reto al que se enfrentan los países hacia el 2030 no será fácil, pero los ODS y la nueva agenda ofrecen otra oportunidad para el diseño y reajuste de políticas públicas que resulten pertinentes a cada realidad nacional.

Lograr su implementación requerirá de gran voluntad política para generar los cambios necesarios, y demandará la participación activa de gobierno y sociedad civil para su cumplimiento. El tiempo juzgará si el éxito de la agenda no se quedará corto frente a sus grandes ambiciones y que la inercia de hacer las cosas igual que siempre la hagan quedar en meras declaraciones de intenciones.

CAPÍTULO 2

EL ESTADO DE LA PARTERÍA PROFESIONAL EN EL MUNDO

La mejora de la salud materna es resultado de diferentes factores combinados, entre los que destacan el incremento del nivel educativo de las mujeres; una alimentación complementaria para las embarazadas; acceso universal a instalaciones de salud para la atención del parto, incluido el cuidado prenatal y posnatal; disponibilidad de unidades obstétricas de emergencia y de atención obstétrica especializada oportuna; cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres, especialmente aquellos que les permitan controlar su propia fertilidad, así como mejoras en la disponibilidad de agua potable y saneamiento. De acuerdo con Koch, *et al.* (2012a), está confirmado que el nivel educativo de las mujeres tiene, además, un efecto modulador importante en “promover el uso de instalaciones de salud materna y en la modificación del comportamiento reproductivo” (p. 13).

Esta investigación, sin embargo, se centra en uno de los diversos aspectos de la salud materna: la importancia de contar con suficiente personal sanitario calificado para la atención del parto. En particular, dedica especial atención a las ventajas que las parteras profesionales ofrecen para la mejora de la salud materna y el potencial que encierran para cubrir el déficit de personal calificado que la mayoría de los países en desarrollo enfrente, quienes de acuerdo con el UNFPA (2014) luchan enormemente para cerrar la brecha entre la demanda y la oferta de servicios obstétricos.

2.1 Antecedentes y desarrollo de la partería profesional

Las primeras y más antiguas asistentes del parto fueron mujeres. En diferentes culturas y épocas, las parteras, matronas o comadronas han sido las principales responsables de proveer una atención del parto. No fue sino hasta la Modernidad que los hombres se involucraron en dicha actividad. Las mujeres que dedicaban su vida a la partería provenían de todo el espectro social y solían adquirir sus conocimientos por vía de la experiencia. En la tradición europea, las parteras recurrían a los cirujanos barberos en situaciones de vida o muerte. Sin embargo,

las parteras han sido perseguidas, marginadas o sometidas por sus contrapartes varones en diferentes momentos de la historia (Barrett Litoff, 1982; Drife, 2002; Kontoyannis y Katsetos, 2011; Zamorano, Araya, Guerra y Ruiz, 2011).

La tensión entre las parteras y los médicos es casi tan antigua como la historia de la medicina occidental. En la Antigüedad, las mujeres tuvieron prohibido practicar medicina, pero mantuvieron la libertad de ejercer la partería. En un principio, los médicos varones desestimaban a la partería y la consideraban un asunto exclusivo de mujeres, circunstancia que permitió que las parteras florecieran durante siglos sin ser molestadas. Durante la Edad Media, aunque fueron excluidas del entrenamiento formal y del estudio de la medicina, también existieron mujeres curanderas dedicadas al cuidado de los enfermos y no sólo a la atención del parto. Sin embargo, la ignorancia de los hombres respecto a los métodos que éstas empleaban, especialmente durante la atención del parto, alimentó un estado de sospecha y de desconfianza hacia ellas. De acuerdo a Kontoyannis y Katsetos (2011), “la imagen de las parteras como practicantes de brujería fue construida deliberadamente entre los siglos XIV y XVII por autoridades de la Iglesia, en colaboración con médicos varones” (p. 32), esto con el fin de desprestigiar sus habilidades como sanadoras y parteras. La aparición de los primeros textos modernos sobre obstetricia en el siglo XVI, supusieron el fin de la hegemonía de las mujeres en la atención del parto y el principio de su declive en la estructura social. Esta etapa incrementó la tensión entre médicos y parteras que se extiende hasta nuestros días (Baldwin, Hutchinson y Rosenblatt, 1992; Behruzi, Klam, Dehertog, Jimenez y Hatem, 2017; Ratti, Ross, Stephanson y Williamson, 2014).

La Ilustración cambió enormemente la visión que se tenía de la partería, pasó de ser un misterio, a ser considerada una ciencia (Kontoyannis y Katsetos, 2011). Los parteros varones se volvieron comunes en Francia durante el siglo XVII, quienes adquirieron reconocimiento y prestigio entre las mujeres de clase alta. El éxito de los parteros varones se extendió rápidamente en Inglaterra y luego al resto de Europa. La práctica obstétrica se fue profesionalizando con el apoyo de las universidades y los hombres se convirtieron con el paso del tiempo en los proveedores más capacitados. En un principio los médicos sólo intervenían

cuando los trabajos de parto se dificultaban y las parteras habían agotados todos sus recursos, pero no tardó mucho para que los varones rompieran la exclusividad de la que antes gozaban las mujeres parteras en la atención del parto normal (Drife, 2002).

A principios del siglo XX, el conocimiento médico, la anestesia, los antibióticos y la cesárea no sólo permitieron reducir drásticamente el riesgo de mortalidad materna, también justificaron un mayor interés por medicalizar y tecnificar el parto en detrimento de la partería, que progresivamente fue considerada como más insegura. Aunque en varios países europeos hubo presión para sustituir a todas las parteras por obstetras, en muchos se conservaron debido a su amplia distribución y al costo que suponía capacitar y desplegar a médicos en todo el territorio. Desde finales del siglo XIX, muchos países europeos ya habían introducido regulaciones para el entrenamiento y control de las parteras (Drife, 2002). El Reino Unido fue uno de los últimos, hasta que aprobó la Ley de Parteras de 1902, reconociendo a las parteras como profesionales por derecho propio. Dicha ley obligaba a todas las parteras a registrarse y establecía una junta para regular su profesión (Reid, 2011). Tras finalizar la Primera Guerra Mundial, en 1919, más de 1,000 parteras de diversos países europeos se reunieron en Bruselas, Bélgica para debatir temas relativos a estándares y práctica de la partería profesional, lo que dio origen a la Confederación Internacional de Matronas (ICM) cuyo propósito ha sido el de “apoyar el continuo desarrollo de la profesión” (UNFPA, 2011).

2.2 Importancia de la atención calificada del parto

Actualmente, existe un amplio consenso científico que reconoce la importancia de la atención calificada del parto como un factor clave en la reducción y la prevención de la mortalidad materna (Koch, *et al.*, 2012a). La evidencia demuestra que el parto es más seguro cuando es asistido por personas debidamente capacitadas, con los conocimientos esenciales y la experiencia adecuada. De acuerdo con la ONU, asegurarse que todos los partos sean atendidos por personal de salud capacitado es una “estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas” (ONU, 2015c, p. 39). En términos muy similares, el UNFPA

(2016) señala que la atención calificada del parto, en combinación con un respaldo para atender emergencias obstétricas, es “la intervención más importante para garantizar una maternidad segura” (s.p.). La importancia que tiene alcanzar la cobertura universal del parto en la mejora de la salud materna justificó su inclusión dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), su monitoreo y seguimiento formó parte de las obligaciones de todos los países en desarrollo, quienes se comprometieron a alcanzar una cobertura del parto de al menos 90% para 2015 (OMS, 2015a). Su incorporación como una meta complementaria del ODM 5 demostró, además, la importancia que la atención calificada inspira en la hechura de políticas públicas a nivel internacional (Buttiëns, Marchal y De Brouwere, 2004).

La atención calificada se define como:

El cuidado de la salud que se proporciona a la mujer y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el posparto por parte de un proveedor de cuidados de la salud acreditado y competente que tiene a su disposición el equipo necesario y el apoyo de un sistema de salud funcional, lo que incluye transporte e instalaciones de referencia para la atención de la emergencia obstétrica. (OMS, 2004, p. 1).

Debido a que la atención mencionada puede ser provista por una amplia variedad de profesionales de la salud, cuyos nombres o títulos pueden variar de un país a otro, la OMS los conoce bajo el nombre de asistentes calificados o asistentes de partería calificados (APC). El APC, también conocido como ‘partero acreditado’, tiene entre sus competencias básicas las aptitudes mínimas para atender un embarazo y un parto normales.

Las asistentes tradicionales del parto, mejor conocidas como parteras tradicionales, no se ajustan a la definición de los APC (OMS, 2004), por lo cual se les denomina asistentes tradicionales del parto (ATP) para evitar confusiones con las parteras profesionales. Las ATP son, en cambio, proveedoras de salud que carecen de una educación formal y no cuentan con una acreditación oficial, y al no formar parte del sistema de salud, generalmente tampoco tienen el apoyo de éste. La OMS (2004) señala que durante los años setenta y ochenta, los programas que buscaron incorporar la participación de las ATP y apoyar su capacitación, no tuvieron los resultados esperados (OMS, 2004). Una de las críticas se basa en la

breve duración de los cursos de formación que no les permitió adquirir “aptitudes de pensamiento crítico y toma de decisiones necesarias en la práctica clínica” (OMS, 2017c, s.p.). Sin embargo, Sibley y Sipe (2006) señalan la existencia de diversos estudios que demuestran que la capacitación de las ATP sí tiene efectos favorables sobre la atención que proveen, pero su entrenamiento puede considerarse como la mejor opción sólo bajo ciertas circunstancias. Capacitar a las ATP en intervenciones clave basadas en evidencia, así como en el manejo de primeros auxilios bajo ciertas complicaciones, es una estrategia que “es viable en el corto plazo” (Sibley y Sipe, 2006). No obstante, invertir en estrategias basadas solamente en las ATP ha provocado, históricamente, que los gobiernos “demoren el desarrollo e implementación de estrategias que aseguren la disponibilidad de asistentes calificados para todas las mujeres y recién nacidos” (OMS, 2004, p. 8). La decisión de incorporar a las asistentes tradicionales del parto en alguna estrategia, debe ser un paso intermedio en un plan de más largo plazo para entrenar y proveer asistentes de partería.

Los APC deben ser considerados en el cuadro básico de trabajadores de la salud necesarios para reducir la muerte materna y neonatal, lo que los convierte en un eje para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente (Wirth, 2008). Todos los APC son profesionales sanitarios acreditados que han recibido una formación teórica y práctica que los capacita para desempeñar sus funciones (OMS, 2017c).

De acuerdo con la OMS (2004), los asistentes calificados son profesionales de salud acreditados como pueden ser:

“doctores, enfermeras o parteras, los cuales han sido educados y entrenados para ser competentes en las habilidades requeridas para manejar embarazos normales (sin complicaciones), el parto y el periodo postnatal inmediato, así como la identificación, manejo y referencia de complicaciones en mujeres y recién nacidos (p. 1).

Aunque es prerrogativa de cada país elegir cómo se debe atender la salud materna, en la mayoría de las ocasiones la calidad es resultado de la disponibilidad de APC, el conjunto de competencias que poseen, así como los recursos disponibles para entrenar, reclutar y retener a ese personal. A decir de la

OMS (2004), los tipos de APC más comunes en los países recaen bajo las siguientes categorías:

Parteras (incluyendo enfermeras parteras). Son personas que fueron admitidas a un programa de educación formal reconocido por el propio país, completaron exitosamente el curso sobre estudios de partería y obtuvieron las calificaciones requeridas para ser registradas o legalmente reconocidas para practicarla.

Enfermeras con competencias en partería. Son enfermeras que adquirieron conocimientos y habilidades de partería al cursar un programa que considera a la partería como parte de su currículo, o al acreditar un programa posterior de entrenamiento en partería.

Médicos con competencias en partería: Son médicos que obtuvieron sus competencias de partería mediante una formación especializada y entrenamiento, ya sea durante sus estudios de grado o de posgrado.

Obstetras: Son médicos que se especializan en el manejo médico y cuidado del embarazo y el parto, así como en complicaciones relacionadas con éste, aunque usualmente no atienden complicaciones del recién nacido. Frecuentemente cuentan con una educación y entrenamiento clínico adicionales para adquirir habilidades extras, además han sido certificados o acreditados en obstetricia.

Idóneamente todo asistente del parto debería enmarcarse en alguna de las cuatro categorías descritas anteriormente, a fin de ser considerados calificados para la atención; sin embargo, las Naciones Unidas y sus países miembros también recurren al término de 'personal sanitario capacitado' para medir la proporción de partos asistidos, el cual abarca de manera genérica a médicos, enfermeras y parteras, y se emplea en encuestas nacionales o registros administrativos para medir la cobertura de asistencia del parto, aunque estos no siempre son APC con todas las competencias validadas. Debido a las diferencias en la formación de los APC entre un país y otro, la OMS (2004) reconoce la dificultad para contar con una definición estandarizada de *personal sanitario capacitado*. También admite las preocupaciones expresadas sobre si la presencia de un

“asistente capacitado” en el parto permite o no medir adecuadamente el acceso de las mujeres a una atención de calidad, particularmente cuando aparecen complicaciones, o si este personal cuenta o no con las provisiones y equipo adecuado. La principal dificultad aparece en aquellos “países donde la partería no está regulada a nivel nacional como un área distinta de la práctica médica” (OMS, 2004, p. 10). Sin embargo, la OMS también señala que la partera o el partero acreditado es el prototipo de asistente de partería calificado, “puesto que entre sus competencias básicas se encuentran las aptitudes mínimas para atender un embarazo y un parto normales” (2017: s.p) y es más costo-eficaz comparado con la enfermera-partera y el médico.

2.3 Diferentes modelos de atención del parto

Actualmente existen dos grandes enfoques para la atención del parto, uno en que el cuidado médico puede ser descrito como “médico” o “tecnológico”, y otro “social” y “humanizante” (también referido como el modelo de cuidado basado en la partera). De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud de Escocia (NHS Scotland, 2010), el enfoque médico-tecnológico se caracteriza por una perspectiva centrada en la identificación de la enfermedad y su cura, la aversión al riesgo y el uso de soluciones técnicas a los problemas de salud. Por el contrario, el enfoque de partería-social-humanizante prioriza las relaciones y la interacción social; tiende a enfocarse en el mantenimiento del bienestar y la promoción de la normalidad (NHS Scotland, 2010). Si bien en el pasado la tendencia hacia tecnificar y hospitalizar la atención del parto logró reducir la muerte materna en todo el mundo, hoy día se considera que la medicalización del parto no es el único modelo que puede tener éxito. La obstetricia médica y la partería son profesiones complementarias con diferentes objetivos. Los médicos son expertos en patología y deben estar al cuidado de las embarazadas que presenten enfermedades y complicaciones serias. Las parteras, en cambio, “son expertas en el embarazo normal y en satisfacer las otras necesidades de las mujeres embarazadas, necesidades no relacionadas con la patología” (Rooks, 1999, p. 370), como son orientación sobre salud sexual y reproductiva, control de la natalidad y

espaciamiento de los hijos, acceso a métodos de anticoncepción, cuidados prenatales, lactancia materna, entre otros.

Partiendo de esta distinción básica, Koblinsky, Campbell y Heichelheim (1999) describen la existencia de cuatro modelos básicos para la prestación de servicios obstétricos, de acuerdo con sus características organizacionales y con quién se hace cargo de la atención del parto. Los cuatro modelos abarcan desde la atención menos medicalizada a la más medicalizada, y pueden observarse en contextos diferentes con una mortalidad materna relativamente baja, lo que demuestra que los cuatro poseen cierto nivel de eficacia.

En el modelo 1, los partos suceden en el hogar y son atendidos por un miembro de la comunidad que recibió formación básica, por ejemplo, una APT. En el modelo 2, los partos también ocurren en el hogar, pero tienen la asistencia de un APC. En el modelo 3, el parto es atendido por un APC en una instalación médica básica o de primer nivel, como puede ser una casa de partos o una maternidad. Por último, en el modelo 4, todos los partos son atendidos por profesionales en una instalación médica integral, como puede ser un hospital de segundo o tercer nivel. Alrededor del mundo, los modelos 2 y 3 recurren mayoritariamente a las parteras profesionales, apoyadas por un sistema de referencia hospitalaria, con protocolos para identificar problemas en el embarazo y el parto. El modelo 2 es muy común en zonas rurales, y busca ser respetuoso de las costumbres locales, así como establecer alianzas entre parteras profesionales y ATC. Es así que los países que han adoptado alguno de los modelos dos a cuatro han logrado las mayores reducciones de mortalidad materna en el mundo. Sin embargo, Koblinsky, Campbell y Heichelheim (1999) destacan que el modelo más medicalizado no ha demostrado ser más efectivo que los modelos 2 y 3, pese a ser percibido por la población como el más avanzado y seguro.

En muchos sistemas de salud, empero, las habilidades requeridas para salvar a una mujer en el parto se consideran fuera del alcance de una partera o enfermera partera. La práctica de la partería se juzga como inferior y se le asocia como un paso intermedio entre las prácticas del parto tradicional y la práctica biomédica más avanzada (Wirth, 2008). Pero la evidencia también demuestra que un parto atendido en hospital, de ninguna manera garantiza un servicio de buena calidad o

una baja mortalidad materna, especialmente si los conocimientos y las habilidades de su personal no son las adecuadas (Harvey, *et al.*, 2007). En muchos países en desarrollo, se asume comúnmente que un médico general podría ser el proveedor óptimo de atención obstétrica, pero este médico que no está necesariamente entrenado en parto normal ni en habilidades para salvar la vida, no es una opción viable. Por otra parte, aun cuando los médicos están bien capacitados en el manejo de parto, es improbable que sean asignados en entornos alejados de los centros urbanos (Wirth, 2008). De acuerdo con Koblinsky, *et al.* (2006), el manejo inapropiado de complicaciones y la atención fuera de tiempo son comunes en los hospitales de los países en desarrollo, incluso en los casos de emergencia que ponen en riesgo la vida; peor todavía, “las mujeres podrían dar a luz solas en un hospital o con personal incompetente” (p. 1380). Estas situaciones se suman a la posibilidad de recibir trato irrespetuoso o abusivo, así como ser sometidas a procedimientos innecesarios de acuerdo a los estándares internacionales (Koblinsky, *et al.*, 2006), tales como la episiotomía (Carroli y Mignini, 2009), el rasurado perineal (Basevi y Lavender, 2014) y el enema (Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2013). En última instancia, contar con la infraestructura médica tampoco es suficiente, lo indispensable es prever mecanismos que aseguren la calidad y la suficiencia de personal adecuadamente capacitado.

2.4 La partería profesional como base de una mejor atención

En el apartado anterior se señaló que la escasez de proveedores calificados es uno de los principales obstáculos para la expansión de la atención obstétrica y la reducción de la mortalidad materna. Cuando el cuidado profesional está garantizado, entonces aumentan las probabilidades de supervivencia para las madres y recién nacidos (Koblinsky, *et al.*, 2006). La mejor manera de lograrlo es conformar una base de trabajadores con las calificaciones adecuadas para la atención del parto. Muchos países en desarrollo optaron por “medicalizar” la mayoría de los partos, es decir, buscaron que todos los nacimientos fueran atendidos por médicos y obstetras, cuando existen existe la posibilidad de recurrir a otro tipo de APC. Esta estrategia supone un gran problema, pues es operativa y económicamente inviable pretender que absolutamente todos los partos sean

atendidos por médicos especializados en todos los niveles de atención. Concentrar la atención del parto en hospitales de segundo y hasta tercer nivel, también reduce la capacidad resolutive y limita la disponibilidad de personal y recursos para atender emergencias obstétricas con oportunidad. Una consecuencia lógica de esta estrategia es ver la capacidad resolutive de los hospitales, frecuentemente rebasada en relación al gran número de partos que deben intervenir, lo que obliga a echar mano de personal que no tiene las capacidades adecuadas (R. Lozano, 2017 y C. Mera, 2016).

El Departamento de Salud del Reino Unido señala la importancia de enfatizar los beneficios de un modelo basado en parteras profesionales. La evidencia demuestra que en el Reino Unido el modelo de partería arroja, comparado con el modelo médico o medicalizado, una reducción significativa de la pérdida fetal antes de las 24 semanas de embarazo, así como una menor hospitalización antenatal, menores costos, estancias más cortas de las madres y neonatos en el hospital, y una experiencia general más grata para las mujeres. Otros beneficios incluyen mejores resultados en la atención, menos intervenciones durante la fase de labor, como son monitoreo fetal, partos instrumentales y episiotomías, así como bajo uso de analgesia y anestesia. Asimismo, también hay evidencia de progresos en la iniciación a la lactancia (Department of Health, 2010).

La matrona, partera o 'midwife' es una profesional que cuenta con un corpus de conocimientos exclusivos y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas y compartidas con otras disciplinas de la salud, la cual se desempeña bajo un marco profesional de autonomía, responsable de las decisiones que toma y de la atención que proporciona (ICM, 2017a). Según la definición oficial adoptada por la Confederación Internacional de Parteras (ICM) y reconocida por la OMS, una partera profesional es:

Una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente

para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de "matrona"; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería. (ICM, 2017b, s.p.)

Tras décadas de experimentación capacitando parteras tradicionales en los países en desarrollo, Wirth (2008) destaca el “consenso creciente respecto a la importancia que tiene contar con asistentes de partería calificados capaces de prevenir, detectar y manejar o referir las principales complicaciones obstétricas” (p. 318-319). El reciente interés en las parteras y las enfermeras obstétricas debe ser contextualizado en el “reconocimiento internacional de la falla en los sistemas de salud y en la crisis de la fuerza de trabajo de la salud a nivel mundial” (p. 319). Como parte de este escenario, las enfermeras, las parteras y otras categorías similares tendrían que ser apoyadas y promovidas como parte de los planes de desarrollo y de reducción de la pobreza de cualquier país (Wirth, 2008).

Desde la perspectiva de la economía de la salud, las parteras o matronas, como son conocidas en otros países hispanohablantes, son más costo-eficaces que los médicos obstetras (OMS, 2017c). Esto es así porque es menos oneroso capacitar y pagar su salario, lo que en teoría permite una distribución más amplia entre la población a un menor costo. Por ejemplo, en algunos países en desarrollo, se pueden entrenar por el costo de un médico entre 2.5 y 3 enfermeras/parteras. Estudios también demuestran que una partera o una enfermera-partera, cuando está bien capacitada, puede proveer una atención que está a la par de los médicos, por lo que se puede lograr una cobertura mayor sin sacrificar calidad e, inclusive, conseguir una mejor satisfacción de sus pacientes (Wirth, 2008). Wirth (2008) señala que las causas de complicaciones en el parto son bien conocidas (hemorragia, infección, hipertensión, parto obstruido y partos inseguros). Sin embargo, la mayoría de las complicaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres no son predecibles, lo cual obliga a contar con un profesional disponible las 24 horas del día para tomar decisiones de manera ágil y precisa sobre la necesidad de intervenir o referir al siguiente nivel de atención.

Renfrew, *et al.* (2014) coinciden respecto al “consenso creciente entre los profesionales de salud pública respecto a la contribución esencial que la partería profesional puede realizar para lograr servicios maternos y neonatales de alta calidad” (p. 1129). Este consenso, señalan, surge de la evidencia proveniente de

estudios controlados realizados de manera aleatoria en escenarios de ingreso alto, pero también de la experiencia práctica documentada en países tanto de ingreso bajo, medio y alto. Las experiencias observadas a nivel país demuestran que la introducción de parteras licenciadas, educadas, entrenadas, motivadas y respetadas, que trabajan de manera efectiva con otros colegas médicos y de la salud, está asociada con “una rápida y sostenida disminución de la mortalidad materna y neonatal, además de la mejora en la calidad de la atención” (Renfrew, *et al.*, 2014, p. 1130). Por esta razón, en la última década se han incrementado los llamados de especialistas, organismos y agencias internacionales para reforzar la partería profesional en todos los países, a fin de mejorar la disponibilidad de recursos humanos y la atención prestada a las mujeres.

Aunque la importancia de contar con APC ha sido reconocida desde hace más tiempo, hoy la OMS señala con toda contundencia que entrenar parteras y asegurar que los cuidados de emergencia obstétrica estén disponibles las 24 horas, son claves para reducir la mortalidad materna (OMS, 2015a; 2016a; 2016b). Apenas en 2016, la OMS (2016a) publicó *Midwives’ Voices, Midwives’ Realities*, un reporte elaborado a partir de la mayor encuesta global realizada sobre partería, realizado en conjunto con la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y The White Ribbon Alliance. En dicho informe se documentan las voces y experiencias de 2,470 parteras de 93 países, sus necesidades, las barreras a las que se enfrentan y sus frustraciones respecto a la falta de apoyo institucional. El informe enfatiza que la partería es una profesión que debe distinguirse de la enfermería, con regulaciones hechas especialmente para la partería. Considera esencial que las autoridades educativas e investigadores sobre el tema cuenten con el conocimiento suficiente respecto a la profesión y los beneficios de la partería antes de tomar decisiones para mejorar el cuidado de la salud materna (OMS, 2016a).

El Fondo de Población de Naciones Unidas, por su parte, también ha dado un fuerte impulso al desarrollo de la partería en el mundo. El UNFPA estima que cuando las parteras cuentan con la educación y reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales, tienen las habilidades profesionales para proporcionar “el 87% de los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres y recién nacidos” (UNFPA, 2014, p. 46). Por lo que ampliar el acceso de las

mujeres a servicios de partería de calidad se ha convertido en un objetivo central de las acciones mundiales encaminadas al derecho de cada mujer de tener la mejor atención posible de su salud durante el embarazo y el parto (UNFPA, 2011). Asimismo, desde 2011, el UNFPA ha publicado dos ediciones de *El estado de las parteras en el mundo*, que ha permitido conocer la distribución y disponibilidad de personal de partería en múltiples países en desarrollo. En cada reporte incluye, además, una estimación de la necesidad satisfecha de servicios de salud materna y neonatal para cada país participante, lo que permite contar con una radiografía muy completa del desarrollo de la partería en cada uno.

La revista *The Lancet* también ha jugado un papel importante en resaltar la importancia de la partería. En 2014, se publicó *Midwifery*, su primera serie sobre partería, en la que refuerza la evidencia y el impacto positivo que la partería puede tener en la mejora de la salud materna. Otras series esenciales fueron *Maternal Survival (Supervivencia materna)*, en 2006, y *Maternal Health (Salud materna)*, en 2016. En *Supervivencia Materna*, la revista se propuso establecer qué funciona y qué no en materia de reducción de la mortalidad materna, con el objetivo de priorizar las acciones para el cumplimiento de los ODM en 2015 (Campbell y Graham, 2006). De acuerdo con un artículo de Campbell y Graham (2006) publicado en dicha serie, la evidencia disponible demuestra que la mejor estrategia para el cuidado del parto es aquella donde las mujeres deciden parir en centros de salud atendidos por parteras, quienes son respaldadas por un nivel de referencia y trabajan en equipo con otros profesionales. Esta estrategia está centrada en un modelo de atención del parto en centros de salud de primer nivel, correspondiente al modelo 3 de Koblinsky, *et al.* (1999).

La evidencia disponible, de acuerdo con Campbell y Graham (2006), demostraría que ésta es la estrategia más efectiva para reducir la mortalidad materna. El propósito de esta estrategia es mantener la normalidad del proceso de parto, con énfasis en la no intervención y el cuidado oportuno, así como en la preservación de los beneficios psicosociales de una experiencia de parto positiva. De conformidad con esta estrategia, la atención del parto en el primer nivel debe garantizar una atención básica de emergencia y referir las complicaciones médicas a los hospitales de referencia o segundo nivel, los cuales deben estar

habilitados para proporcionar atención integral de emergencia, que incluya intervenciones esenciales para la preservación de la vida, como son la transfusión y la cesárea.

Aunque los hospitales pueden ofrecer una gama más amplia de servicios obstétricos que los centros de salud o las casas de partos en el primer nivel, también se ha demostrado que en los hospitales se incrementa el riesgo de intervenciones médicas innecesarias, lo que provoca que el costo de la atención sea extremadamente alto. Asimismo, pretender que todos los partos en una población sean atendidos por médicos resulta problemático, debido a las limitaciones para lograr un adecuado despliegue y retención de los médicos, así como dificultades de los sistemas de salud para solventar mayores salarios y costos de entrenamiento. Más aún, se ha demostrado que los médicos tienen una tendencia a sobre-medicalizar el parto, además de ser más reacios a aceptar alguna responsabilidad al respecto (Campbell y Graham, 2006).

Por último, en su serie *Salud materna* publicada en 2016, *The Lancet* (2016) asegura tajantemente que aquellos países que han integrado un cuidado basado en la partería, lo que incluye equipos de atención colaborativos en salas de maternidad, centros de atención dirigidos por parteras profesionales (ya sea en primer nivel u hospitales maternos), así como unidades de partería independientes y parto en casa atendido por parteras profesionales, han obtenido los mejores resultados, menores tasas de intervenciones clínicas y menores costos en la atención comparado con otros modelos (Koblinsky, *et al.*, 2016).



En este capítulo se han expuesto algunos de los principales argumentos a favor, no sólo de la atención calificada del parto por parte de personal debidamente acreditado, sino de desarrollar un modelo de atención basado en la partería profesional, con respaldo para atender emergencias obstétricas. Un modelo que en teoría ofrece a los países en desarrollo una opción más costo-eficaz para disminuir la morbilidad materna, así como para mejorar la cobertura, la calidad y la atención del parto por personal con las debidas calificaciones.

CAPÍTULO 3

LA SALUD MATERNA EN MÉXICO Y CHILE

México y Chile son las únicas dos economías de la región de América Latina que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo cual permite tener acceso a una amplia base de datos para su comparación. Pocos países en América Latina, quizás como ningún otro, tienen desarrollada una base tan amplia de parteras profesionales como la de Chile. De igual manera, con excepción de Uruguay y Costa Rica, Chile destaca del resto de Latinoamérica por tener niveles ostensiblemente más bajos de mortalidad materna. Reconociendo la eficacia de su modelo de atención obstétrica y su baja mortalidad materna, comparada con otros países de la región, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó a Chile para alojar al *Centro Colaborador para el Desarrollo de la Partería en América Latina* (OMS, 2016d). Sin embargo, tanto México como Chile casi siempre ocupan alguno de los últimos lugares en indicadores de salud de la OCDE. Esto convierte a Chile en un ejemplo interesante para elaborar un análisis comparativo con la actual política de salud materna de México.

3.1 Características principales de los sistemas de salud

Principales cifras de salud

En materia de salud, México y Chile se encuentran entre los países de la OCDE que gastan menos en salud como proporción de su producto interno bruto (PIB) y cuentan con elevados porcentajes de gasto privado. En México, el gasto total en salud asciende a 6.2% del PIB, mientras en Chile a 7.3%, entre dos y tres puntos porcentuales por debajo del promedio de la OCDE que gasta el 8.9% (ver TABLA 3.1). Sin embargo, las semejanzas entre México y Chile y las diferencias con el resto de los países de la OCDE se acentúan más cuando se observan los niveles de gasto público, el gasto per cápita y el gasto de bolsillo. Aunque a diferencia de Chile, el crecimiento del gasto en salud en México se ha estancado. Mientras en

México el gasto total per cápita anual creció 1.7% en la última década, en Chile aumentó a más de 6% (OCDE, 2015).

El gasto gubernamental en México es de sólo 3.2% del PIB, último lugar de la OCDE junto con Letonia, y considerablemente inferior comparado con el promedio de la OCDE que asciende a 6.5% (OCDE, 2015). Sin embargo, Chile tampoco reporta cifras alentadoras, ya que su gasto es de 3.4% del PIB. El gasto público que ambos destinan también contrasta con el que erogan otros países de América Latina con niveles de desarrollo similar, como Costa Rica, cuyo gasto asciende a 7.4% del PIB; Colombia, 5.2%, y Brasil, 4.4%. Si bien la introducción del Seguro Popular en México permitió incrementar el gasto gubernamental, éste sólo aumentó de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013 (OCDE, 2016a).

TABLA 3.1 OCDE: Gasto en salud en países seleccionados, 2013

País	Gasto, % PIB			Participación del gasto, %	
	Total	Público	Privado	Público	Privado
Estados Unidos	16.4	7.9	8.5	48%	52%
Suiza	11.1	7.3	3.7	66%	33%
Suecia	11.0	9.2	1.7	84%	15%
Alemania	11.0	8.4	2.6	76%	24%
Francia	10.9	8.6	2.3	79%	21%
Japón	10.2	8.5	1.7	83%	17%
Canadá	10.2	7.2	3.0	71%	29%
Portugal	9.1	6.1	3.1	67%	33%
OCDE	8.9	6.5	2.4	73%	27%
España	8.8	6.3	2.5	72%	28%
Reino Unido	8.5	7.0	1.4	83%	17%
Chile	7.3	3.4	3.9	47%	54%
Corea del Sur	6.9	3.8	3.0	56%	44%
Polonia	6.4	4.5	1.9	71%	29%
México	6.2	3.2	3.0	51%	49%
Lituania	6.1	4.1	2.0	67%	33%
Estonia	6.0	4.6	1.3	78%	22%
Letonia	5.3	3.2	2.1	60%	40%
Turquía	5.1	4.0	1.1	78%	22%
<i>Países no miembros</i>					
<i>Costa Rica</i>	9.9	7.5	2.5	75%	25%
<i>Brasil</i>	9.1	4.4	4.7	48%	52%
<i>Sudáfrica</i>	8.9	4.3	4.6	48%	52%
<i>Colombia</i>	6.8	5.2	1.6	76%	24%
<i>Rusia</i>	6.5	3.1	3.4	48%	52%
<i>China</i>	5.6	3.1	2.5	56%	44%
<i>India</i>	4.0	1.3	2.7	32%	68%
<i>Indonesia</i>	2.9	1.1	1.8	39%	62%

FUENTE: OCDE (2015). Datos disponibles en: <<http://dx.doi.org/10.1787/888933281263>>.

No obstante, Chile destaca por ser el país con menor gasto gubernamental como proporción de su gasto total en salud, pues sólo aporta 47% del gasto total, aunque seguido muy de cerca por México con 51%, porcentajes muy inferiores al 73% que promedia la OCDE (TABLA 3.1). En cuanto al gasto de bolsillo, aquel que desembolsan directamente las familias para recibir atención médica, en México representa un 45% del gasto total en salud, mientras en Chile el 33%, dos de los tres porcentajes más elevados de la OCDE que tiene un promedio de 19% (OCDE, 2015).

El promedio de la OCDE en gasto público per cápita es de 2,536 dólares; México y Chile también se encuentran entre los países de la OCDE que menos recursos destinan a este rubro, 536 y 749 dólares por persona, respectivamente. Y aunque los países en desarrollo tienden a gastar menos, el gasto de México es inferior al de otros países de desarrollo similar, como Turquía, 737 dólares; Brasil, 709 dólares; Colombia, 657 dólares, o Sudáfrica, 543 dólares (OCDE, 2015).

De igual manera, México y Chile se ubican en los últimos lugares en número de camas de hospital, con 1.6 y 2.2 respectivamente, todavía lejos del promedio de 3.3 camas de la OCDE (OCDE, 2015). En cuanto a personal de salud, la densidad de médicos en México es ligeramente mayor que en Chile, pero notoriamente menor en enfermeras. Mientras en México hay 2.2 médicos por cada 1,000 habitantes, en Chile hay 1.9 médicos (OCDE, 2015). Sin embargo, en Chile hay 5.6 enfermeras por cada 1,000 habitantes y en México solamente 2.6, una tercera parte de las 9.1 enfermeras que promedia la OCDE (2015).

3.1.1 Sistema de salud mexicano

A diferencia de otros países de la OCDE donde la mayor parte del sistema de salud se estructura horizontalmente (OCDE, 2016), el mexicano se caracteriza por su composición fragmentada y segmentada. Se encuentra dividido en múltiples subsistemas verticalmente integrados, donde cada subsistema opera como un sistema en sí mismo, cada uno con sus propias clínicas y hospitales, y los tres ámbitos de atención. Otra característica distintiva es que el acceso a la seguridad social está condicionado a la formalidad en el empleo, cuyo financiamiento proviene de los empleadores, los trabajadores y el Gobierno Federal. El Sistema

Nacional de Salud (SNS) se compone, entonces, de las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA), de los servicios privados de salud y de la Secretaría de Salud (SSA) que depende del gobierno federal, cuya función principal es la rectoría de todo el sistema, aunque mantiene la operación de los servicios de salud de tercer nivel para la población no cubierta por los otros subsistemas. De acuerdo con la OCDE, la fragmentación y las duplicidades no sólo generan profundas ineficiencias en el sistema de salud mexicano, también elevan considerablemente el costo administrativo, el cual alcanza hasta un 8.6% del gasto total en salud, el más alto para un país de la OCDE (OCDE, 2016).

En los reportes de la OCDE, México presenta una cobertura de 98.9% total en salud, la cual resulta de sumar 91.6% de cobertura pública y 7.3% de cobertura privada (OCDE, 2015). En los últimos años, México ha dedicado enormes esfuerzos para incrementar la cobertura de los servicios de salud, especialmente a partir de la introducción del Seguro Popular (SPPS). En 2012, México alcanzó teóricamente la cobertura universal en salud (Presidencia de la República, 2012), pero la cobertura teórica no corresponde necesariamente con la realidad. Ese mismo año, la Medición de la Pobreza elaborada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2017) arrojó que 21.5% de la población reportaba no tener acceso a servicios de atención de la salud, contradiciendo el anuncio oficial. A pesar de que esa cifra se redujo a 15.5% en 2016, unos 19.1 millones de mexicanos aún no cuentan con acceso real a la salud. Esa cifra también es similar a la que reporta la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, que estima que 13.4 de la población aún no cuenta con protección en salud (SSA e INSP, 2017; Presidencia de la República, 2017a)

A la confusión respecto a la cobertura en México hay que sumar las duplicidades y la metodología empleada por las instituciones de seguridad social para contabilizar a sus beneficiarios. Debido a la naturaleza segmentada del sistema de salud, una persona puede estar afiliada a más de una institución de salud y ser contada dos o hasta tres veces (OCDE, 2016). Asimismo, tanto el IMSS como el ISSSTE toman como base para su padrón el número de trabajadores,

pensionados y jubilados que son derechohabientes registrados, más un estimado de familiares dependientes. Esto dio como resultado que los derechohabientes del IMSS (61.9 millones), ISSSTE (13.0 millones) y afiliados al SPPS (57.1 millones) sumaran aproximadamente 132 millones en 2015 (Presidencia de la República, 2017b), una cifra que superó a la propia población mexicana, que en ese año se estimó en 121 millones de habitantes (CONAPO, 2015). Esta cantidad podría ser incluso más alta si se contabilizara a los beneficiarios de otras instituciones como PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS-Prospera y otros sistemas estatales, entonces la cobertura en salud rebasaría los 138 millones de personas (OCDE, 2016).

TABLA 3.2 Población usuaria de servicios de salud pública ^{1/}

(Miles de personas)

Concepto	2000		2015	
	Usuarios	Cobertura	Usuarios	Cobertura
Población no asegurada	37,403	37.1%	46,936	38.8%
Secretaría de Salud	26,478	26.2%	34,277	28.3%
IMSS-Prospera ^{2/}	10,925	10.8%	12,167	10.1%
Universitarios	-	-	492	0.4%
Población asegurada	39,663	39.3%	54,968	45.4%
IMSS	29,979	29.7%	43,989	36.4%
ISSSTE	7,203	7.1%	8,882	7.3%
PEMEX	647	0.6%	654	0.5%
SEDENA	489	0.5%	719	0.6%
SEMAR	155	0.2%	294	0.2%
Estatales	1,189	1.2%	430	0.4%
Población usuaria	77,066	76.4%	101,904	84.2%
Población total	100,896	100.0%	121,006	100.0%

1/ Población que demandó servicios médicos al menos una vez al año. La suma de los parciales puede no coincidir con los totales debido al redondeo.

2/ Hasta septiembre de 2014 este programa se denominó IMSS-Oportunidades.

p/ Cifras preliminares al mes de diciembre.

FUENTE: Presidencia de la República (2017b); Secretaría de Salud.

La cobertura financiera de los servicios públicos de salud en México podría estar más cercana al 84.2% de la población, comparada con la estimación que realizó la OCDE (2015) de 91.6%. Esta cifra proviene del registro de usuarios que demandaron servicios de salud al menos una vez durante el último año y se compara de manera similar con (Presidencia de la República, 2017b). Sobre la cobertura de la seguridad social y en contradicción con las cifras del IMSS e ISSSTE, la propia Secretaría de Salud reconoce que los derechohabientes reales ascienden a sólo 45% de la población (SSA, 2016), el equivalente a 55 millones de personas, y no los 75 millones que IMSS e ISSSTE estiman como derechohabientes

(Presidencia de la República, 2017b). Considerando cifras corregidas y sin duplicaciones, González y Martínez (2015) coinciden que la protección financiera cubre a sólo el 84% de la población. Sin embargo, México no sólo enfrenta el reto de garantizar servicios de salud a la población que aún no cuenta con ella, también tiene como tarea pendiente elevar la calidad de los servicios.

Ley General de Salud

Es la ley reglamentaria del artículo cuarto constitucional, en el cual se establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (CPEUM, 2017, art. 4). Fue publicada en 1984, norma al SNS y a sus partes integrantes, establece sus objetivos y define las competencias que le corresponden, tanto a la autoridad federal como a las entidades federativas. Desde su publicación, se han llevado a cabo diversos cambios y actualizaciones relevantes, uno de estos cambios es el que dio paso a la creación del Seguro Popular con el objetivo de garantizar “el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud” de las familias que no sean derechohabientes de la seguridad social u otros servicios de salud (Cámara de Diputados, 2016).

Entre las competencias que la Ley General de Salud (LGS) otorga a la autoridad federal, se cuentan la definición de la política nacional, las normas oficiales de prestación de servicios en todo el territorio, la observancia de su cumplimiento, así como la promoción y orientación de las acciones que los estados deben realizar en la materia. A cargo de las autoridades estatales queda la organización y operación de los servicios dentro de su ámbito territorial, como es el caso de la atención materno-infantil. La LGS considera, además, que la atención materno-infantil es materia de salubridad general y establece su carácter prioritario. Dentro de la LGS, se dedica, además, un capítulo completo a la protección materno-infantil y a la promoción de la salud materna.

La definición de la política nacional y la creación de los programas específicos en materia de salud materno-infantil corren a cargo de la SSA, destacando el papel que juega el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

(CNEGSR), creado en 2003, y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA; aun cuando todos los servicios estatales de salud poseen un margen de autoridad para definir sus propios planes y políticas, y cada uno cuenta con sus propios programas de salud materno-infantil, los cuales no siempre se encuentran alineados a la política establecida por la autoridad federal (CONEVAL, 2012). De acuerdo con el CONEVAL (2012), a partir de la descentralización total de los servicios de salud, la SSA ha enfrentado el reto de diseñar e implementar programas y políticas de alcance nacional que no siempre son observados por todos los integrantes del sistema de salud.

Descentralización de los servicios de salud

En 1983, el gobierno mexicano puso en marcha la descentralización de los servicios de salud para delegar en los estados la responsabilidad de atender a la población abierta. La crisis que afectó a México a principios de la década de los ochenta impulsó al gobierno en turno a emprender una serie de reformas de ajuste estructural dirigidas a descentralizar los servicios esenciales con el objetivo de reducir el gasto central y dotar de mayor eficiencia y pertinencia territorial a la provisión de éstos. Como parte de estos cambios, se reformó la Constitución y se estableció el derecho a la protección de la salud (artículo 4º). En los primeros años, la descentralización fue parcial y sólo algunos estados estuvieron en capacidad de llevarla a cabo. Tras un arranque con resultados mixtos y una prolongada pausa que se extendió más de diez años, el proceso de descentralización entró a su fase final con la firma del Acuerdo de Descentralización de 1996 firmado entre el gobierno federal, los gobiernos locales y el sindicato de trabajadores de la SSA. Dicho proceso se dio por concluido en 1999, cuando Chihuahua se convirtió en la última entidad federativa en firmar el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud (Homedes y Ugalde, 2008).

El Seguro Popular

El fortalecimiento del federalismo en materia de salud recibió su mayor impulso en 2003, con la creación del Seguro de Protección Social en Salud (SPPS), mejor conocido como Seguro Popular. De acuerdo con uno de sus artífices, Julio Frenk Mora, el SPPS nació para proteger a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral, a los trabajadores no asalariados y a los desempleados, así como a sus familias, quienes ascendían a la mitad de la población mexicana (Frenk, 2003).

A junio de 2017, 53.3 millones de personas se encontraban afiliados al SPPS (Presidencia de la República, 2017a). Éste seguro no nació como una nueva institución de salud, fue diseñado y concebido como un vehículo financiero para reforzar, a nivel de los estados, la contratación de médicos, la adquisición de equipamiento y la construcción de nuevas instalaciones, garantizando para sus afiliados la provisión de medicamentos (Frenk, 2003), donde los servicios son provistos por la red hospitalaria de los Servicios Estatales de Salud. Al ser concebido como un esquema de protección básica, inicialmente se integraron 78 intervenciones médicas, y en la medida que los recursos del SPPS crecieron se fueron cubriendo más de éstas, hasta alcanzar las 287 intervenciones de salud en la actualidad (Presidencia de la República, 2017a). Y aunque fue concebido para reducir el gasto privado y de bolsillo, el SPPS no ha logrado cumplir este objetivo. De acuerdo con la OCDE (2016), el 45% del gasto en salud es pagado directamente por los pacientes, lo que convierte a México en el país con el mayor gasto de bolsillo de la OCDE, que promedia un 19%.

Hacia la universalización de los servicios de salud

A casi 35 años de haber emprendido la descentralización de los servicios de salud, el gobierno mexicano ha hecho un reconocimiento explícito de la necesidad de revertir la segmentación de la atención en múltiples subsistemas de salud. Se reconoce que ésta ha limitado el acceso efectivo y constituye el origen y fuente principal de la inequidad en el sistema de salud (Gobierno de la República, 2016). El actual diseño del sistema público de salud ha impedido una mayor eficiencia del gasto y un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en los diferentes niveles de atención, además de no lograr la anhelada cobertura universal de la

salud, especialmente en las regiones del país con mayores niveles de marginación y dispersión poblacional. Por este motivo, en 2016, el gobierno mexicano emprendió el primer paso hacia un nuevo proceso que tiene como objetivo la universalización de los servicios de salud y la consolidación de un sistema más homogéneo y mejor integrado. Con la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y tres entidades federativas, se pretende lograr la universalización gradual en la prestación de los servicios de salud. El acuerdo prevé la incorporación de 715 intervenciones que darán lugar a la elaboración de convenios específicos de colaboración en cada una de las entidades federativas, lo que permitirá redefinir los mecanismos de coordinación para garantizar el uso racional de los recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria, la determinación de estándares de calidad y el óptimo desempeño de los recursos humanos, a fin de hacer efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población, esto independientemente de su edad, lugar de residencia o condición social o laboral y sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad (Gobierno de la República, 2016).

3.1.2 Sistema de salud chileno

Chile es considerado, frecuentemente, como un innovador regional en sistemas de salud. De acuerdo con Bossert y Leisewitz (2016) fue uno de los primeros países de América Latina en adoptar un modelo “bismarckiano” de seguridad social. En 1952 creó el Servicio Nacional de Salud, basado en el Sistema Nacional de Salud británico (NHS), con sólo cuatro años de diferencia. También estableció una cotización obligatoria mensual previsional del siete por ciento sobre el sueldo de todos los asalariados. A diferencia de México, Chile no creó una institución dedicada a la provisión de la seguridad social, en lugar de ello procuró el financiamiento a los servicios públicos y, posteriormente, incorporó el acceso a clínicas privadas. A principios de los años ochenta, el sistema de salud era predominantemente público, aunque algunos de los usuarios de mayores ingresos ya podían utilizar ‘vouchers’ del gobierno para cubrir parte de los costos de la atención privada.

Durante el gobierno de la dictadura militar (1973-1990) fue impulsado un conjunto de reformas para transformar el sistema de salud en un sistema de carácter mixto, compuesto de dos sectores, uno público y otro privado (Pollack, 2002). Estas reformas, impulsadas a finales de los setenta y comienzos de los ochenta, estaban dirigidas a promover la atención privada de la salud bajo una lógica de mercado. Fue así que el nuevo modelo brindó a los trabajadores la libertad de elegir entre la atención pública o la privada, y les permitió utilizar el siete por ciento de su cotización obligatoria para contratar un seguro de salud privado. Actualmente, el sector público cubre al 80% de la población, un 70% está cubierta por los servicios regionales y municipales, otro tres por ciento por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el siete por ciento restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan pero que, en caso de requerirlo, utilizan los servicios públicos pagando una contraprestación. El sector privado, por su parte, está constituido por las llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapre) cubren al 17.5% de la población, aproximadamente (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011).

El Ministerio de Salud (Minsal), al igual que la Secretaría de Salud en México, ejerce la rectoría del sector y tiene la atribución exclusiva de establecer las políticas, planes y normas de acuerdo con las directivas del gobierno y las reglas del Código Sanitario. Adicionalmente, su tarea fundamental es supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) y la Superintendencia de Salud (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011).

Descentralización y reforma de los servicios de salud

Años antes de que México pusiera en marcha la descentralización de sus servicios de salud, en 1979, Chile optó por desconcentrar y regionalizar su sistema de salud. Desde 1974, las regiones son las máximas unidades administrativas en las que se divide el país y están gobernadas por un intendente nombrado por el jefe del Ejecutivo. Congruente con la política de regionalización impulsada por la Junta

Militar, el Decreto Ley N° 2.763 de 1979 desapareció el Servicio Nacional de Salud y creó en su lugar los Servicios de Salud que darían atención en las 13 regiones administrativas que existían a la fecha. Actualmente, Chile cuenta con una red de 29 Servicios de Salud distribuidos en las 15 regiones existentes, lo que constituye el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011). Los Servicios de Salud son la columna vertebral del sistema de salud chileno y por decreto son considerados los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud, además asumieron los mismos derechos y obligaciones que éste tenía dentro de su ámbito territorial (Decreto Ley 2.763, 2004). Cada uno de los Servicios de Salud está constituido como un organismo público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, supeditado a la vigilancia del Minsal y a las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe. Para el financiamiento del Servicio Nacional de Salud se creó el Fonasa, que tiene entre sus funciones recaudar, administrar y distribuir los recursos que provienen del presupuesto público, de las cotizaciones de los trabajadores y de las contribuciones, en modalidad de un copago que deben realizar los afiliados y sus familias por las prestaciones y atenciones recibidas.

Un año más tarde, en 1980, se llevaron a cabo diversas reformas para descentralizar la atención primaria de la salud (APS) lo que dio pie a la conformación de un sistema municipal de Atención a la Salud. En Chile, la APS es considerada la puerta de entrada al sistema de salud y está basada, en teoría, en un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, 2014). La transferencia de responsabilidades, infraestructura de salud y el personal correspondiente fue un proceso gradual que se llevó a cabo entre 1981 y 1988 (ILPES, 1995). A partir de dicha transferencia, las autoridades municipales asumieron los servicios bajo la supervisión del Minsal, obligadas a cumplir las normas técnicas que éste dictara para su funcionamiento. Aunque sus principales usuarios también son beneficiarios del Fonasa, éste no realiza aportaciones al sistema APS, el financiamiento proviene de la recaudación municipal y de las transferencias que hace el gobierno central. Este financiamiento opera a través de una asignación per cápita calculada con base en el costo de un Plan de Salud Familiar que incluye un

paquete básico de prestaciones pactado con los municipios, el cual considera el volumen de la población registrada, sus características socioeconómicas y la cantidad de servicios prestados (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011). Esto garantiza, en teoría, una asignación equitativa en todos los municipios.

De acuerdo con Bossert y Leisewitz (2016) la municipalización de la salud permitió mejorar la equidad entre las municipalidades ricas y pobres, en términos de transferencias del presupuesto central y de los impuestos locales recaudados para el funcionamiento de las unidades médicas. Si bien la municipalización no ha resuelto por completo los problemas de inequidad, financiamiento, recursos e integración con la red de atención (segundo y tercer nivel de atención), el consenso es que la APS en Chile ha funcionado satisfactoriamente (OPS/OMS y Minsal, 2011).

Otro cambio significativo fue que en 1981 se creó un sistema privado de seguros de salud, mejor conocido como Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Si en el sector público el Minsal controla el gasto a través del Fonasa, las Isapre se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados en el sector privado. Este esquema representó un poderoso estímulo al desarrollo de la medicina privada, que en su mejor momento llegó a cubrir al 26% de la población (Bossert y Leisewitz, 2016). Actualmente se reportan 13 Isapre en operación, las cuales ofrecen diferentes planes a los afiliados y sus familias. Los seguros privados generalmente otorgan mayores privilegios que los que ofrece Fonasa, aunque a un mayor costo para sus beneficiarios quienes tienen que financiarlos con cotizaciones suplementarias (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011).

Plan AUGE

La transición a la democracia no generó transformaciones importantes en el funcionamiento del modelo de salud, salvo algunas modificaciones que en términos generales buscaron mejorar la supervisión, sostenibilidad y calidad de los servicios. Uno de estos cambios fue que en 1994 Fonasa dejó de ser una agencia puramente de administración de recursos para convertirse en un Seguro Público de Salud (OPS/OMS, 2008). En enero de 2005 se presentó otra modificación, pues

se puso en marcha el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), el cual asegura el acceso oportuno a servicios de calidad para 80 problemas de salud, entre los que destacan padecimientos como el cáncer infantil, el cáncer de mama, las leucemias, los trastornos isquémicos del corazón, el VIH/sida y la diabetes (Superintendencia de Salud, 2017). El Plan AUGE o Régimen General de Garantías en Salud, de acuerdo con la Ley número 19.966 (2004), prevé condiciones de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. La incorporación de nuevas enfermedades se realiza a partir de su importancia sanitaria, la efectividad del tratamiento, el impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas. El Fonasa y las Isapre, están obligadas por igual a asegurar dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, en los términos de calidad establecidos por la Superintendencia de Salud que depende del Minsal. Aunque el plan establece plazos máximos para la entrega de estas prestaciones, así como un techo de copago por año para evitar gastos catastróficos, los enfermos deben seguir ciertas reglas respecto al tratamiento y no tienen derecho a elegir los establecimientos en los que serán atendidos, los cuales son definidos por el Fonasa y las Isapre (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011).

3.2 Políticas de salud materna

En los años cincuenta y sesenta, Chile enfrentaba una dramática situación de mortalidad materna e infantil que obligó a las autoridades a tomar un conjunto de medidas dirigidas a disminuirlas. La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 dio un gran impulso al fomento y la protección de la salud materna e infantil (Szot, 2003). Al poco tiempo se creó el Programa de Salud Materno Infantil (PMI), que en lo sustantivo ha sabido continuar lo emprendido hace más de 60 años (OPS/OMS, 2008). Desde su creación, el PMI se concentró en cinco líneas de acción: “la atención profesional del parto; el incremento del control prenatal; la implementación de programas de alimentación complementaria dirigidos a madres, nodrizas y lactantes; la implementación del plan de planificación familiar, y la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar (Zárate y Godoy, 2014).

Más recientemente, en 1994, el Ministerio de Salud decidió transformar el tradicional PMI en el actual Programa de Salud de la Mujer, al cual se incorporaron aspectos de salud no reproductivos, pero sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo que ya habían alcanzado excelentes resultados (Minsal, 1997).

México, en cambio, no contó con un programa de salud materna tan emblemático como ocurrió en el caso chileno. Históricamente, una importante proporción de la población mexicana se encuentra dispersa en áreas remotas de difícil acceso y muy alejadas de los centros urbanos, lo cual dificulta la provisión de servicios esenciales. A lo largo del siglo XX, los esfuerzos se concentraron en ampliar la cobertura y llevar servicios de salud a todo el territorio nacional. Algunas de las iniciativas que buscaron ampliar la cobertura de atención médica en las comunidades rurales e indígenas, con un importante componente de atención materno-infantil, fueron el Programa de Bienestar Social Rural, creado en 1954 (Dirección Coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural, 1959), que en 1973 se transformó en el Programa de Solidaridad Social en favor de los Grupos Marginados (INMUJERES, 2011), el cual fue precursor inmediato del Programa IMSS-Coplamar de 1979 (Frenk, 1983), que es el antecedente directo del actual IMSS-Prospera, mismo que a lo largo de los años ha cambiado de nombre en numerosas ocasiones.

En los años setenta, de acuerdo con Lerner y Szasz (2008), se impulsaron el Programa Nacional de Planificación Familiar y el Programa Nacional de Salud Materno Infantil, los cuales sentaron las bases de una política demográfica orientada principalmente al control de la natalidad y cuyos objetivos eran también “mejorar las condiciones de salud materno-infantiles” (Abrantes Pêgo y Pelcastre Villafuerte, 2008). Más adelante, en 1984, se creó el Programa Nacional Mujer y Salud (Pronamusa) con objetivos similares y que involucró al IMSS, al ISSSTE y al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En 1996 fue publicado el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996), el cual planteó el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La historia de la política de salud materna de México, como puede verse, se ha caracterizado por su heterogeneidad y por la multiplicidad de esfuerzos interrumpidos, así como

por la implementación de programas que son abandonados cada inicio de sexenio, situación que se acentuó tras la descentralización de los servicios de salud.

La política de salud materna, como en muchas otras áreas del desarrollo, es un reflejo más de la falta de consistencia de las políticas públicas de México. Tragedia que ha sido institucionalizada en la Ley de Planeación vigente, que obliga a cada gobierno a promulgar nuevos programas sectoriales y a reinventarse de nuevo cada seis años, lo que conduce a diseñar, ajustar y armonizar una vez más todos los programas específicos, independientemente de si éstos tenían buenos resultados o no. El desarrollo de la política de salud materna también es reflejo, naturalmente, de un sistema de salud fragmentado y segmentado como el mexicano.

3.2.1 Programas y acciones de política en México

Previo a la publicación de la Ley General de Salud (2017), no existía un organismo u oficina que coordinara o concentrara los esfuerzos para el estudio de la mortalidad materna. Tras su publicación en 1984, la ley mandató en su Artículo 62 la promoción de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar dicho problema, así como adoptar las medidas conducentes, pero fue hasta 1988 que se instaló la Dirección General de Atención Materno Infantil (DGAMI), que tenía entre sus funciones “la conducción de las políticas públicas para el estudio y la disminución de la mortalidad materna”. De acuerdo con Delgado Lara (2012), la DGAMI coordinó a partir de 1991 la operación del Comité Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal y la instalación de comités de Mortalidad Materna y Grupos de Estudio de la Mortalidad Perinatal en todos los hospitales públicos del país. Otro momento clave fue que en 1994 se publicó la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-1993), que permitió contar con un instrumento homogéneo que estableció criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales, la cual estuvo vigente hasta que fue actualizada en 2016. Sin duda, los esfuerzos de política pública para mejorar la salud materna en México tuvieron su mayor impulso a partir de los compromisos

adquiridos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 y en la Cumbre del Milenio del año 2000.

Dichos compromisos internacionales colocaron en la agenda pública la urgente necesidad de reducir la mortalidad materna y diseñar una política nacional de largo alcance. Pero no bastó con reconocer los problemas de atención y las elevadas tasas de mortalidad en nuestro país, a esta realidad se sumó la necesidad de eliminar, primero, el alto subregistro de fallecimientos maternos para conocer mejor el fenómeno y enfrentar el reto que significaba cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015. Contar con información adecuada y oportuna sobre mortalidad materna resultó indispensable para evaluar y planear las políticas públicas dirigidas a la mejora de la salud materna (SSA, 2015).

Previo a la aparición de los ODM, en México no se realizaba un seguimiento sistemático de las muertes maternas, por lo que el subregistro era un hecho frecuente. Entre 1995 y 2000, diferentes agencias internacionales estimaron que el subregistro a nivel nacional era de 33% o mayor (SSA, 2005), y a nivel local, otros ejercicios realizados en los años noventa determinaron que el subregistro alcanzó entre un 10% y 50%, dependiendo de la región del país que se tratara (Lozano, Nuñez, Duarte y Torres, 2005). Ante la dificultad de establecer con precisión el número de muertes maternas, la Dirección General de Información en Salud (DGIS), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), junto al entonces recién creado Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), emprendieron en 2003 un estudio piloto en nueve entidades federativas que llevó a la recuperación inmediata de 54 defunciones maternas que no habían sido clasificadas de manera correcta, lo cual confirmó la presencia de la errónea clasificación de las muertes maternas por efecto de un registro inadecuado de las causas. Esto marcó que nuestro país iniciara una búsqueda intencionada de decesos maternos clasificados incorrectamente, tomando como base los registros de 2002 (SSA, 2009a). Las conclusiones de este estudio derivaron no sólo en el diseño de una nueva generación de políticas públicas que permitieron disminuir la muerte materna en México, dieron paso al establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica que registra de manera

oportuna las defunciones maternas. La información resultante se integra a partir de tres procesos: 1. notificación inmediata y obligatoria de cada muerte materna; 2. investigación, documentación y análisis de los casos confirmados, y 3. búsqueda Intencionada y reclasificación de las muertes maternas (Presidencia de la República, 2013). Previo a este esfuerzo, la estadística oficial estimaba la razón de mortalidad materna (RMM) de 1990 hasta un 40% (SSA, 2011a). La mejora del registro de muertes maternas marcó un antes y un después en el estudio de la mortalidad materna en México y ha sido, muy probablemente, la acción de política pública más efectiva realizada hasta el momento por las autoridades de salud, gracias a lo cual, México se ha convertido en uno de los pocos países cuyas cifras de mortalidad materna no requieren ser corregidas por un factor de ajuste (OMS, 2015b; Presidencia de la República, 2015). La vigilancia epidemiológica resultante y la verificación de los establecimientos con casos de muerte materna ha permitido, además, mejorar la evaluación y rendición de cuentas en los centros de salud, así como hacer progresos en la práctica clínica y la prevención de casos de muerte materna (SSA, 2011b).

A continuación, se hace un breve repaso de algunos de los principales programas y acciones de política emprendidos a nivel nacional entre 2000 y 2015:

Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV). Fue creado en 2001 para atender los desafíos de salud materna (INSP, 2006; SSA, 2008). Alcanzó el rango de obligatoriedad general mediante acuerdo del Consejo de Salubridad General de noviembre de 2004 con el propósito de normar la actuación de los Servicios Estatales de Salud (SESA) en la materia. Como parte de sus objetivos se estableció el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal, la reducción de las brechas en la salud materna e infantil entre las entidades federativas y municipios de menor desarrollo, así como la mejora en el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado y el incremento en la capacidad resolutoria de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (CONEVAL, 2012). En 2007 se convirtió en el Programa de Salud Materno Perinatal (SMP). No estaba sujeto a reglas de operación a través de las cuales se

definieran exhaustivamente las poblaciones y áreas geográficas objetivo o componentes de la acción. Aunque su órgano rector fuera el CNEGSR de la Secretaría de Salud, su implementación quedó a cargo de varias instituciones y unidades administrativas que conforman el SNS, como Unidades Médicas Móviles, los SESA y el SPSS (Save the Children, 2015).

Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México (BIRMM). Se diseñó tomando como base el método RAMOS modificado (Reproductive Age Mortality Survey), mediante el cual la BIRMM ha permitido “rescatar” anualmente para la estadística oficial entre 10% y 30% de fallecimientos que inicialmente no se reconocían como maternos (SSA, 2013). Y no sólo posibilitó corregir en buena medida la mala clasificación del fenómeno, también le otorgó credibilidad internacional a la información sobre mortalidad recabada en nuestro país. Este estudio especializado conducido por México, permitió el reconocimiento del Grupo Interagencial encargado de la estimación de la mortalidad materna en el mundo (Presidencia de la República, 2015), conformado por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, quienes a partir de 2015 dejaron de aplicar un factor de ajuste a las cifras reportadas por México (OMS, 2015b). Como parte de la implementación de la BIRMM se establecieron la notificación inmediata, documentación, análisis y dictamen de los casos confirmados por los grupos y comités estatales de mortalidad materna, a fin detectar eslabones críticos y determinar las medidas de prevención desde los niveles locales (SSA, 2009a), y se generó un manual de procedimientos de la BIRMM de observancia obligatoria en todo el país, en el cual se asienta que todas las defunciones maternas confirmadas, probables o sospechosas de serlo, deben ser estudiadas conforme a lo dispuesto en el citado manual (SSA, 2013).

Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social 126. Se puso en marcha en 2006, con el propósito de normar la atención de mujeres referidas por complicaciones obstétricas en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del régimen obligatorio del IMSS desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades (hoy IMSS-Prospera), el cual está dirigido a población vulnerable sin capacidad contributiva, en extrema pobreza y

profunda marginación, mediante un esquema de pagos cruzados al IMSS de régimen ordinario que no afecten las finanzas institucionales ni las cuotas obrero-patronales (IMSS, 2006).

Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012). Se puso en marcha en 2007 y tomó en cuenta que la planificación familiar y la anticoncepción son las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil. Fue definido como un programa estratégico y prioritario, y tenía como objetivos prevenir los embarazos no deseados y de alto riesgo, como el embarazo adolescente, los abortos provocados en condiciones de riesgo, la disminución del riesgo de mortalidad perinatal e infecciones de transmisión sexual (CONEVAL, 2012).

Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). Se establecieron de manera anual desde 2007 entre la SSA y las secretarías estatales de salud con el objeto de normar la ministración o reparto de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública dentro de las entidades federativas, definiendo las asignaciones presupuestales de los programas que se encuentran bajo la rectoría de la SSA (CONEVAL, 2012). En estos acuerdos se incluyeron todos los programas relacionados con la atención en salud materna y perinatal, sexual y reproductiva (AFASPE, 2017).

Embarazo Saludable. Fue un programa de acción específico promovido en 2008 para disminuir las barreras de acceso y reducir el gasto de bolsillo de las mujeres embarazadas a través de su afiliación al Seguro Popular. No obstante, éste no garantizaba la gratuidad porque de todas formas se mantenía el requisito de realizar un estudio socioeconómico para determinar si debía o no pertenecer al régimen contributivo (Castañeda y Meneses, 2010). Además, sólo se previó la cobertura de 20 intervenciones médicas relacionadas con la atención materna-infantil incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular (CONEVAL, 2012).

Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (EIARMM). Fue puesta en marcha en 2009 por el gobierno federal para hacer frente a una mortalidad materna que se estimaba elevada y sin una tendencia a la baja sostenida (SSA, 2009b). Su objetivo era brindar atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de la prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas (Castañeda y Meneses, 2010). Se empleó la metodología de marco lógico para su diseño, a fin de apuntar hacia el logro de resultados y contó con una batería de más de 30 indicadores de seguimiento. La matriz estableció como fin contribuir al cumplimiento del Objetivo 5 de los ODM para 2015. Con esta estrategia se buscaba reducir en 40% la mortalidad materna entre 2006 y 2012, sin embargo, el resultado en dicho periodo fue de sólo 17% (SIODM, 2017a). Ésta tenía como objetivo superar los factores que condicionaban las tres demoras en la atención de la emergencia obstétrica a partir del modelo teórico de Maine, concentrándose en el primer y segundo nivel de atención, a saber: 1) retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención; 2) retardo en llegar a un establecimiento adecuado, y 3) retardo en recibir un tratamiento adecuado. También se estableció la importancia de priorizar estratégicamente el abatimiento de la tercera demora, posteriormente la segunda y, finalmente la primera.

En el planteamiento de dicha estrategia se buscó poner énfasis en la necesidad y urgencia de un cambio de paradigma para pasar de un enfoque de riesgo a uno de atención obstétrica de emergencia que permitiera transitar de un modelo de parto profesionalizado a uno que fuera profesionalizado y humanizado. Recomendó la inclusión de profesionales alternativos como parteras profesionales y enfermeras obstetras, especialmente para la atención en el ámbito rural; además, reconocía la presencia de obstáculos para una atención de calidad y oportuna: la baja calidad de la atención médica; sobresaturación de servicios en segundo nivel y baja atención en el primer nivel; inaccesibilidad física, financiera y cultural de los servicios de salud, y condiciones de inequidad de género, étnicas y un disminuido ejercicio de los derechos. Señaló, de manera particular, la importancia de

reforzar el primer nivel de atención, por lo que consideró el desarrollo de habilidades específicas para la atención primaria de la emergencia obstétrica, el manejo de antibióticos, anticonvulsivantes, analgésicos y oxitócicos por vía intravenosa, así como estrategias muy claras de referencia de la mujer a un segundo nivel de atención en caso de que la emergencia no pudiera ser controlada en el primer nivel. Esta estrategia de referencia evitaría que los servicios hospitalarios se vieran saturados por la atención de partos normales, que podrían ser atendidos por parteras profesionalizadas o por médicos desde el primer nivel (SSA, 2009b).

Convenio Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica entre la SSA, el ISSSTE y el IMSS. Lo firmaron las principales instituciones proveedoras de salud en 2009, y se mantiene vigente a la fecha. Tiene el objetivo de atender a todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica en cualquier unidad médica de las instituciones participantes sin que se les discrimine por el estado de su afiliación, a través de un esquema de pagos cruzados entre instituciones. Esto no implica que las mujeres en situación de parto normal puedan atenderse en la unidad médica de su elección, con excepción de la emergencia obstétrica, éstas seguirán buscando la atención en la institución a la que se encuentren afiliadas (CONEVAL, 2012).

Estrategia Prioritaria 2011-2012. Se presentó en el marco del Consejo Nacional de Salud, en sesión del 9 de diciembre de 2010. Enuncia una serie de medidas para ser implementadas en dicho periodo, entre las que destacan campañas de difusión informativas; poner en marcha medidas permanentes y obligatorias, así como enfrentar la emergencia obstétrica en todas las unidades médicas del país; promover el cero rechazo y desalentar la referencia de casos; disminuir las cesáreas innecesarias y evitar la cesárea en primigestas; capacitar al personal en emergencias obstétricas; reforzar la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica y de la preeclampsia/eclampsia; también, impulsar la formación y empoderamiento de parteras profesionales, especialmente en lugares de difícil acceso médico; disposición oportuna de sangre y hemoderivados;

reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica; la notificación obligatoria de la muerte materna, entre otras (CONEVAL, 2012).

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

Fue presentado en diciembre de 2014 como el instrumento de la política nacional de salud que contribuiría a reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna para el cumplimiento de dos de los ocho ODM (SSA, 2014a), pero su aparición tardía le restó efectividad para lograr dichos objetivos. El Programa de Acción Específico (PAE) constituye una ampliación de las acciones previstas en el Plan Sectorial de Salud (PROCESA) publicado en 2013, mismo que en materia de salud materna estableció una meta sexenal de reducir la RMM a 30.0 para 2018. Cabe señalar que en México los planes sectoriales son instrumentos de planeación derivados del Plan Nacional de Desarrollo, considerados de observancia obligatoria para todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

El objetivo principal del PAE es lograr que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento. A diferencia de otros programas previos, el PAE busca poner mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutive de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, así como facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes. Para lograrlo, el PAE establece dos objetivos centrales: 1) propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; 2) contribuir a reducir la morbimortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo. Asimismo, propone un conjunto de estrategias y líneas de acción que se derivan de estos objetivos para lograr su cumplimiento, y para darle seguimiento a éstos, el Programa cuenta con una batería de seis indicadores

y sus respectivas metas a cumplir en 2018. El PAE identifica, de manera adicional, una serie de retos a enfrentar durante su periodo de vigencia: 1) acceso universal, 2) mejora de la calidad de atención, 3) recursos humanos calificados, 4) infraestructura e insumos, e 5) información estratégica (SSA, 2014a).

Para responder a estos retos enuncia una serie de prioridades y las califica como intervenciones de impacto. A fin de lograr el acceso universal, por ejemplo, señala la necesidad de reorganizar el modelo de atención del parto institucional con el propósito de que se desarrolle con pertinencia cultural, crear y fortalecer redes obstétricas de atención hasta el puerperio, asegurar el acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO), la integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI). Para mejorar la calidad de la atención, se plantea que la atención obstétrica de bajo riesgo se realice en el primer nivel de atención y la emergencia obstétrica en el segundo nivel, que sólo se practiquen cesáreas necesarias, y que la referencia y contra referencia se realice de manera efectiva. En materia de recursos humanos calificados, establece la importancia de contar con capacidad suficiente de personal profesional para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio seguro y respetuoso las 24 horas y 365 días del año, así como formación, capacitación y actualización de personal en obstetricia, parto seguro y emergencias obstétricas y neonatales (SSA, 2014a).

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Con el objetivo de hacer frente a las altas tasas de fecundidad que persisten entre las adolescentes mexicanas, en enero de 2015 se presentó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, a fin de reducir el número de embarazos entre mujeres de 10 a 19 años de edad. La estrategia reconoce que el embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y es el grupo de edad que menos ha disminuido su tasa de fecundidad en los últimos 40 años (Gobierno de la República, 2015). La ENAPEA está diseñada bajo un enfoque intersectorial que involucra la participación de diversas

dependencias de la Administración Pública Federal con la finalidad de cumplir con sus cinco objetivos específicos: 1) contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes, 2) generar un ambiente propicio que favorezca las decisiones libres e informadas, 3) asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos y el ejercicio responsable de la sexualidad en los varones, 4) incrementar la demanda y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, 5) garantizar el derecho a una educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos, tanto en el ámbito público como privado. Para cumplir dichos objetivos establece un conjunto de líneas de acción e indicadores para su monitoreo y evaluación, así como dos grandes metas a cumplir en 2030: disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años, y reducir en 50% la tasa específica de natalidad de las adolescentes de 15 a 19 años, o una tasa equivalente de 32.9 nacimientos por cada 1,000 mujeres en este grupo de edad (Gobierno de la República, 2015).

Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Es una guía de práctica clínica publicada en 2014 y elaborada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la Secretaría de Salud para las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SSA, 2014c). Sus recomendaciones son de carácter general y no dirigen un curso único de acción, pues deposita en el responsable de la atención, la adopción de medidas de acuerdo a su juicio clínico y a las necesidades de cada caso. La guía responde a los cuestionamientos que se han vertido sobre el modelo médico predominante de atención del parto, debido a su “tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido” (SSA, 2014c, p. 12). Los procedimientos a los que hace referencia son: la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el uso de oxitocina, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento

vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento, entre otros. Establece la importancia de modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, siempre que sean adecuadas para el personal médico y sin afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Es la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Sustituye a la NOM-007-SSA2-1993 que estuvo vigente durante 23 años. Tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante todo su proceso reproductivo, a fin de que ésta le sea proporcionada con calidad y respeto a sus derechos humanos, respetuosa de su dignidad y cultura. Es una norma de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, dirigida al personal de salud en los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Obliga a que todos los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas cuenten con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atenderlas, con disponibilidad las 24 horas del día, los 365 días del año. La norma reconoce que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el recién nacido pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, por lo que las acciones prescritas tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. Entre los procedimientos favorecidos están el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas, que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios, para propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, especialmente en mujeres primigestas. Busca reducir el índice de cesáreas al obligar a los responsables de esa decisión a registrar con detalle

en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a practicar dicho procedimiento quirúrgico (DOF, 2016).

Una de las novedades de la norma es que incluye por primera vez a la partera técnica, a quien define como la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico. La norma establece que los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas; y obliga a todas las instituciones de salud a capacitarlas para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica (NOM-007-SSA2-2016, 2016).

3.2.2 Programas y acciones de política pública en Chile

Chile tiene una larga tradición de políticas de salud para la mujer que se remontan a la década de 1930. De acuerdo con el Ministerio de Salud, éstas se originaron tempranamente y se dirigieron inicialmente al binomio madre-hijo, estuvieron destinadas a impactar los altos índices de mortalidad materna, producidos en gran parte por las consecuencias del aborto inseguro, y una de sus prioridades fue la atención profesional del parto en los hospitales, así como garantizar la cobertura nacional en los controles prenatales (Minsal, 2015). De acuerdo con un análisis elaborado por Idiart (2013), la historia de las políticas públicas de Chile en la materia puede dividirse en cuatro fases: programas *pre-universalistas* (hasta la década de 1940); programas *universalistas* (hasta la década de 1970); programas *asistencialistas e híbridos* (hasta la década de 1990), y programas *integrativos* (después del regreso a la democracia).

La fase *pre-universalista* dio comienzo con la creación de la Ley de la Madre y el Niño de 1937 (Ley 6.236/1937), que amplió las prestaciones sanitarias de la Caja del Seguro Obrero a las esposas de los asegurados, y procuró atención prenatal, cuidado infantil y distribución gratuita de leche en los primeros dos años de vida. Su objetivo fue proteger a las mujeres embarazadas, a sus hijos y prevenir la desnutrición (Idiart, 2013). En 1954, dos años después de la creación

del Sistema Nacional de Salud, se unificaron múltiples acciones y servicios públicos preexistentes en tres programas emblemáticos: el Programa Materno e Infantil (PMI), el Programa de Salud Infantil y Adolescente (PSIA), y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) (OPS, 2008). Éstos dieron inicio a la etapa *universalista* de las políticas materno-infantiles de Chile, cuyo objetivo central era reducir la tasa de mortalidad infantil (TMI). Para lograrlo, buscaron ampliar la atención de las embarazadas, antes durante y después del parto, revisiones de talla y peso en los niños, diagnóstico y prevención de enfermedades en madres y niños, vacunación, educación en salud y nutrición para las madres, promoción de la lactancia materna, paternidad responsable y control de la natalidad. Estos programas estuvieron bien coordinados e integrados, y mantuvieron su continuidad histórica a pesar de los cambios políticos sucedidos (Idiart, 2013). De acuerdo con Zárate y Godoy, pese a contar con antecedentes que se remontaban a 1924, el PMI incorporó cambios y nuevas orientaciones, como la necesidad de brindar una atención más integral, planificada y racional que debía comenzar idealmente en una etapa temprana del embarazo y continuar durante todo el periodo de amamantamiento, y que en el caso de los niños debía extenderse desde la vida intrauterina hasta los 15 años de edad (Zarate y Godoy, 2011).

Tras el golpe de Estado de 1973 y el advenimiento de la dictadura, la política social y de salud dio un giro hacia la privatización, la descentralización y la focalización, de acuerdo con los principios del modelo neoliberal. La reducción del gasto público impactó los programas de combate a la pobreza y desarrollo social, sin embargo, para el gobierno de la dictadura, las políticas de salud materno-infantil y de nutrición fueron la primera prioridad en salud, pese al adelgazamiento del gasto público. El presupuesto destinado a los cuidados obstétricos y pediátricos en los hospitales públicos tuvo un incremento; al mismo tiempo, los programas preexistentes fueron continuados y mejorados, e implementaron un nuevo esquema de nutrición complementario para los niños en desnutrición. El antiguo PNAC sufrió importantes transformaciones dirigidas a mejorar su administración y focalizar la selección de sus beneficiarios, específicamente a los pobres extremos (Idiart, 2013). En 1990, con el restablecimiento de la democracia,

hubo una combinación de continuidad y cambio en términos de política pública, lo que dio comienzo a una nueva era de programas sociales de tipo integrativo. Pese a conservar las políticas de liberalización del mercado, el nuevo gobierno democrático promovió una política de “crecer con equidad” para compensar los costos sociales provocados por el ajuste estructural en la década anterior. Ello dio paso a una fase donde el Estado recuperó su rol fundamental como proveedor de salud, pero sin excluir la participación del sector privado. Aunque se hicieron ajustes, se dio continuidad a los mismos tres programas que tuvieron su origen en la década de 1950: el PMI, el PSIA y el PNAC (Idiart, 2013).

A continuación, se hace un recuento de los principales programas vigentes y sus características más importantes:

Programa de Salud de la Mujer. En 1994, el Ministerio de Salud tomó la decisión de transformar el tradicional Programa de Salud Materna e Infantil para adaptarlo a las nuevas circunstancias demográficas, epidemiológicas y sociales. Sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo, tras los excelentes indicadores alcanzados con programa el anterior, la versión actual de éste incorporó otros aspectos de salud no reproductivos, tales como salud mental, salud laboral, atención en el período postmenopáusico y la incorporación del enfoque de género en las actividades programáticas. Más que una sustitución, el programa actual es una evolución del anterior; su propósito es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, incluyendo la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud. Actualmente, el programa adopta un conjunto de estrategias principales y un conjunto de “orientaciones generales” que deberán ser adoptadas de acuerdo con cada etapa del ciclo vital. De igual manera, describe las funciones y organización de la atención en los tres niveles de atención con el objetivo de asegurar el máximo de cobertura, con la mayor capacidad resolutoria y con buena calidad. También hace un reconocimiento especial al recurso profesional de la matrona y a su indiscutible aporte para el logro de los excelentes resultados alcanzados en

salud materno-infantil a nivel nacional, y añade a su quehacer las dimensiones no reproductivas que el programa contempla (Minsal, 1997).

Este programa considera una estructura organizacional encabezada por el Ministerio de Salud, con un encargado del programa en cada uno de los Servicios de Salud a nivel regional; asimismo, establece la figura de Coordinadores(as) del Programa en los tres niveles de atención, y le otorga preferencia a las matronas para ocupar este cargo, además, de un Consejo Técnico de Salud de la Mujer compuesto por el encargado del programa a nivel regional, los coordinadores en los tres niveles, el jefe del servicio de obstetricia, ginecología y neonatología, así como otros profesionales que coordinan programas transversales relacionados (Minsal, 1997).

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Es un programa de carácter universal que propone un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a niños/as menores de seis años, niños con peso de nacimiento menor de 1.500 gramos y/o menos de 32 semanas de gestación, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas, gestantes y madres que amamantan (Minsal, 2014b). El PNAC actual se remonta al programa original creado en 1954 para enfrentar los altos niveles de desnutrición infantil que aquejaban a Chile. Fue concebido como un programa de entrega de alimentos vinculados a controles de salud. Es considerado uno de los programas más emblemáticos y exitosos por su relevancia en la mejora de los indicadores de salud materno-infantiles. Actualmente enuncia un conjunto de objetivos dirigidos primordialmente a la población infantil, pero que en materia de salud materna buscan proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia mediante un apoyo alimentario condicionado a la asistencia de los controles de la salud. Dicha entrega se realiza a través de los establecimientos de la Red de Atención Primaria de Salud y de otros establecimientos en convenio con el Ministerio de Salud. Para el registro de los beneficiarios se solicita la presentación del carné de alta de la maternidad, certificado de nacimiento o cuaderno del niño/a y la Agenda de la Mujer, que es la cartilla diseñada para dar

seguimiento a los controles y consultas de la mujer en salud materna y salud sexual y reproductiva (Minsal, 2011; 2014b). La cobertura del PNAC abarca aproximadamente al 80% de las mujeres embarazadas (OPS, 2008).

Auditoría y Vigilancia de la Mortalidad Materna. De forma muy similar a México, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dependiente del Minsal, inició en 2002 una búsqueda permanente de casos de mortalidad materna en mujeres de 10 a 54 años, tomando como año base el año 2000, mediante la metodología de Búsqueda Intencionada de Muertes Maternas (BIMM). Desde el 2007 cuenta con una Norma del Procedimiento para el Registro de las Auditorías de Muertes Maternas, Fetales, Neonatales e Infantiles que fue actualizada en 2012, en la cual se establece la comunicación dentro de 24 horas de la defunción materna. La normativa también determina la constitución de Comités de Auditoría de Mortalidad materna fetal, neonatal e infantil en los niveles de resolución, a nivel nacional, regional y local (Minsal, 2016b). De manera paralela, destaca la formación de la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal (Resolución Exenta N° 1013 de 16.12.11), cuyo trabajo se ha centrado en el análisis clínico de las muertes maternas. Sus procesos de investigación se realizan bajo el supuesto de que todo deceso de mujeres en el grupo de edad debe ser considerado como muerte materna hasta que se demuestre lo contrario. La comisión entrega recomendaciones que han permitido reorientar estrategias en la red asistencial, entre las cuales está la categorización riesgo-dependencia en los servicios de gineco-obstetricia (Minsal, 2015; 2016b).

Chile Crece Contigo. Sistema de Protección Integral a la Infancia del Estado de Chile coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, en apoyo al desarrollo de las niñas y los niños que se atienden en la red pública de salud, desde la gestación hasta los nueve años. Se generó a partir de la iniciativa de las propuestas realizadas por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia de 2006. Actualmente ofrece un sistema integrado de intervenciones sociales, como programas, prestaciones y servicios coordinadas por el Ministerio de Desarrollo Social adecuadas a las

necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad. El sistema involucra acciones de diversos organismos públicos, como los Ministerios de Salud y de Educación, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, la Junta Nacional de Jardines Infantiles y la Fundación Integra. Su objetivo es que todos los niños logren desplegar al máximo las capacidades con las que nacen (Gobierno de Chile, 2017). De acuerdo con la representación chilena de la OPS/OMS (2009), el eje principal de Chile Crece Contigo es el proceso de acompañamiento, apoyo y seguimiento del desarrollo de los niños y niñas desde el primer control prenatal hasta su ingreso a preescolar. Para lograrlo, contempla el reforzamiento del control del embarazo, la promoción de la atención personalizada del parto y el reforzamiento del control de salud del niño o niña.

Guía Clínica Perinatal. Constituye un esfuerzo ministerial para entregar la mejor evidencia científica a los profesionales de la salud responsables de otorgar atención a mujeres durante la etapa preconcepcional, embarazo, parto y período de posparto en los distintos niveles de atención, el cual incluye a médicos gineco-obstetras, médicos generales, matronas y matrones de la red asistencial del Sistema Público y Privado de Salud. La guía, que tiene una vigencia de cinco años a partir de su publicación en 2015, busca orientar el diagnóstico y las acciones oportunas que los profesionales de la salud deben implementar según el nivel de atención, a fin de prevenir las complicaciones y reducir la morbilidad y mortalidad materna-perinatal para favorecer la atención orientada a la calidad, seguridad y uso eficiente de los recursos. De igual manera, considera un conjunto de objetivos específicos, entre los que destacan contar con equipos de salud altamente capacitados y entrenados, así como recomendaciones para identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo, fortalecer los cuidados prenatales y la atención de las complicaciones del embarazo (Minsal, 2015).

Programa para evaluar Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Partiendo del reconocimiento de la importancia que tiene proporcionar una atención obstétrica de emergencia, disponer de los recursos materiales

necesarios, así como que personal capacitado proporcione una atención para disminuir la mortalidad materna y perinatal, el Minsal emprendió la implementación de un sistema de autoevaluación en Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Este programa se concibe como una herramienta de gestión que permite realizar un diagnóstico de la atención, analizar y determinar cómo se realiza respecto a parámetros definidos y, en caso de ser necesario, orientar los aspectos a mejorar. Cuenta con un conjunto de instrumentos de evaluación, tablas de valoración y una descripción del proceso de evaluación para cada una de las etapas del servicio gineco-obstétrico (Minsal, 2013).

Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. El Minsal adoptó en 2007 el Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud que establece las guías para una atención clínica de calidad, basada en la evidencia y en un enfoque de derechos, que sea respetuosa de la dignidad de las mujeres durante el proceso del parto quienes, en un contexto de alta vulnerabilidad, atraviesan un periodo de incertidumbre caracterizado por la escasa o nula orientación sobre los procedimientos a las que serán sometidas antes, durante y después del evento obstétrico. Busca privilegiar la decisión informada, la humanización del parto, reducir las intervenciones innecesarias y favorecer el parto normal. El manual está dirigido a los responsables de la atención del parto en todo el sector salud, matronas, médicos obstetras, anestesiólogos, auxiliares, técnicos paramédicos y profesionales integrantes de los Comités de Ética, en los diferentes niveles de atención (Minsal, 2007).



El listado expuesto, sin pretender ser exhaustivo, expone los principales programas, acuerdos, estrategias y planes de acción publicados en las últimas dos décadas. En el caso particular de México, algunos de ellos tuvieron una vigencia inferior a los seis años, como fue el caso de la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna; algunos otros tuvieron una vigencia aún más efímera, como la Estrategia Prioritaria 2011-2012; otros se mantienen vigentes, como el Convenio Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica o

la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas. En la mayoría de los casos no se cuenta con evaluaciones de desempeño que permitan conocer la efectividad de la normativa o de los programas pasados y presentes, lo que probablemente se deba a su corta existencia, por ello es imposible establecer relaciones causales entre éstos y la evolución de la morbimortalidad materna. Y aunque todas estas acciones de política compartan el mismo objetivo: mejorar la salud materna o reducir la mortalidad materna, varios difieren en su marco lógico y en las acciones que se deben implementar.

El ejemplo más reciente es que la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna de 2009 recomendaba la incorporación de parteras profesionales, mientras el PAE vigente no hace una sola mención a la adhesión de parteras (SSA, 2014a). Además, a pesar de que la nueva norma (NOM-007-SSA2-2016, 2016) dispone que los establecimientos de salud deben propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto, o la posibilidad de que las enfermeras obstetras y las parteras pueden atender partos de bajo riesgo, la norma no tiene previstas sanciones para aquellos establecimientos que no adopten estas medidas; tampoco la mayoría de los hospitales cuentan con la capacidad organizacional o la voluntad para cambiar sus procesos de atención (C. Alonso, comunicación personal, 29 de noviembre de 2016; C. Mera, comunicación personal, 30 de noviembre de 2016; R. Lozano, comunicación personal, 7 de julio de 2017).

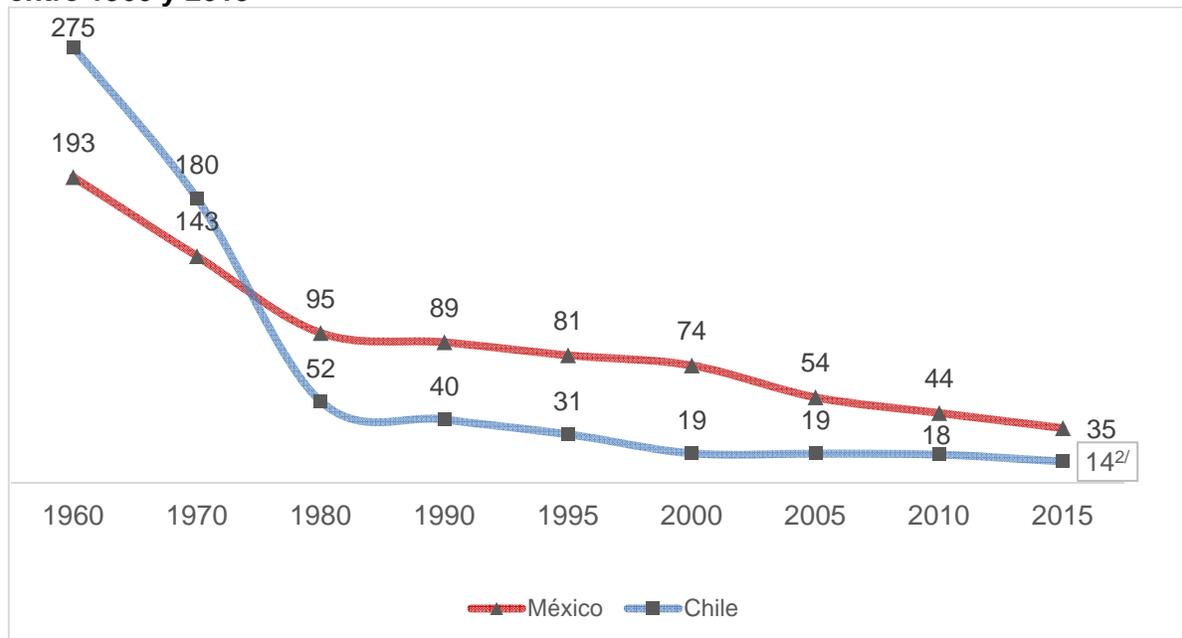
Mientras en el caso mexicano, el entramado normativo y de políticas en materia de salud materna puede resultar confuso y muy fragmentado, en el caso chileno destaca por su simplicidad, la integralidad de sus programas y la armonía entre éstos y la normativa, así como su estabilidad en el tiempo. Por último, resulta relevante que las funciones de la matrona están claramente señaladas en la ley máxima que rige a la nación en materia de salud, y se encuentran alineadas con las funciones que el Programa de Salud de la Mujer le delega, lo que denota la fortaleza de sus políticas, y el grado de institucionalización que tienen las matronas en Chile.

CAPÍTULO 4

MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO Y CHILE

Chile es considerado una historia de éxito en salud materna e infantil. Pasó de ser uno de los países con mayor mortalidad del mundo a mediados del siglo pasado a uno de los mejores países para la ocurrencia del nacimiento en América. En 1939, Salvador Allende advertía que Chile tenía la mayor mortinatalidad del mundo, equivalente al 50.5% de los nacidos vivos (Allende, 1939), y las condiciones para la mujer no eran mejores.

GRÁFICO 4.1 México y Chile: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) entre 1960 y 2015^{1/}



1/ Antes de 1990, se calcula que el subregistro para México era de alrededor del 40%.

2/ Dato corresponde a 2014.

FUENTE: México: SSA (2011a) y SIODM (2017a); Chile: Koch, *et al.* (2012b), Donoso (2016) y Minsal (2017).

Estos cambios no fueron fortuitos, son la consecuencia de políticas públicas adecuadas (González, 2014). Chile, que provenía de una situación claramente más desfavorable que México en 1960, logró revertir dicha condición antes de 1980, así como colocarse entre los países mejor posicionados del continente desde 1990 (GRÁFICO 4.1).

Tal como se señaló en el Capítulo 1, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los países en desarrollo se comprometieron a reducir en 75% la

RMM entre 1990 y 2015. En la región de América Latina y el Caribe, se registraron mayores reducciones en Perú (72.9%), Chile (66.3), El Salvador (65.6%), Ecuador (65.4%), México (61.0%) y Uruguay (59.5%) (TABLA 4.2). De acuerdo con la OMS, los países de la región con menor RMM fueron Uruguay (15), Chile (22) y Costa Rica (25) (OMS, 2015b). Sin embargo, en el caso de Chile la RMM se encuentra sobrestimada por una diferencia en la metodología de cálculo (Minsal, 2016a), lo que se explicará más adelante. Caso aparte es el de México, cuya cifra estimada de RMM por la OMS no estaba actualizada a 2015. Pese a todo, es relevante señalar que el trabajo que México ha realizado para eliminar el subregistro ha sido reconocido por la OMS /OPS, por lo que las cifras reportadas por México ya son aceptadas sin aplicar un factor de ajuste (OMS, 2015b).

América Latina y el Caribe: Razón de Mortalidad Materna, 1990-2015
(Muertes por cada 100,000 nacidos vivos)

País	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Reducción
Argentina	72	63	60	58	58	52	27.8%
Belice	54	55	53	52	37	28	48.1%
Bolivia	425	390	334	305	253	206	51.5%
Brasil	104	84	66	67	65	44	57.7%
Chile	40	31	19	19	18	14*	66.3%
Colombia	118	105	97	80	72	64	45.8%
Costa Rica	43	44	38	31	29	25	41.9%
Cuba	58	55	43	41	44	39	32.8%
Ecuador	185	131	103	74	75	64	65.4%
El Salvador	157	118	84	68	59	54	65.6%
Guatemala	205	173	178	120	109	88	57.1%
Honduras	272	166	133	150	155	129	52.6%
México	89	81	74	54	44	35	61.0%
Nicaragua	173	212	202	190	166	150	13.3%
Panamá	102	94	82	87	101	94	7.8%
Paraguay	150	147	158	159	139	132	12.0%
Perú	251	206	140	114	92	68	72.9%
Uruguay	37	36	31	26	19	15	59.5%
Venezuela	94	90	90	93	99	95	-1.1%

Nota: En los casos de México y Chile se utilizaron cifras oficiales, debido a que cálculo de OMS para México no estaba actualizado a 2015 y para Chile la RMM estaba sobrestimada por incluir muertes tardías.

*Cifra a 2015 no disponible. Se utilizó dato de 2014.

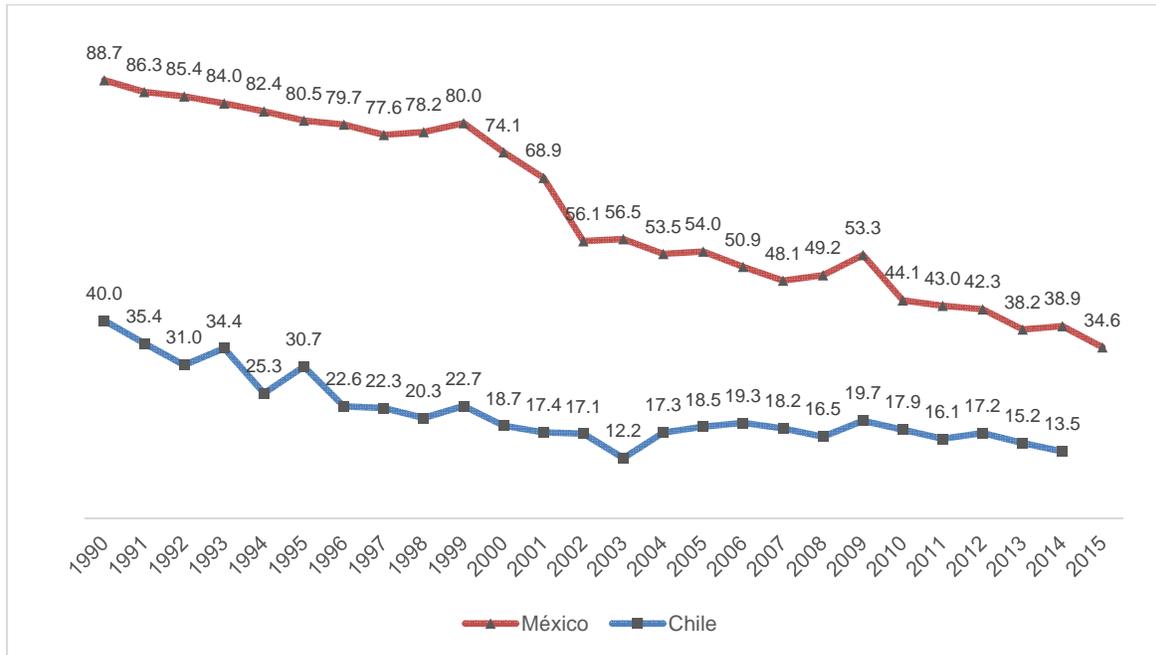
FUENTE: OMS (2015b); Donoso (2016); Minsal (2017a); SIODM (2017a).

4.1 Mortalidad materna entre 1990 y 2015

México registró 778 muertes maternas y 2.25 millones de nacidos vivos en 2015, lo que equivale a una RMM de 34.6. Para el cálculo de la línea base de 1990, México estimó una RMM de 88.7, derivado de una estimación de 2,156 muertes maternas y 2.43 millones de nacidos vivos. Esta cifra sirvió para calcular la meta nacional de 22.2 para 2015 (SIODM, 2017a). Con base en estas cifras fue posible calcular que la reducción de la mortalidad materna entre 1990 y 2015 fue de 61%, ligeramente superior a lo calculado por la OMS, cuya estimación fue de 57%. Aunque no se logró alcanzar la meta, esta reducción representa un avance significativo para México. Cabe señalar que el indicador mostró un comportamiento con una tendencia a la baja durante todo el periodo de seguimiento, sin embargo, hubo lapsos en que se presentaron repuntes o las disminuciones se ralentizaron (GRÁFICO 4.3), esto impidió mantener el ritmo necesario para converger con la meta de cumplimiento, lo que sugiere que las acciones implementadas por el sector salud hasta 2012 no estaban teniendo los resultados esperados, o bien, “habían alcanzado su máxima efectividad” (Presidencia de la República, 2015, p. 45). Resulta relevante explicar el extraordinario repunte en las muertes maternas ocurrido en 2009, el cual tuvo como su principal causa la crisis epidemiológica provocada por el virus de la influenza A H1N1, situación que generó una particular presión sobre los servicios de salud en México. (Presidencia de la República, 2015).

En el caso de Chile es importante hacer notar que las cifras reportadas por la OMS están sobreestimadas debido a que el gobierno chileno incluía, hasta hace poco, las muertes tardías para el cálculo de su RMM. Este error fue reconocido recientemente por el Ministerio de Salud chileno, de acuerdo con la nota metodológica incluida en la última versión de Estadísticas de Natalidad y Mortalidad correspondiente a 2014, donde por primera vez se incluye el cálculo de “la Razón de Mortalidad Materna de acuerdo con las convenciones internacionales, las cuales no contemplan aquellas muertes posteriores a los 42 días de ocurrido el parto y tampoco las secuelas del mismo” (Minsal, 2016a).

GRÁFICO 4.3 México^{1/} y Chile^{2/}: Razón de Mortalidad Materna (RMM) entre 1990 y 2015
(Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos)



1/ Serie elaborada con datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud. No incluye muertes tardías de acuerdo con metodología de la OMS.

2/ Serie elaborada con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

FUENTE: SIODM (2017a); Donoso (2015); Minsal (2017a).

Tomando como base el número de defunciones válidas para el cálculo de la RMM, Chile presentó 34 defunciones en 2014, equivalente a una RMM de 13.5 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Este valor es posiblemente el más bajo de la región, y significó una reducción de 66% entre 1990 y 2014. A diferencia de México, Chile partió de una línea base más baja que se calculó en 40 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos en 1990, comprometiéndose a cumplir una meta de 10 para 2015 (ver GRÁFICO 4.3). Es incierto si Chile fue capaz de cumplir con la meta ODM en 2015 y, aunque se encuentra cerca de lograrlo, la tendencia señala que es probable que no lo haya conseguido.

Al igual que México, las reducciones más importantes en la mortalidad materna se observaron en la primera mitad de la serie histórica, ralentizándose a partir de que se emprendieron, en ambos países, distintas estrategias de búsqueda intencionada de muertes maternas para la mejora del registro (Minsal, 2016b; SSA, 2015), lo cual arrojó estadísticamente el descubrimiento de nuevos casos, lo que puede explicar en parte por qué en Chile no se ha vuelto repetir el valor

registrado en 2003 (Minsal, 2014a; 2016a). Asimismo, en dicho comportamiento pudieron influir los cambios demográficos por los que atraviesa la población, los cuales tienen fuerte incidencia sobre el perfil epidemiológico de la mortalidad materna (Donoso, 2015).

La principal causa de muerte materna en México es por enfermedad hipertensiva del embarazo, claves O10-O16 de la CIE-10, que en 2013 concentró el 23.7% de las muertes totales, seguida de la hemorragia obstétrica (O20-O44-O46, O67, O72) con 17.5%, y el aborto (O01-O07) con 8.9%. Entre las principales causas indirectas (O98-O99), se registraron las tumorales (O998) y las cardiovasculares (O994), las cuales representaron el 7.4% y 6.0%, respectivamente, de las muertes maternas consideradas para el cálculo de la RMM (SSA, 2015). En resumen, en 2013 las muertes por causas obstétricas directas representaron el 72% del total, mientras que las muertes por causas indirectas el 28% restante. Esta relación ha cambiado notablemente desde 2002, fecha en que comenzó el registro por causas; en dicho año las causas directas representaban el 84%, y las indirectas sólo el 26% (SSA, 2015). Como en el caso chileno, esto es reflejo del cambio en el perfil epidemiológico de la población mexicana, acorde con una población que se encuentra en plena transición demográfica (Presidencia de la República, 2015).

El cambio en el perfil epidemiológico de Chile también ha conducido a un incremento de las muertes por causas indirectas, más pronunciado que en México. El envejecimiento de la mujer chilena en edad fértil y la postergación del embarazo han incrementado los fallecimientos por enfermedades crónicas pregestacionales (O99), aunque desafortunadamente no se cuenta con el desglose de estos decesos para conocer los tipos más frecuentes (Donoso, 2015). En 2014, las defunciones por causas directas representaron el 59%, y las indirectas el 41%. Entre las principales causas de muerte materna directa se agrupan, en primer lugar, las complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y el parto (O21-O26; O29-O45; O47-O48; O60-O66; O68-O71; O73-O75), las cuales representan el 21%, seguidas de los trastornos hipertensivos con 15% y el aborto con el 12% (Minsal, 2016a). Es relevante señalar que en Chile las muertes tardías, aquellas ocurridas después de los 42 días y antes del año del parto, han generado

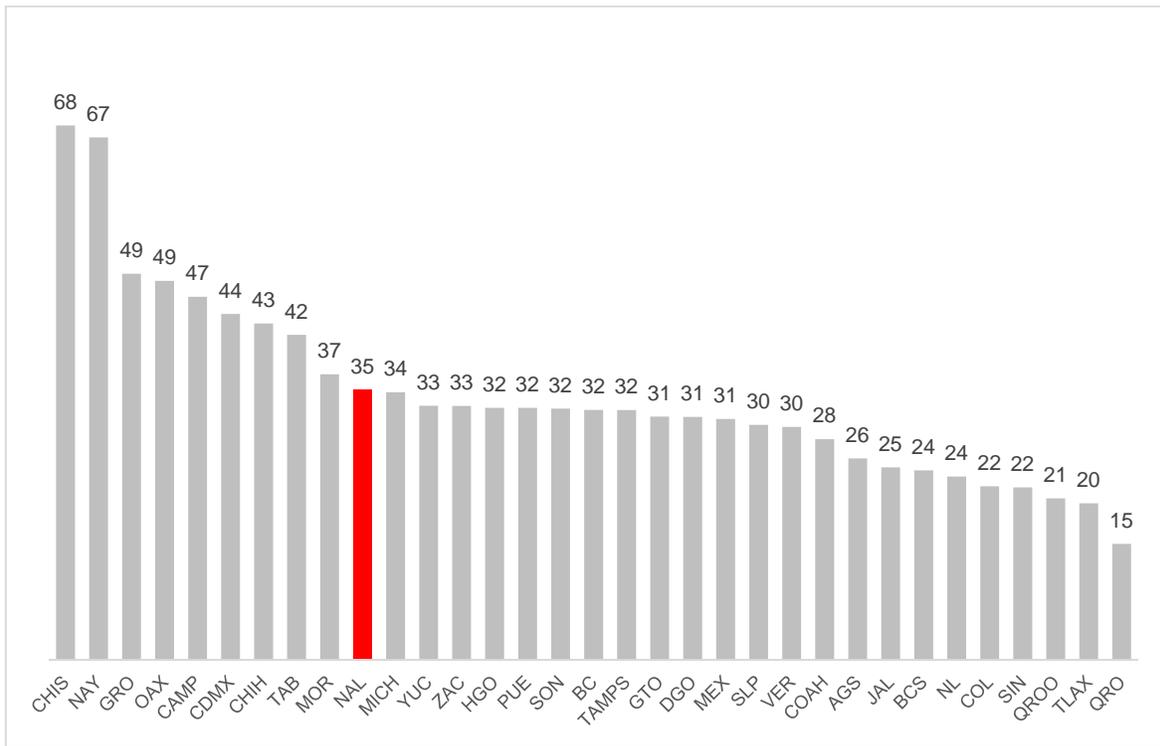
preocupación por su elevado número (Donoso, 2015; 2016). Pese a no ser consideradas para el cálculo de RMM, es relevante señalar que en 2014 ocurrieron 22 muertes tardías, un número muy elevado si se compara con las 34 que son válidas para calcular la RMM. Como proporción de las muertes maternas totales (incluyendo tardías y secuelas), las tardías representaron el 39%. En México, el número de éstas también se ha incrementado en los últimos años, pero no en las dimensiones del caso chileno. En 2013 ocurrieron 122 muertes tardías, lo que representa el 12% de las muertes maternas totales (SSA, 2015), sin embargo, es posible que ese número aún se encuentre subestimado.

4.2 Mortalidad a nivel subnacional

El promedio de mortalidad materna en México disfraza enormes desigualdades en la provisión y calidad de los servicios de una entidad a otra (CONEVAL, 2012). Si bien la mediana de muertes maternas a nivel estatal es de 32 por cada 100,000 nacidos vivos, entre las entidades federativas con mayor y menor nivel de mortalidad se observan disparidades de hasta 53 puntos (ver GRÁFICO 4.4), como en los casos de Chiapas (68.5) y Querétaro (14.9).

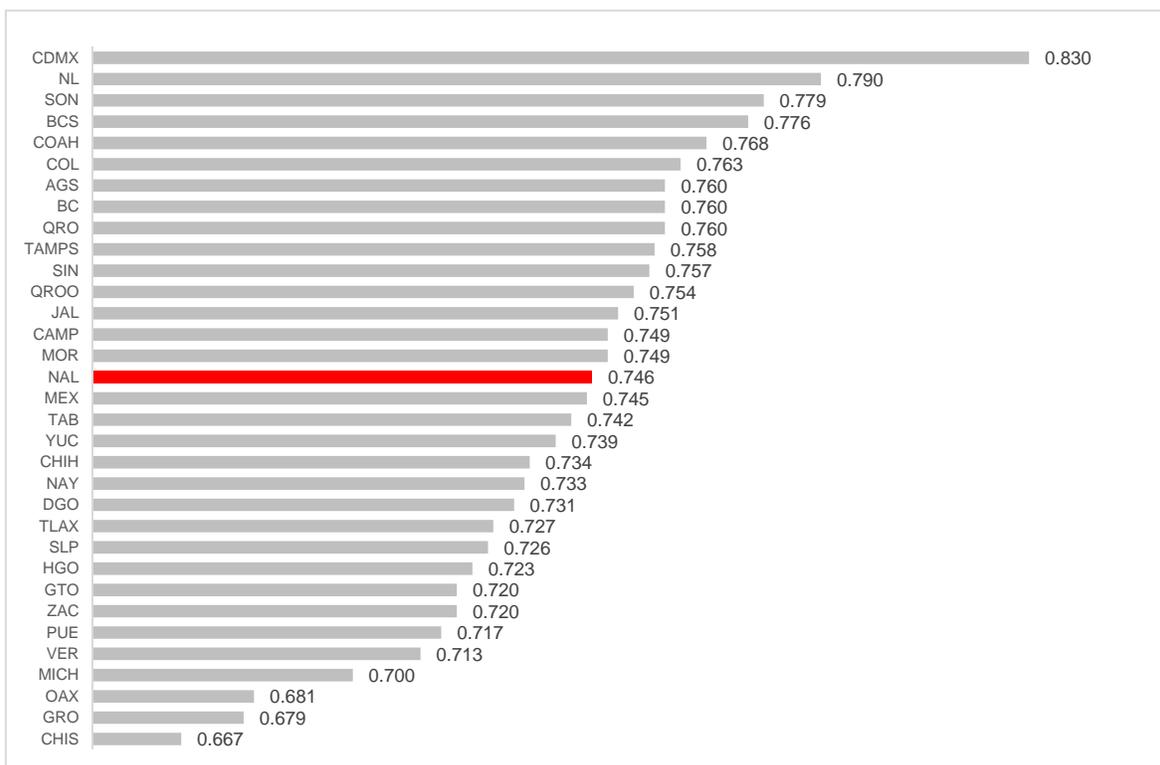
El análisis de la mortalidad materna a nivel estatal, según la residencia habitual de la madre, pone en evidencia la existencia de nueve estados que en 2015 presentaron una mortalidad muy superior a la RMM nacional (34.6). Algunas de las entidades que encabezan la lista por su alta mortalidad, como Chiapas (68.5), Guerrero (49.5) y Oaxaca (48.6) son también las que registran los mayores índices de marginación (CONAPO, 2011) y menores niveles de desarrollo humano del país (PNUD, 2015). Sin embargo, hay otras entidades como Nayarit (66.9), Campeche (46.5) y la Ciudad de México (44.3) que experimentan niveles de mortalidad materna superiores a la RMM nacional pese a ser consideradas entidades con mayor desarrollo (GRÁFICO 4.5). En contraparte, hay cuatro estados que se ubicaron por debajo de la meta nacional establecida para 2015, como Sinaloa (22.1), Quintana Roo (20.7), Tlaxcala (20.1) y Querétaro (14.9) (SIODM, 2017a). Éste último puede presumir de tener una mortalidad materna casi tan baja como la de Chile (14), Estados Unidos (14) o Uruguay (15) (OMS, 2015b).

GRÁFICO 4.4 México: Razón de Mortalidad Materna (RMM) por entidad de residencia
(Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos)



FUENTE: SIODM (2017a).

GRÁFICO 4.5 México: IDH de las entidades federativas, 2010



FUENTE: PNUD (2015).

En México como en muchos países en desarrollo, la probabilidad de muerte es mayor en el estrato socioeconómico más bajo, especialmente en mujeres con menor escolaridad, que viven en zonas marginadas, en comunidades rurales o con población predominantemente indígena. Los llamados determinantes sociales y la condición de acceso a los servicios de salud tienen un impacto directo sobre el riesgo de muerte materna para las mujeres (Freyermuth, 2016). De acuerdo con el *Informe de Avances 2015* de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en México, una mujer tiene el doble de riesgo de morir en el parto si reside en una entidad federativa con muy alto rezago social comparado con una mujer que reside en una entidad con muy bajo rezago social. Y el riesgo es 3.6 veces superior para una mujer sin escolaridad que para una mujer con educación superior. El riesgo también se eleva considerablemente por factores relacionados con la atención o el historial de embarazos de la mujer (Presidencia de la República, 2015). El gobierno de México reconoce que las características de nuestro sistema de salud, como la segmentación y la fragmentación en las redes de atención constituyen factores que inciden sobre la mortalidad materna. La descentralización de los servicios de salud en México tampoco ha podido eliminar las deficiencias y la heterogeneidad de la atención médica entre los diversos estados o entre la población derechohabiente de la seguridad social y la población abierta. Un ejemplo de esto son las disparidades entre los principales subsistemas de salud. La razón de mortalidad materna (RMM) entre subsistemas es alarmante, mientras el IMSS registró 27.4 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos en 2013, el Seguro Popular registró 40.9, el ISSSTE 45.4 y el IMSS-Prospera (antes IMSS-Oportunidades), que concentra su atención en las zonas rurales, ascendió a 442.9 (SSA, 2015a, p. 106).

La Ciudad de México es un caso que llama particularmente la atención porque sus índices de mortalidad materna no corresponden con su nivel de desarrollo. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2015), la Ciudad de México tiene el mayor IDH del país, además ocupa la segunda posición en el índice de salud, así como la primera en educación e ingreso. Generalmente, el nivel de desarrollo de una entidad o municipio suele determinar, en mayor o menor medida, el riesgo de sufrir una muerte materna (Freyermuth,

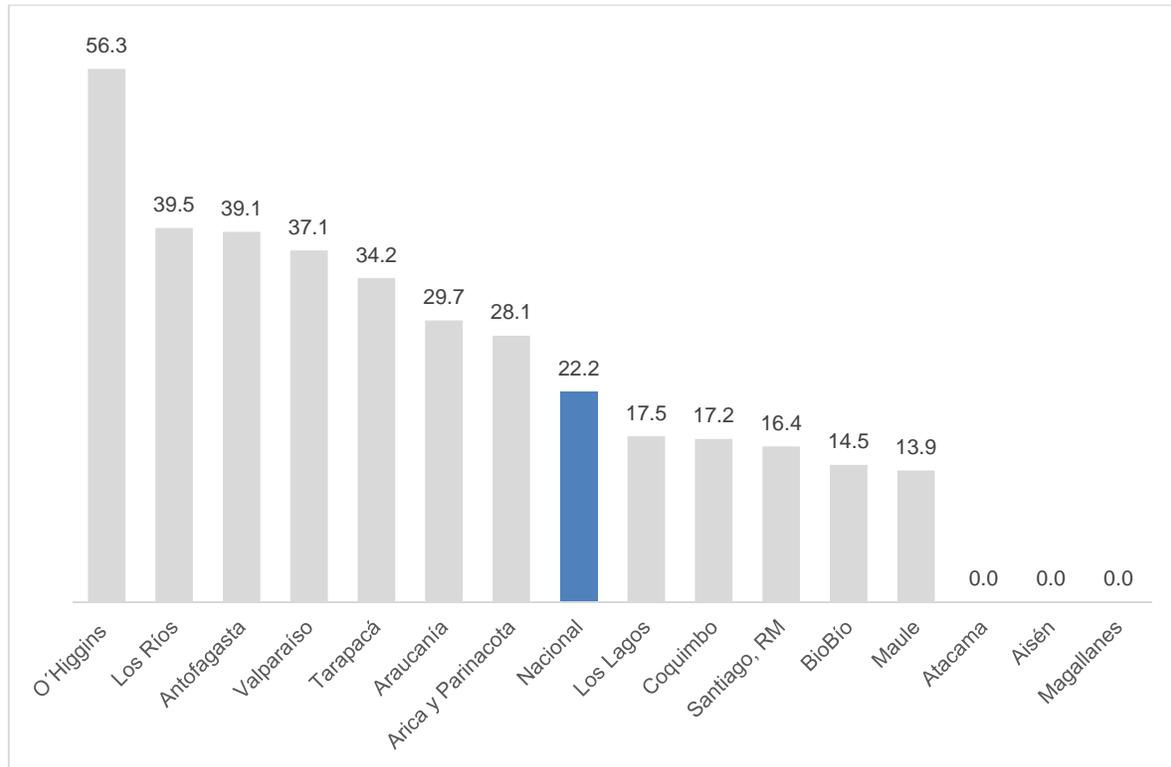
2016). Sin embargo, pese a concentrar por un amplio margen la mayor infraestructura hospitalaria del país y la mayor densidad de médicos y enfermeras por habitante (INEGI, 2016), la Ciudad de México ocupa el sexto lugar con la mayor RMM de México, y la cuarta posición si se contabilizan muertes maternas de no residentes ocurridas en su territorio (SSA, 2015). Adicionalmente, desde 2013, la Ciudad de México se convirtió en la entidad con el mayor número de casos de muerte materna ocurridos en su territorio (SSA, 2015).

La mayoría de las muertes maternas en México ocurren habitualmente en la entidad de residencia, por lo tanto, no hay mucha diferencia al analizar los fallecimientos por entidad de ocurrencia o de residencia; sin embargo, en entidades como el Estado de México y la Ciudad de México se observa una gran movilidad que, de acuerdo con la SSA (2015), responde en la mayoría de los casos a la necesidad de buscar una atención de mejor calidad o al deseo de permanecer cerca de algún familiar. Con datos disponibles a 2013, la Ciudad de México pasó a ser la entidad donde más muertes maternas ocurren independientemente del lugar de residencia (SSA, 2015). En este caso, la comparación de la mortalidad por entidad de residencia y por entidad de ocurrencia permite hacer visibles otros factores que influyen en la muerte materna, como es la calidad de la atención del evento obstétrico, la referencia oportuna y la necesidad de insumos adicionales por demanda de residentes de otros estados (SSA, 2015).

Chile, por su parte, en los últimos años se ha convertido en el país de América Latina con mayor desarrollo humano de la región (PNUD, 2016), por delante de Argentina, Uruguay y Costa Rica, pero no deja de ser un territorio con enormes desigualdades. Chile, como muchos países de Latinoamérica, tiene uno de los índices de desigualdad más altos del mundo, una realidad compartida con México (PNUD, 2013). La RMM en Chile disfraza también desigualdades entre una región y otra. En 2014, tres regiones presentaron una mortalidad materna de cero, mientras O'Higgins registró una RMM de 56.3 (GRÁFICO 4.6). Pero a diferencia de México, que tiene una población casi siete veces mayor, el bajo número de nacimientos en Chile dificulta la elaboración de un análisis regional de la mortalidad materna. La cantidad de nacimientos en Chile es de sólo 250,000 al año (Minsal, 2017a), una cifra considerablemente menor si se compara con los 2.2 millones en México

(CONAPO, 2015), en el cual tan solo el Estado de México registra 308,000 nacimientos al año y Colima, la entidad menos poblada, cerca de 14,000.

GRÁFICO 4.6 Chile: Razón de Mortalidad Materna por regiones, 2014 ^{1/}
(Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos)



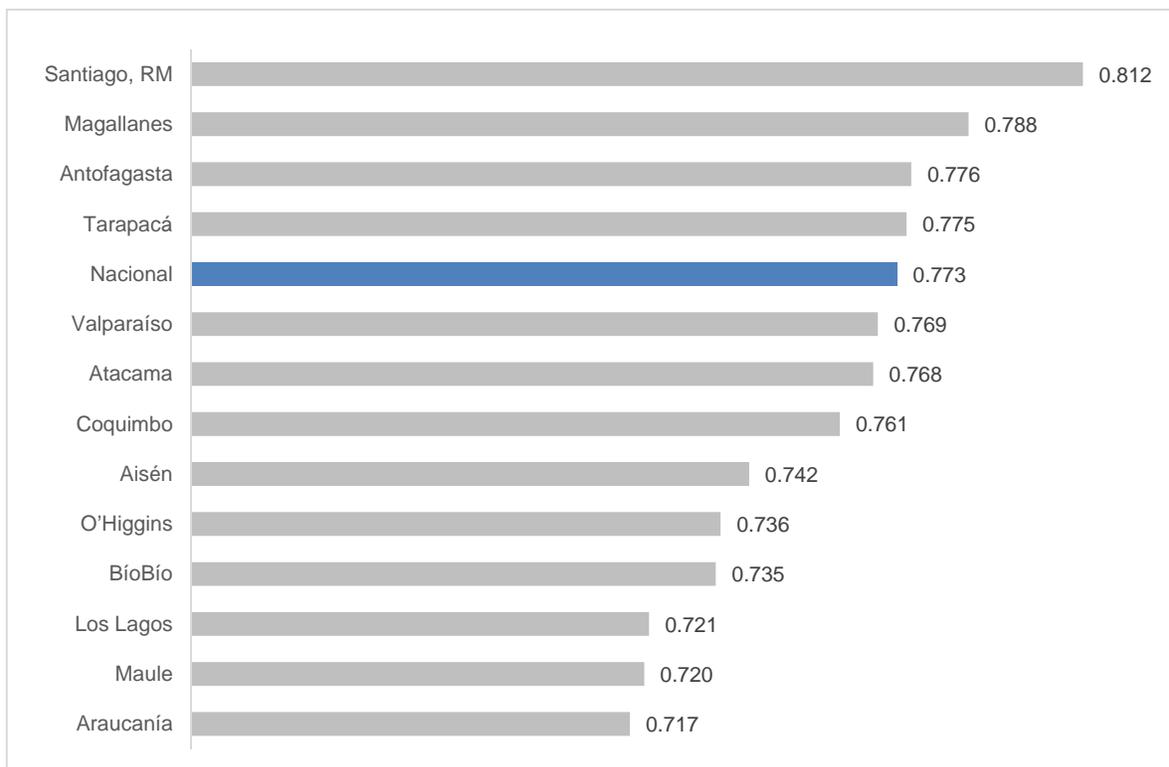
1/ Incluye muertes maternas tardías, debido a la no disponibilidad de otros datos a nivel regional.

FUENTE: Minsal (2017a).

Chile se divide, en cambio, en 15 regiones administrativas, y sólo tres tienen más de 20,000 nacimientos al año: Valparaíso (24,246), BioBío (27,655) y Santiago (103,533). Estas tres regiones concentran el 62% de los nacimientos; Santiago, por sí sola, el 41% de los nacimientos del país (Minsal, 2017a). En seis regiones más (Antofagasta, Coquimbo, O'Higgins, Maule, Araucanía y Los Lagos) el promedio anual de nacimientos es de 12,000. Y en otras seis (Tarapacá, Atacama, Aisén, Magallanes, Los Ríos y Arica y Parinacota) ocurren menos de 4,000 nacimientos al año en promedio, un número tan bajo que una sola muerte materna puede elevar considerablemente la RMM en su región; éste es el caso de Aisén, donde en un año puede tener la tasa más alta de Chile y al otro presentar un valor de cero. No obstante, es posible observar que regiones con un IDH regional más bajo, como O'Higgins, Araucanía y Valparaíso suelen presentar

niveles de mortalidad por encima del promedio nacional. En concordancia con lo esperado, Santiago, que es la región con mayor nivel de desarrollo humano del país (GRÁFICO 4.7), presenta niveles consistentemente inferiores a la media, aunque llama la atención el caso de Antofagasta, que según el PNUD (2004) es la tercera región más desarrollada y, sin embargo, suele registrar una RMM más elevada que la media nacional.

GRÁFICO 4.7 Chile: IDH regional, 2003 ^{1/}



1/ Las regiones de Arica y Parinacota y Los Ríos fueron creadas en 2007.

FUENTE: PNUD (2004).

4.3 Metas para 2030

La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible y los ODS, no establecen una meta relativa de reducción de la mortalidad materna igual para todos los países firmantes como ocurrió con los ODM. En esta ocasión, el objetivo 3.1, correspondiente a la reducción de la muerte materna en el mundo, establece una meta global de 70 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos con el fin de reducir las desigualdades entre un país y otro. Esta meta obliga que cada país dedique los esfuerzos necesarios para cumplir la meta global, y les delega la responsabilidad única de definir sus propias metas a nivel nacional o subnacional (Kassebaum, Lozano, Lim y Murray, 2017). Sin embargo, para estar en posibilidad de alcanzar la meta global, la OMS ha recomendado a países como México y Chile que presentan una RMM menor a 420 por cada 100,000 nacidos vivos, que la reduzcan en dos terceras partes para el año 2030 (OMS, 2015a). De seguir esta recomendación, México tendría que bajar su RMM a 14.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2030 y Chile, por su parte, tendría que alcanzar una RMM de 6 muertes maternas para ese mismo año.

Los ODS no sólo establecen una meta global de reducción de muerte materna, también cuenta con una meta complementaria de cobertura de partos asistidos por personal sanitario calificado, y con la obligación de reducir la inequidad en la atención entre regiones, entre grupos de edad e ingreso, y especialmente entre minorías (OMS, 2016c).

Es importante señalar que la resolución A/RES/70/1 (ONU, 2015b), por la que se aprueba y adopta la Agenda 2030, no libera de su responsabilidad a los países que no cumplieron las metas y objetivos de los ODM, “en concreto los relacionados con la salud materna, neonatal e infantil y con la salud reproductiva” (p. 6). De acuerdo con el texto de la declaración, los países firmantes se comprometen de nuevo a “cumplir plenamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluidos los que distan de alcanzarse” (p. 6), independientemente de la meta nacional ODS que cada nación establezca internamente para el 2030.

El objetivo 3 de los ODS contempla, además, un conjunto muy amplio de metas e indicadores que están relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal

e infantil, donde algunos indicadores serán de impacto, otros serán de cobertura y otros más serán de factores de riesgo (TABLA 4.8).

TABLA 4.8 Metas e indicadores propuestos relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

Tipo de indicador	Meta ODS	Indicador propuesto
Impacto	3.1	Mortalidad materna
	3.2	Mortalidad en niños menores de 5 años
	3.2	Mortalidad neonatal
	3.7	Tasa de fecundidad en adolescentes
	3.9	Mortalidad debido a agua, saneamiento e higiene insegura; Mortalidad debido a contaminación del aire (en la vivienda y en el ambiente)
Cobertura	3.1	Nacimientos atendidos por personal de salud calificado
	3.7	Cobertura de planificación familiar
	3.8	Cobertura universal en salud: trazadores de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (planificación familiar, cuidado prenatal y del parto, inmunización completa, conducta de salud orientada a la búsqueda de atención para casos sospechosos de neumonía infantil)
Factores de riesgo/determinantes	2.2	Retraso de crecimiento, emaciación y sobrepeso infantil
	6.1	Acceso a fuentes de agua potable seguras
	6.2	Acceso a saneamiento seguro
	7.1	Energía limpia en el hogar
	11.6	Contaminación del aire
	Otro	Parte de metas sobre otros objetivos en pobreza, educación, género, etc.

FUENTE: OMS (2016c).



Al observar la evolución que la mortalidad materna ha presentado en los últimos 25 años en México y Chile, éste último le lleva una delantera de casi 20 años al primero. Fue en 1993, la última vez que Chile presentó un nivel de mortalidad similar al que México registró en 2015. Resulta evidente que México deberá definir una estrategia clara y de largo plazo que le permita alcanzar un nivel equiparable en 2030, reto que no le resultará sencillo. Las desigualdades en la atención que aún persisten a nivel regional, obligan a mejorar la calidad y cobertura de la

atención de la manera más eficiente y al menor costo, especialmente en las áreas de menor desarrollo y más alejadas de los centros urbanos.

Chile ha acumulado más de 60 años de políticas públicas de atención materna e infantil que, con actualizaciones y adaptaciones, han demostrado estabilidad y continuidad, lo cual ha permitido que las acciones de gobierno mantengan una racionalidad a través del tiempo. Hecho que contrasta con la historia de las políticas de salud materna de México. De acuerdo con Stein y Tommasi (2006), las características clave de las políticas públicas deben ser, en primer lugar, la *estabilidad*, la *adaptabilidad*, la *coherencia y coordinación*, la *calidad de la implementación y ejecución*, la *orientación hacia el interés colectivo* y la *eficiencia*. Dichas características son tan importantes como el contenido mismo de las políticas. En México no han faltado las políticas y las buenas ideas, pero la inestabilidad y dispersión de las políticas de salud materna han arrojado resultados menos satisfactorios comparados con los de Chile.

A diferencia de los países con los menores niveles de mortalidad materna, Chile incluido, México carece de una base de parteras profesionales y técnicas que contribuyan a mejorar la cobertura y calidad de la atención desde el primer nivel de atención. Por ello, los ODS ofrecen una excelente oportunidad para adoptar soluciones innovadoras que refuercen aquellas acciones que ya están teniendo buenos resultados y modificar las que no son exitosas. La nueva NOM-007-SSA2-2016 ya establece la necesidad de priorizar la atención de los partos de bajo riesgo con parteras técnicas y enfermeras obstetras, sin embargo, México aún no cuenta con una estrategia para lograrlo, por lo que revisar la experiencia chilena al respecto se ha vuelto más relevante que nunca.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS COMPARADO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN MÉXICO Y CHILE

En el presente capítulo se analizarán las características particulares de la atención del parto en México y Chile, qué tipo de personal está cargo de éste, la calidad de la atención y cómo evolucionó en términos generales la partería profesional en Chile hasta alcanzar el lugar preponderante que ocupa actualmente; al contrario de México donde aún espera su resurgimiento.

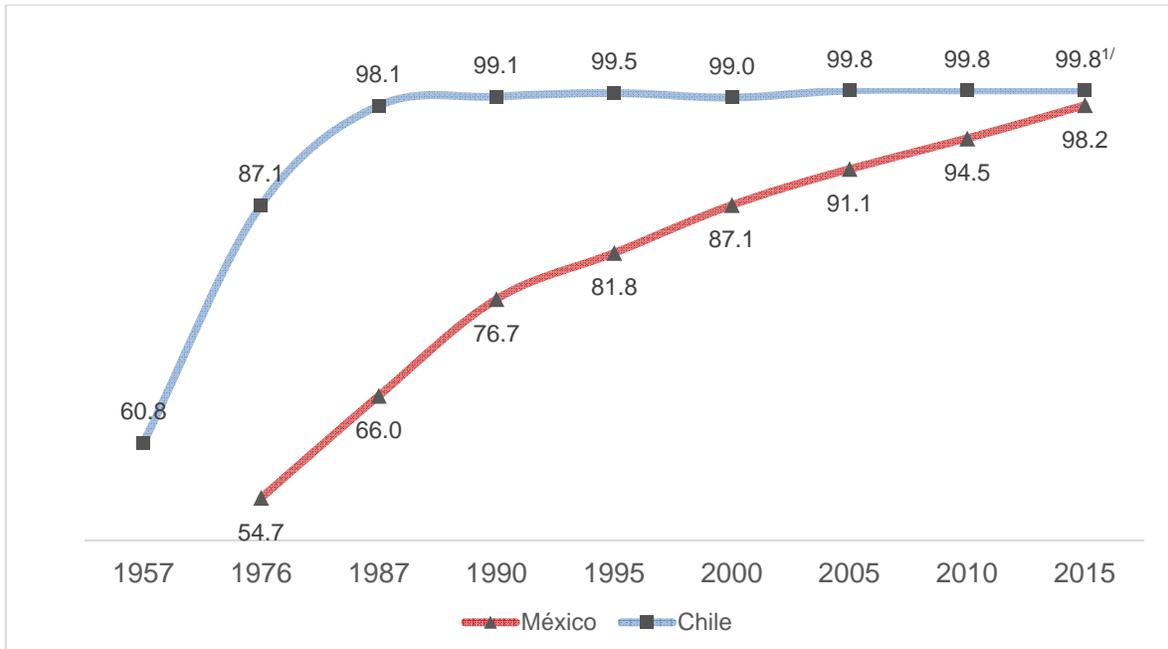
5.1 Cobertura de atención del parto por personal calificado

Chile alcanzó la cobertura universal de la atención calificada del parto al principio de la década de 1990. A diferencia de México, la evolución de la cobertura del parto en Chile ocurrió a un ritmo más acelerado, en sólo 30 años logró pasar de 60.8% en 1957 a 98.1% en 1987. Para llegar a la cobertura que tuvo Chile en 1987, México demoró casi 30 años más (GRÁFICO 5.1).

En un amplio estudio sobre los factores que incidieron sobre la disminución de la mortalidad materna en Chile, Koch, *et al.* (2012a) confirmaron que el incremento de la cobertura del parto en Chile tuvo un fuerte impacto sobre esta reducción, lo que demuestra el consenso científico sobre el impacto que tiene esta variable. Esta relación fue especialmente importante hasta que Chile alcanzó una cobertura de 92.2 en 1981 y una razón de mortalidad materna (RMM) de 42.4 (GRÁFICO 5.2). A partir de esta fecha, las reducciones subsecuentes se debieron al incremento del nivel educativo de las mujeres, así como a una expansión significativa en el acceso a la atención obstétrica de emergencia y especializada (Koch, *et al.*, 2012a).

México ha tenido un crecimiento constante de la atención calificada del parto en las últimas décadas, aunque todavía no de la calidad deseada. En 1976, se estimaba que la cobertura del parto abarcaba un poco más de la mitad de todos los nacimientos, misma que tuvo su mayor periodo de expansión hasta 1990. A partir de ese año, la cobertura del parto sólo aumentó uno por ciento promedio anual, frente al 1.5% del periodo anterior (GRÁFICO 5.1). En 2015, México alcanzó una cobertura de 98.2%, lo que puede considerarse casi una cobertura universal.

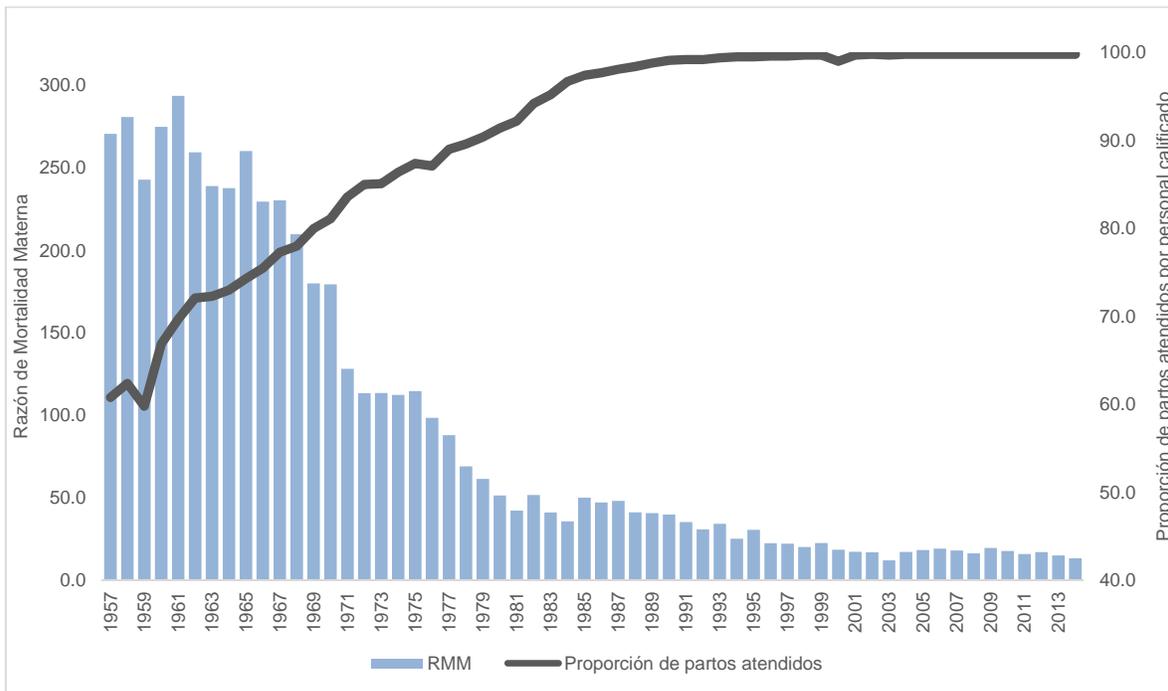
Gráfico 5.1 México y Chile: Evolución de la cobertura de atención del parto
(Proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado)



1/ Dato corresponde a 2014.

FUENTE: México: Zúñiga, Zubieta y Araya (2000) y SIODM (2017b); Chile: Koch, *et al.* (2012a) y Minsal (2017).

Gráfico 5.2. Chile: Razón de mortalidad materna y cobertura de atención del parto
(Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos y proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado)



FUENTE: Koch, *et al.* (2012a) y (2012b).

Con este resultado, México pudo cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de alcanzar al menos 90% de cobertura para 2015. Y aunque los niveles de mortalidad materna del país mostraron una tendencia descendente, no estuvo exento de periodos recientes de estancamiento, como los ocurridos entre 2010-2012 o 2013-2014; los cuales motivaron, en buena medida, la realización de esta investigación y la formulación de las siguientes preguntas: ¿por qué no han disminuido más los niveles de mortalidad materna en México si se tiene una cobertura del parto tan amplia? ¿Cuáles son las características del personal sanitario a cargo de la atención del parto en México? ¿La ausencia de la partería profesional en México influye en la calidad de la atención del parto? De acuerdo con Lazcano-Ponce, *et al.* (2013) la atención institucional o médica del parto en México no es sinónimo de atención obstétrica calificada. Y aunque las autoridades de salud reportan una elevada cobertura de atención del parto en unidades médicas, según Lazcano Ponce, *et al.* (2013), ésta no parece relacionarse con una adecuada reducción en la mortalidad materna, por lo que no se puede confirmar “correlación alguna entre porcentajes de cobertura del parto y RMM por entidad federativa” (p. S217). Ejemplo de esto son las entidades de Nayarit y la Ciudad de México que en 2015 presentaban coberturas de atención superiores al 99% (SIODM, 2017b) y, al mismo tiempo, presentan algunos de los niveles de mortalidad materna más altos del país (SIODM, 2017a). Esta aparente falta de correlación entre la RMM y la proporción de partos atendidos a nivel institucional podría estar relacionada con “una insuficiente competencia de los profesionales de salud (particularmente médicos del primer y segundo nivel de atención) para ofrecer atención de calidad a las emergencias obstétricas” (Lazcano-Ponce, *et al.*, 2013, p. S220). Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2017) reporta que el 80% de todos los partos en México son atendidos por personal médico en formación, quienes han mostrado menores competencias que otro personal de partería, como las parteras profesionales (PP) y las licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO).

5.2 Personal que presta servicios de partería en México

Ahora que México alcanzó una cobertura casi universal de la atención del parto, al menos en las cifras reportadas, es importante transitar hacia una atención especializada, de calidad y más uniforme entre todas las regiones del país. Sin embargo, en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014*, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaron que la necesidad satisfecha estimada de las 46 intervenciones esenciales en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) sólo alcanzaba a cubrir el 61% de la demanda (UNFPA, 2014). Esa estimación se realizó con datos a 2012, lo que contrasta con la cifra de partos asistidos por personal sanitario capacitado que fue reportada para ese año, la cual ascendió a 96% de los nacimientos registrados (SIODM, 2017b). Si la necesidad satisfecha de servicios esenciales es inferior a la cobertura del parto, esto constituye un claro indicio de una posible contradicción entre las cifras oficiales y la realidad del parto en México, lo cual amerita evaluar más a fondo. Esta disparidad apunta a que no todos los partos son atendidos por personal calificado o especializado, pese a que la Secretaría de Salud define al personal sanitario capacitado como aquel “personal calificado para ofrecer la necesaria supervisión, atención y asesoramiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto” (SIODM, 2017b).

Para conocer el tipo de personal que atiende el parto en México se recurrió a la información proporcionada por el propio UNFPA y a información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Ante la falta de información pública sobre el número de parteras profesionales inscritas en el Sistema de Salud, se recurrió al informe elaborado por el UNFPA (2014), alimentado con información proporcionada por la Secretaría de Salud.

Las únicas parteras con estudios reconocidos en México egresan como técnicas de nivel medio superior (N. Herrera, comunicación personal, 25 de mayo de 2017). Algunas de las pocas escuelas para cursar dicha carrera técnica son: Escuela de Parteras Profesionales de CASA, la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero en Tlapa y la Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas en Michoacán. Recientemente, en 2015, la Escuela de

Enfermería de la Cruz Roja Mexicana en Morelos se convirtió en la primera escuela del país en ofrecer la licenciatura en salud reproductiva y partería. Este curso consta de siete semestres y cuenta con reconocimiento de la Secretaría de Educación del estado de Morelos, de la que egresarán en 2018 las primeras parteras licenciadas de México, en casi 50 años. De acuerdo al INSP (2017), en 2016 existían 100 parteras profesionales egresadas en todo México. Por otra parte, las parteras que se formaron en el extranjero y no cuentan con estudios en México no pueden acreditar sus estudios en el país, actualmente (C. Alonso, comunicación personal, 29 de noviembre de 2016).

Aunque no se ajustan a la definición de parteras de la ICM, en México existe otra profesional con habilidades en partería: la licenciada en enfermería y obstetricia (LEO). Esta profesional ha sido formada para ejercer todas las funciones tanto de enfermería como de partería, aunque sus capacidades en partería han sido ampliamente desaprovechadas. De acuerdo con el informe sobre *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* (UNFPA, 2014), las LEO sólo ocuparon el 20% de su tiempo en servicios de salud materna y neonatal, lo que supone un uso irracional de recursos en un entorno caracterizado por la escasez de personal especializado. La mayor parte de las egresadas provienen de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y del Instituto Politécnico Nacional, instituciones que imparten la carrera desde hace cinco décadas. Al tener una formación de enfermería con habilidades en partería, la OMS también las clasifica dentro de la categoría de enfermeras parteras (2004). A mediados de 2017 se tenía registro de 18,630 LEO laborando en el sector público (SSA, 2017).

Respecto al personal médico que presta servicios de SMN en México, el UNFPA (2014) destaca la presencia de los médicos generales como el grupo más numeroso, sin embargo, este grupo sólo dedica el 40% de su tiempo a dichas actividades. De acuerdo con cifras de la SSA (2016a), 48,265 médicos generales se encontraban laborando en el sector público en 2015, seguidos de los gineco-obstetras que sumaban 10,533, pero que aun así sólo dedicaron el 75% de su tiempo en actividades de SMN (UNFPA, 2014). Estas cifras no incluyen a los médicos en formación, como son pasantes, internos o residentes, los cuales se

desconoce en qué porcentaje participan en actividades de SMN, salvo que el 80% de los nacimientos en México son atendidos por éstos (INSP, 2017)

Existe otro grupo representado por las enfermeras perinatales, que son enfermeras que adquieren habilidades de partería tras cursar una especialidad de posgrado, y que se estima debe ser muy reducido. Sólo como ejemplo, de un universo de 273,042 enfermeras laborando en el sector público a mediados de 2017, sólo 7,368 enfermeras contaban con alguna especialidad, el equivalente al 3% del total (SSA, 2017). De éstas, habría que descontar todavía las enfermeras que cursaron otra especialidad, y aunque no se cuenta con un dato oficial disponible. De acuerdo con C. Alonso (2016), sólo 170 enfermeras perinatales egresaron entre 2004 y 2015, un número que de confirmarse es claramente insuficiente frente al número de partos en México.

Otra fuente de información consultada que permite conocer las características de la atención del parto en México es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. De acuerdo con Lazcano-Ponce y otros (2013), cerca de 96 de cada 100 partos ocurridos en los cinco años previos a la encuesta fueron atendidos por médicos y sólo uno por una partera profesional o técnica y otro tanto igual por enfermeras. Los resultados de la ENSANUT confirman el altísimo porcentaje de partos atendidos por médicos en comparación con otros profesionales de la salud, así como la baja participación que tienen las enfermeras, no se diga la de las parteras profesionales (TABLA 5.3).

Los subsistemas donde los médicos atienden la mayor proporción de partos se concentran en los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y en los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas (SEDENA-SEMAR), con el 100%. Seguidos de los hospitales privados con 99.3%; el IMSS con 99.0%; el ISSSTE con 98%; y la Secretaría de Salud (SSA), junto a los Servicios Estatales de Salud, con 97.9%. Inclusive en el subsistema IMSS-Oportunidades que atiende a comunidades rurales, el porcentaje de partos atendidos por médicos llega a 96.8% (TABLA 5.3).

La gran mayoría de los partos atendidos por parteras profesionales en México tampoco ocurre en instituciones de salud, sino en el hogar de la madre o en casas de parto. Su participación en el sistema de salud mexicano es tan baja que de un universo de 9.6 millones ocurridos entre 2007 y 2012, sólo 97,000 partos fueron

atendidos por parteras, el equivalente al 1%, de los cuales sólo 4,400 ocurrieron en centros de salud públicos o privados (Lazcano-Ponce, *et al.*, 2013). Las parteras tradicionales o empíricas, atendieron el 1.8% de los nacimientos, inclusive más que las enfermeras y auxiliares de enfermería que en conjunto atendieron otro 1% (TABLA 5.3).

TABLA 5.3. México: Personal de salud que atendió el último parto, estratificado por el lugar de atención médica
(Porcentaje de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años)

Proveedor de la atención	SSA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA SEMAR	Hospitales privados	Consultorio dependiente de farmacia	Casa de partera	Hogar	Total
Médico	97.9	99.0	96.8	98.0	100	100	99.3	100	10.1	5.3	95.5
Enfermera	1.2	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.9	0.7
Auxiliar de enfermería	0.4	0.5	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
Partera profesional	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	53.3	22.0	1.0
Partera tradicional o empírica	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	34.6	61.1	1.8
Otro personal de salud	0.3	0.1	2.4	0.3	0.0	0.0	0.4	0.0	1.5	0.0	0.4
Ninguno	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	10.3	0.3
Total	100	100	100	100	100.0	100.0	100	100	100	100	100

FUENTE: Cuadro elaborado a partir de Lazcano-Ponce, *et al.* (2013) con datos de la ENSANUT 2012.

5.3 Participación de las matronas en la atención del parto en Chile

En Chile, las parteras profesionales son conocidas bajo el nombre de *matronas*, el cual se utiliza exclusivamente para diferenciarlas de las asistentes tradicionales del parto, también conocidas como parteras tradicionales o *empíricas* (Lattus y Sanhuenza, 2007). Chile, como en casi todos los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la matrona o partera profesional tiene una presencia destacada en su sistema de salud (TABLA 5.4). El número de parteras practicantes supera el número de médicos obstetras en 27 de los 34 países miembros de la OCDE, a razón de 2.6 parteras por cada médico obstetra en promedio (OCDE, 2013). En Chile, esta relación es de 5.4 matronas por cada obstetra, lo cual refleja la importancia que tiene la matrona en

la provisión de servicios de salud materna. Hay países con valores más altos, como Turquía (8.2), Nueva Zelandia (7.8), Australia (7.5) e Islandia (7.5), o tan bajos como Corea del Sur (0.2), Eslovenia (0.3) y Estados Unidos (0.4).

TABLA 5.4. OCDE: Cifras seleccionadas sobre mortalidad y atención materna

País	RMM 1/	Nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado 2/	Parteras (por cada 100,000 mujeres) 3/	Gineco-obstetras (por cada 100,000 mujeres) 4/	Parteras/ Gineco-obstetras
Islandia	3	ND	175.1	23.3	7.5
Polonia	3	99.8	114.3	26.0	4.4
Finlandia	3	99.9	79.3	21.8	3.6
Grecia	3	ND	46.1	49.3	0.9
Suecia	4	ND	148.5	28.3	5.2
Rep. Checa	4	99.8	83.8	49.5	1.7
Italia	4	99.9	47.9	41.9	1.1
Austria	4	98.5	31.0	38.1	0.8
Noruega	5	99.1	90.8	19.7	4.6
Japón	5	99.8	40.1	15.6	2.6
Suiza	5	ND	57.9	35.7	1.6
España	5	ND	33.8	24.7	1.4
Israel	5	ND	43.4	37.2	1.2
OCDE	5	99.1	69.9	27.3	2.6
Australia	6	99.3	138.3	18.4	7.5
Dinamarca	6	98.2	55.5	18.7	3.0
Eslovaquia	6	98.5	66.3	40.0	1.7
Alemania	6	98.5	45.8	38.8	1.2
Bélgica	7	ND	101.3	24.1	4.2
Países Bajos	7	100	31.1	15.4	2.0
Canadá	7	99.9	5.7	14.9	0.4
Irlanda	8	99.7	90.4	15.3	5.9
Francia	8	98.3	58.1	24.0	2.4
Reino Unido	9	99.0	99.3	23.8	4.2
Estonia	9	99.4	52.8	37.1	1.4
Eslovenia	9	99.8	10.3	32.4	0.3
Luxemburgo	10	99.9	72.3	30.8	2.4
Portugal	10	98.9	43.1	28.8	1.5
Nueva Zelandia	11	96.6	112.8	14.5	7.8
Corea del Sur	11	100	4.7	22.6	0.2
Estados Unidos	14	98.5	6.9	26.5	0.4
Chile	14	99.8	83.3	15.3	5.4
Turquía	16	97.4	140.1	17.1	8.2
Hungría	17	99.1	33.3	23.2	1.4
México	35	98.2	0.2	33.8	0.0

FUENTES:

^{1/} OMS (2015b); Chile: Minsal (2017); México: SIODM (2017a).

^{2/} UNICEF (2017); México: SIODM (2017b).

^{3/} OCDE (2013); Estados Unidos: ACNM (2016) y U.S Census Bureau (2015); México: INSP (2017) y CONAPO (2015).

^{4/} OCDE (2013).

Sin embargo, ninguno de estos ejemplos se puede comparar con México, donde de acuerdo a cálculos propios esta relación es de apenas 0.005 parteras por cada gineco-obstetra (OCDE, 2013; UNFPA, 2014).

La densidad de parteras profesionales por cada 100,000 mujeres presenta un promedio de 70 en la OCDE, unas 350 veces superior a México, con valores tan altos como Islandia (175), Suecia (148) o Turquía (140), o tan bajos como Estados Unidos (6.9), Canadá (5.7) y Corea del Sur (4.7) (TABLA 5.4). Pero inclusive en Corea del Sur, donde la presencia de parteras es el segundo registro más bajo, el número de parteras es 50 veces más alto que en México, el cual apenas alcanza una densidad de 0.2 parteras (INSP, 2017; CONAPO, 2015). Chile, en cambio, se encuentra por encima del promedio y presenta una densidad de 83.3 parteras por cada 100,000 mujeres (OCDE, 2013). Llama la atención que Estados Unidos, pese a ser el país del mundo que más gasta en salud, es también el país desarrollado con la mayor mortalidad materna (Rosenthal, 30 de junio de 2013).

Sirve de muy poco que México se encuentre entre las 10 naciones con mayor densidad de obstetras de la OCDE, muy por encima del promedio de 27 obstetras por cada 100,000 mujeres (OCDE, 2013), porque no compensa la falta de parteras profesionales. Al momento de contabilizar la fuerza combinada de parteras más obstetras, queda en evidencia la desventaja en la que México se encuentra frente al resto de países de la OCDE (TABLA 5.4).

Mientras México suma 34 parteras y obstetras por cada 100,000 mujeres, Chile presume de tener 98.6, casi tres veces más. Al déficit de personal con las competencias adecuadas, hay que sumar que México atiende poco en el primer nivel, de ahí el excesivo uso de las cesáreas (Cárdenas, 2014). Atender la mayor parte de los nacimientos en el segundo nivel ha conllevado a una saturación de servicios en dicho nivel (Alonso, 2016; Mera, 2016; Fundación MacArthur, 2013) y, por ende, a una mala calidad de atención, así como un mayor costo para el sistema de salud. Bajo este contexto tan desfavorable, sorprende que las autoridades mexicanas no hayan volteado a ver con mayor entusiasmo a la partería profesional para cubrir las necesidades de atención. En cambio, Chile logra resultados de atención y mortalidad materna muy superiores a los de

México, pese a tener una densidad de gineco-obstetras muy por debajo del promedio de la OCDE (TABLA 5.4).

Las matronas chilenas se desempeñan como profesionales autónomas, de acuerdo con la definición de la ICM, y pueden dirigir sus propias unidades de trabajo, lo que significa que no están subordinadas a los médicos como sí lo están las enfermeras. Son responsables de la mayoría de las actividades ginecológicas y obstétricas de atención primaria, asisten el parto normal en el sistema público, trabajando en colaboración con médicos obstetras (Segovia, 1998). Están facultadas por ley para prescribir algunos medicamentos, al contrario de las enfermeras quienes lo tienen prohibido. Las matronas cursan un programa de estudios de cinco años de duración de nivel universitario y cubren la mayoría de las actividades previstas en el Programa de Salud de la Mujer supervisado por el Minsal (Binfa, 2014). A diferencia de las enfermeras que estudian una mayor gama de intervenciones de cuidado, las matronas se especializan exclusivamente en obstetricia. Las enfermeras suelen ser más jóvenes también, mientras más de la mitad de éstas tienen menos de 35 años, sólo 31% de las matronas es menor de 35 años y hasta seis por ciento son mayores a 65 años (Minsal, 2016c).

En junio de 2017, el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia (SIS) de Salud de Chile, dependiente del Ministerio de Salud, tenía registrados a 12,590 matronas y matrones en todo el país, de los cuales 12,007 estaban ejerciendo (Minsal, 2017b). El 90% son matronas mujeres y el restante son varones o matrones (Minsal, 2013); la tasa de titulación de las aspirantes a matronas es del 79%, sólo por debajo de los médicos (93.7%) y los bioquímicos (80.2%), muy por encima de la tasa de titulación de las enfermeras (47.6%) (Minsal, 2016c). Asimismo, en junio de 2017 se tenía registro de 3,141 enfermeras matronas, de las cuales 3,007 estaban prestando servicio (Minsal, 2017b). En total, se calcula que existe una matrona por cada 20 nacimientos en Chile (Minsal, 2017a; 2017b).

Las matronas, según Binfa (2014), cubren cerca del 95% de las actividades del Programa de Salud de la Mujer en la atención primaria de salud, lo que no incluye partos que se atienden a partir del segundo nivel. Es en este segundo nivel que se estima que las matronas atienden o participan en la atención del 70% a 80% de

todos los nacimientos del país (Institute of Medicine, 2003; Lattus y Sanhueza, 2007). De acuerdo con Lillo, Oyarzo y Román (2014) las matronas atienden al 100% de las mujeres embarazadas que pertenecen a los tres quintiles inferiores.

TABLA 5.5 Chile: Matronas laborando en el sector salud por nivel de atención

Primer nivel, 2014 (Municipalizado)		Segundo y tercer nivel, 2015 (Fonasa)	
Región	Matronas	Servicio de Salud	Matronas
Arica y Parinacota	43	Arica	46
Tarapacá	68	Iquique	69
Antofagasta	121	Antofagasta	120
Atacama	83	Atacama	77
Coquimbo	93	Coquimbo	102
Valparaíso	290	Valparaíso - San Antonio	82
		Viña del Mar - Quillota	135
		Aconcagua	76
Metropolitana	941	Metropolitana Norte	124
		Metropolitana Occidente	208
		Metropolitana Central	163
		Metropolitana Oriente	117
		Metropolitana Sur	162
		Metropolitana Sur Oriente	237
O'Higgins	157	O'Higgins	162
Maule	157	Maule	158
Biobío	422	Arauco	60
		Biobío	94
		Concepción	128
		Talcahuano	71
		Ñuble	84
La Araucanía	190	Araucanía Norte	60
		Araucanía Sur	143
Los Ríos	70	Valdivia	76
Los Lagos	210	Chiloé	45
		Osorno	58
		Del Reloncaví	114
Aysén	59	Aysén	57
Magallanes y La Antártica	37	Magallanes	39
Total	2941	Total	3,067

FUENTE: INE (2016); Minsal (2016c).

En los registros del Sistema Público de Salud puede observarse que las matronas están ampliamente distribuidas en todo Chile (TABLA 5.5). Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2016), 2,941 matronas se encontraban laborando en el primer nivel municipalizado en cada una de las quince regiones de Chile. Tras una rectificación de los registros realizada en 2012, se observó un

incremento continuo de las matronas a partir de dicho año (INE, 2016c). Por otro lado, el Minsal reportó que, en el segundo y tercer nivel de atención, donde se concentra la mayor parte de la atención del parto, se encontraban laborando 3,067 matronas distribuidas en cada uno de los Servicios de Salud responsables de atender a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (Minsal, 2016c). Se desconoce, el número de matronas laborando en el subsistema privado.

5.4 Origen y evolución de la partería profesional

La partería profesional, también conocida como matronería, tiene un origen muy similar en Chile y México que se remonta a la época prehispánica. En las culturas precolombinas, las matronas se desempeñaron como ayudantes durante el parto y era muy común que participaran en rituales de alumbramiento. En el periodo colonial, de acuerdo con Carrillo (1999) y Lattus y Sanhuenza (2007), existieron parteras españolas, negras, mestizas, indias y mulatas. Durante el siglo XVIII, el Real Protomedicato, creado para vigilar el ejercicio de las profesiones médicas, emprendió esfuerzos para regular su práctica. En el siglo XIX, la partería profesional continuó una evolución muy similar en ambos países. Las principales escuelas de medicina ofrecían programas de obstetricia para mujeres (Carrillo, 1999; Lattus y Sanhuenza, 2007), aunque el número de egresadas era tan bajo que difícilmente tuvieron algún impacto en las condiciones de salud de la época. Los estrictos requisitos para el ingreso y titulación fueron obstáculos persistentes para las mujeres en México y Chile.

Los caminos entre ambos países divergieron en la segunda mitad del siglo XX, la partería profesional (matronería) fue respaldada por el gobierno chileno y considerada una pieza clave en la implementación de su Programa Materno Infantil (Zárate y Godoy, 2011). Esto permitió que se consolidara dentro del sistema educativo formal, siendo hoy una profesión reconocida y distribuida ampliamente en dicho país. No obstante, la partera tradicional y la matrona profesional coexistieron en Chile durante mucho tiempo, porque esto permitía ampliar la cobertura asistencial. Sin embargo, de acuerdo con Zárate y Godoy (2011), la creación del Servicio de Salud Nacional buscó “convertir la asistencia del parto, ya fuera domiciliaria u hospitalaria, en una atención de alto estándar

científico” (p. 143), practicada por profesionales sin la intervención de la medicina popular y de las parteras empíricas, salvo en casos de emergencia.

En México, la partería profesional siempre mantuvo una baja demanda en el sistema de salud y durante el siglo XX la carrera fue asimilada a la enfermería, convirtiendo a la partería en una especialidad de la enfermería (UNFPA, 2017b). De acuerdo con Carrillo (1999), las autoridades privilegiaron la atención por parte de médicos generales y obstetras. En la década de 1950 se congelaron las plazas para parteras en todo el sistema de salud, lo que precipitó a la partería a un rápido declive, cuyo desenlace fue la desaparición de la carrera a mediados de la década de 1960. La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) decidió cerrar la carrera de obstetricia, y crear en su lugar la licenciatura de enfermería y obstetricia para ajustarse mejor a las necesidades del sistema de salud. A lo largo de su historia, muchos fueron los obstáculos que enfrentaron las parteras tituladas en México, entre los principales estuvieron el rechazo del gremio médico y el cuestionamiento sobre sus capacidades, y una serie de prejuicios que sobreviven hasta nuestros días (R. Lozano, 2017). Las parteras tradicionales, en cambio, mantuvieron su rol, especialmente en las comunidades rurales e indígenas. En muchos de los casos se mantuvieron como las únicas proveedoras disponibles. Las autoridades de salud impulsaron, sin embargo, un proceso de registro y acreditación de parteras tradicionales que se remonta a la década de 1970 con el objetivo de mantener un control y garantizar cierto nivel de competencias, sin embargo, la corta duración de los cursos y la baja o nula escolaridad de éstas, ha sido un problema persistente desde entonces. A nivel institucional, las parteras tradicionales tampoco han encontrado apoyo para colaborar con el sistema de salud, y generalmente se les califica más como un obstáculo que como un activo, rechazando inclusive el ingreso de pacientes referidas por ellas (C. Mera, comunicación personal, 30 de noviembre de 2016; Fundación MacArthur, 2013). En la década de 1970, ya se discutía entre abandonar la incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud y reemplazarlas “tan pronto como sea posible con médicos” o aceptar que “los médicos nunca se convencerán de trabajar en áreas rurales”, que enviar médicos a las áreas rurales implicaba desperdiciar a un recurso altamente

especializado y que por ello había que echar mano de las parteras tradicionales o paramédicos bien adiestrados (Arias y Keller, 1976). El resultado, no obstante, es el que ya se ha descrito.

5.5 Situación actual de la partería y la atención materna

La matrona o partera es la proveedora de servicios de salud materna y neonatal más frecuente en diversos países de la OCDE (2013). En los países donde tiene presencia, la partería profesional está orientada a brindar una atención especializada y centrada en la mujer. En Chile y Reino Unido, la partera o matrona es una profesional autónoma y de entrada directa, generalmente responsable de su área de trabajo y de sus propias decisiones. Es una profesional de la salud que no se subordina a otros proveedores. En esta profesión, una jefa de matronas es quien dirige a las demás durante la atención del parto. Para obtener el título o licencia de partería deben acreditar cierto número de horas de práctica clínica, donde las parteras más experimentadas concluirán la formación de las aspirantes más jóvenes (N. Cortés, comunicación personal, 21 de diciembre de 2016; A. Román y S. Oyarzo, comunicación personal, 22 de diciembre de 2016). La labor de las parteras, no se limita a la atención del parto, dan servicios que cubren todo el ciclo reproductivo de la mujer, son capaces de ofrecer un conjunto completo de servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, prevención de la transmisión del VIH y de embarazos de riesgo como el embarazo adolescente (UNFPA, 2014).

En algunos países, como Reino Unido, la elección sobre dónde ocurrirá el parto depende del riesgo que presente, de las necesidades de la madre y de su lugar de residencia. Las mujeres pueden elegir entre su propio hogar, en alguna de las unidades dirigidas por parteras (maternidad o unidad de partería) o en los hospitales de segundo nivel. En todos los casos será atendida por parteras, excepto en el hospital donde además de parteras habrá disponibilidad de médicos (NHS, 2017). En esta elección, las futur

as madres son acompañadas y orientadas por las matronas responsables de su atención prenatal desde el primer nivel de atención. Si la futura madre decide

continuar en el primer nivel, el parto será asistido por la misma partera que le proporcionó la atención prenatal, y si decide atenderse en un hospital, el parto también será asistido por una partera distinta a la que le proporcionó la atención prenatal, con la diferencia de que habrá médicos disponibles en caso de que se requiera. El sistema de salud en estos países promueve la elección informada, por lo que la mujer tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier etapa del embarazo (NHS, 2017). En Chile, la atención antes, durante y después del parto es llevada a cabo por parteras o matronas, salvo en complicaciones del embarazo, donde el parto es atendido por un obstetra. Sin embargo, a diferencia del Reino Unido, las mujeres registradas en el sistema público no tienen mucha elección sobre el lugar de nacimiento, pues sus partos siempre deberán ocurrir en el hospital que le corresponda. El primer nivel solamente está habilitado para dar consultas pregestacionales, seguimiento del parto y posparto, consultas sobre salud sexual y reproductiva; los partos, en cambio, son referidos sin excepción para su atención en las maternidades de los hospitales (Paulina Troncoso, comunicación personal, 21 de diciembre de 2016).

En México, en cambio, la mayor parte de la atención es proporcionada por médicos en formación y gineco-obstetras. El parto ocurre generalmente en los hospitales de segundo o tercer nivel, independientemente de su nivel de riesgo. En algunas entidades federativas como el Estado de México y Tlaxcala existen algunas clínicas maternas de reciente creación, del servicio público, reservadas para la atención de partos de bajo riesgo en el primer nivel, pero son más una excepción que la regla. La atención prestada en estas clínicas se encuentra, mayoritariamente, a cargo de enfermeras obstétricas (LEO). En el ámbito público, la clínica materna de atención primaria más reconocida es la Unidad Médica de Especialidad Materna de Atlacomulco perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM); la cual, desde 2010, atiende todas las etapas del proceso reproductivo bajo un modelo de partería profesional, muy similar al descrito en el Reino Unido. Éste se basa en otro desarrollado por el Centro de Investigación Materno Infantil GEN (CimiGen), una institución privada sin fines de lucro ubicada en la Ciudad de México, quien fue pionera en la atención del parto por parte de enfermeras obstetras y perinatales.

En la “Maternidad de Atlacomulco”, además de la atención de partos de bajo riesgo, la atención abarca toda la vida reproductiva de la mujer, desde la detección de riesgos en adolescentes, planificación familiar, hasta la menopausia, bajo un enfoque de atención primaria de la salud. Su modelo de primer nivel de atención “implica que el servicio fue diseñado a partir de las necesidades culturales y sociales de las mujeres y sus familias” (OPS/OMS, 2013, s.p.). Cuentan con una plantilla de 37 mujeres profesionales en la salud, tituladas en enfermería perinatal y en enfermería obstétrica, más dos especialistas en enfermería neonatal (Diario Imagen, 2017). Aunque las responsables de la atención no son propiamente parteras o matronas, todas ellas son licenciadas, tituladas y certificadas, y trabajan en estrecha colaboración con un médico gineco-obstetra que está de guardia en ciertos horarios, y en caso de requerirse una cesárea refieren el caso al Hospital General de Atlacomulco (Fundación MacArthur, 2013). Desde que la Maternidad de Atlacomulco abrió sus puertas en 2010, ha atendido 5,332 nacimientos sin un solo caso de mortalidad materna (Diario Imagen, 2017), y presta servicio a una población de 220,000 mujeres de los municipios rurales de Atlacomulco, Temascalcingo, Acambay, Jocotitlán y Timilpan. Su exitoso modelo se convirtió, presuntamente, en la base para la apertura de otras clínicas maternas en las “Ciudades de la Salud para la Mujer” de Cuautitlán, Huixquilucan y Ocuilan, también en el Estado de México. Otro ejemplo es el Centro de Salud con Servicios Ampliados de Maternidad de Ixtacuixtla inaugurado en Tlaxcala en el año 2017, el cual sigue un modelo basado en partería profesional similar al de Atlacomulco, con la participación de enfermeras obstétricas y perinatales, y que cuenta con el respaldo y seguimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2017) a través de una consultoría técnica.

Asimismo, existen algunos hospitales que han implementado modelos de atención que emplean enfermeras obstétricas o perinatales, como es el caso del Hospital General de Cuautitlán (Ramírez-Hernández, 2012) o el Hospital Materno Infantil de Chimalhuacán. De acuerdo con Christian Mera, ex director del Hospital Materno Infantil de Chimalhuacán, los esfuerzos por incorporar a parteras o enfermeras en la atención del parto se ven limitados frecuentemente por la falta de plazas o por la resistencia de los médicos a laborar con ellas (C. Mera,

comunicación personal, 30 de noviembre de 2016). Ante la falta de una política de estado para que parteras y enfermeras obstétricas o perinatales asuman mayor responsabilidad en la atención médica y al no existir un marco legal robusto que las cobije, su incorporación o participación depende muchas veces de la voluntad del director del hospital en turno.

La partería profesional, por otra parte, está experimentando un lento resurgimiento en México. Sin embargo, es importante señalar que las parteras existentes han egresado de cursos técnicos de nivel medio superior con una duración de 3 años. Su formación contrasta con la preparación que reciben las LEO, quienes cursan un programa de nivel licenciatura de 5 años de duración. Cabe señalar que la mayoría de las enfermeras obstétricas han sido formadas en las principales instituciones públicas de educación superior como la UNAM y el IPN. En cambio, las parteras técnicas egresan en su mayoría, de escuelas de reciente formación y una matrícula muy pequeña. En términos generales, el nivel de estudios y de formación académica entre una LEO y una partera técnica es completamente desigual, y más contrastante cuando se les compara con las enfermeras perinatales quienes, inclusive, cuentan con estudios de posgrado. La coexistencia de parteras técnicas y enfermeras obstétricas obliga a que las autoridades definan su ámbito de actuación y cómo se coordinarán entre ellas.

Actualmente, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM, 2016), no define el rol específico que deben desempeñar los médicos generales, médicos obstetras, enfermeras obstétricas y parteras técnicas. Sin embargo, ya establece disposiciones para las parteras tradicionales, a quienes las define como “personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica”.



Aún queda por definir si las parteras técnicas pueden compartir una misma área de trabajo con las enfermeras obstétricas, si ambas deben tener iguales responsabilidades y competencias, o si hay alguna diferencia legal entre ellas. En Chile, las enfermeras obstétricas, mejor conocidas como enfermeras matronas, no pueden atender partos en el sector público, y su actuación está relegada a algunos hospitales privados. En el caso mexicano, falta definir qué lugar debe

ocupar la partera técnica o si ésta se subordinará a otro profesional. Pero, una partera es por definición una profesional autónoma que no se subordina a médicos o enfermeras. Habrá que responder cómo se evitará la rivalidad profesional entre ambas y cómo se diferenciarán. Mientras tanto, si los ámbitos de actuación de las parteras técnicas y enfermeras obstétricas no se definen, seguirán compitiendo por los mismos espacios. El egreso de las primeras parteras licenciadas enredará más la situación actual y fragmentará todavía más el universo de proveedores de servicios de partería. La pregunta que deberán responder las autoridades es si optarán entre un modelo de atención basado en enfermería obstétrica u otro basado en partería profesional.

CAPÍTULO 6

DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Los siguientes dos capítulos han sido dedicados a exponer los diversos testimonios recogidos en esta investigación. La partería profesional es un tema emergente en México que ha sido poco estudiado, en buena medida, porque ha permanecido ausente de las políticas públicas durante más de 50 años. Esta circunstancia motivó la elaboración de un estudio cualitativo y de tipo comparativo, que estuviese respaldado por información estadística y documental sobre la salud materna y la partería profesional en México y Chile. Frente a los retos para lograr una cobertura con calidad en materia de salud materna, así como las dificultades para cumplir con las metas internacionalmente acordadas sobre mortalidad materna, este estudio se propuso conocer a mayor profundidad las razones por las cuales la partería profesional seguía siendo menospreciada como una alternativa viable para México. El hecho de que la

partería profesional estuviere ausente durante medio siglo, no ofrecía una explicación satisfactoria para entender por qué las políticas de México insisten en un modelo de atención que privilegia la atención médica del parto, en detrimento de la calidad, la salud y el derecho de todas las mujeres a gozar de la mejor atención posible.

La información estadística disponible sobre salud materna en México ofrece un cúmulo de información muy relevante sobre las características y ocurrencia de las muertes maternas en México, pero arroja pocos datos cualitativos que permitan conocer las condiciones generales en que se lleva a cabo el parto institucional (SSA, 2016b). La hipótesis ampliamente aceptada por investigadores (Campbell y Graham, 2016; Renfrew, et al., 2014; Wirth, 2008) y organismos internacionales (OMS, 2006; 2009; 2011; 2015a; 2015b; 2015c; 2016; UNFPA, 2011; 2014), es que la partería profesional contribuye a mejorar la calidad de la atención obstétrica y a reducir la mortalidad materna en aquellos países donde se encuentra desplegada. La elaboración de un estudio cualitativo, no sólo permitiría evidenciar el problema que enfrenta la atención del parto en México o responder por qué las autoridades mexicanas no han impulsado decididamente la partería profesional, sino entender

cuáles son los obstáculos institucionales, educativos, normativos o ideológicos que dificultan o impiden su desarrollo. Los resultados permitirían, además, sustentar las recomendaciones de política que ameritaran para el caso.

6.1 Diseño del estudio

La presente investigación requirió la elaboración de un estudio cualitativo basado en un conjunto de entrevistas semiestructuradas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo bajo un diseño flexible, lo que significó que las preguntas se fueron adaptando conforme avanzó la recolección de la información (Mendizabal, 2006). Cada entrevista se compuso de un conjunto de preguntas dirigidas a reunir evidencia testimonial e información cualitativa para nutrir esta investigación. Las respuestas ofrecidas por los entrevistados fueron de suma importancia para conceptualizar la problemática de la atención del parto en México, describir el rol de la partera profesional en la mejora de la atención en Chile, conocer los obstáculos que dificultan el desarrollo de la partería profesional en México y sustentar una recomendación de política pública en la materia. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

6.2 Muestreo teórico

Las entrevistas tuvieron como objetivo recoger los testimonios de distintos actores relevantes en el ámbito de la salud materna y la partería profesional. Para contar con una visión lo más amplia posible y tener el mayor número de puntos de vista representados, se identificaron cuatro perfiles o categorías de interés: a) representación gremial; b) práctica clínica, c) gobierno e d) investigación académica.

Para cada categoría se buscaron diferentes actores con roles y responsabilidades similares dentro de México y Chile. Dentro del primer grupo se contactó a los representantes de las asociaciones nacionales de partería en cada país. En el segundo grupo, se buscó a profesionales de la salud con probada experiencia en la atención del parto en el nivel hospitalario. En el tercer grupo, se solicitó entrevista a funcionarios públicos con alto nivel de responsabilidad en el diseño, operación o implementación de los programas de salud materna

nacionales. Y, por último, se contactó a investigadores y académicos con amplia trayectoria en el campo de la salud y la partería profesional.

6.3 Número de entrevistas

Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas en total. Todas se realizaron de manera presencial, seis de ellas fueron individuales y otras dos se realizaron en grupos de dos. Cuatro de estas entrevistas se llevaron a cabo en la Ciudad de México y las restantes cuatro en Santiago de Chile.

6.4 Relación de entrevistas

#	Nombre	Cargo	Categoría	Tipo	Ciudad	Fecha
1.	Cristina Alonso	Expresidenta de la Asociación Mexicana de la Partería	Representación gremial	Presencial	CDMX, México	29-nov-16
2.	Christian Mera	Exdirector del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero en Chimalhuacán, Estado de México	Práctica profesional	Presencial	CDMX, México	30-nov-16
3.	Lorena Binfa	Exdirectora de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile	Investigación académica	Presencial	Santiago, Chile	20-dic-16
4.	Paulina Troncoso y Eduardo Soto	Encargada y dependiente del Programa Nacional Salud de la Mujer del Ministerio de Salud	Gobierno	Presencial	Santiago, Chile	21-dic-16
5.	Natalia Cortés	Partera, Jefa de Turno en Hospital San Juan de Dios, región Metropolitana de Occidente	Práctica profesional	Presencial	Santiago, Chile	21-dic-16
6.	Anita Román y Sandra Oyarzo	Presidenta y vicepresidenta del Colegio de Matronas de Chile	Representación gremial	Presencial	Santiago, Chile	22-dic-16
7.	Nazarea Herrera	Directora general adjunta de Salud Materna y Perinatal en el CNEGSR de la Secretaría de Salud	Gobierno	Presencial	CDMX, México	29-may-17
8.	Rafael Lozano	Investigador y profesor del Departamento de Salud Global de la Universidad de Washington en Seattle	Investigación académica	Presencial	CDMX, México	07-jul-17

6.5 Guía de entrevista

Las preguntas estuvieron dirigidas a conocer la opinión de distintos actores sobre los factores que determinan los niveles de mortalidad materna en sus respectivos países, las razones por las cuales no se logró alcanzar la meta de los ODM, las características de la atención del parto en cada país, los perfiles del personal a cargo de la atención, así como su opinión respecto a la partería profesional, su importancia y el futuro que vislumbran para ella, así como los obstáculos que dificultan su desarrollo y las recomendaciones que harían en la materia. Las preguntas realizadas en México y Chile tuvieron variantes de acuerdo a la realidad de cada país.

6.6 Aspectos éticos

Se informó a cada participante que la entrevista era voluntaria y en todo momento tendrían libertad de expresar sus opiniones fuera del micrófono y con total privacidad. Las personas que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, salvo por Cristina Alonso quien no lo consideraba necesario.

6.7 Análisis de la información

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se realizó un análisis de contenido a partir de la transcripción. No se requirió de un programa informático para la codificación y valoración de datos.

CAPÍTULO 7

RETOS Y OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA PARTERÍA EN MÉXICO

La partería en México es una profesión que, por un lado, ha permanecido ausente de las políticas públicas de México durante más de medio siglo y, por el otro, ha despertado en los últimos años un interés creciente entre funcionarios, organizaciones de la sociedad civil, investigadores y académicos. Este interés, sin embargo, no ha permeado de la misma manera entre tomadores de decisiones, autoridades de salud, médicos, directores de hospitales y de centros de salud. A continuación, se presentan los testimonios de cuatro entrevistados que fueron seleccionados de acuerdo a su perfil o área de desempeño.

7.1 Representación gremial a nivel nacional

Cristina Alonso (2016) es partera profesional, certificada en Estados Unidos. Al momento de la entrevista, se desempeñaba como presidenta de la Asociación Mexicana de Partería. Actualmente dirige “Luna Maya”, organización que cuenta con dos casas de partos en San Cristóbal de las Casas, Chiapas y otra en la Ciudad de México. Concedió una entrevista donde expuso detalladamente sus puntos de vista sobre la salud materna en México, los factores que contribuyen a la alta mortalidad materna, el papel de la partería profesional en México y los obstáculos que impiden su desarrollo.

Alonso atribuyó los altos niveles de mortalidad materna en México a un modelo de atención obstétrica altamente dependiente de las intervenciones médicas. Ella considera que la desigualdad en la atención, la obsesión desmedida en tecnificar el parto y un machismo imperante en México son algunos de los factores que contribuyen a los altos niveles de mortalidad materna en este país. El giro hacia el parto medicalizado en México ocurrió en el momento en que desapareció la partera profesional y fue sustituida por la enfermera.

La desaparición de las parteras profesionales en México obedece, a su juicio, a una política “machista” que buscó quitarle a las mujeres y a las parteras en particular, la competencia sobre el parto. Las parteras, históricamente, han desempeñado un papel de liderazgo y responsabilidad en la atención del parto, en

cambio, las enfermeras han sido formadas para desempeñar un papel pasivo y de subordinación. El médico, en el modelo mexicano de atención obstétrica, es el que asume el control absoluto del parto y del cuerpo de la mujer. Esa cultura machista que prevalece en México es la que buscó reemplazar a las parteras por enfermeras. En este modelo, expuso, el médico se asegura de mantener el control y no es casualidad que las consultas prenatales también se llamen “controles prenatales”.

En México, explicó, asistir a un hospital ha dejado de ser un derecho para convertirse en una obligación. A las mujeres se les “obliga” a someterse a los controles prenatales y a parir en hospitales de segundo nivel en condiciones inadecuadas y de saturación, lo que las obliga a sufrir penosas experiencias, inclusive violentas. Las consultas prenatales, que duran en promedio 15 minutos, son atendidas por médicos fatigados y agobiados por la papelería que regañan constantemente a las mujeres embarazadas por no ser lo suficientemente obedientes o por no haber asistido al anterior control prenatal. La realidad persistente, de acuerdo con Alonso, es que las mujeres no tienen incentivos para asistir a sus controles prenatales, debido a que esto les supone trasladarse largas distancias y perder un día entero. No obstante, las mujeres son reprendidas a la primera oportunidad porque no comen lo suficiente o comen demasiado, por ser delgadas o demasiado obesas, etcétera.

Por otra parte, el parto institucional supone una atención de mala calidad, las mujeres embarazadas se enfrentan a hospitales saturados donde los médicos de guardia no son obstetras especialistas, sino médicos en formación o internos fatigados que pasarán por una rotación de tres meses en el área de ginecobstetricia, periodo en el cual son entrenados para realizar revisiones de cavidad, episiotomías y cesáreas, no se les capacita para acompañar a una mujer durante la dilatación y el trabajo de parto.

Alonso señaló que el “enfoque de riesgo” adoptado por México, como en muchos países, buscó asegurar que todas las mujeres contaran con acceso a atención de emergencia. En la práctica, este enfoque asume que todas las mujeres embarazadas son “bombas a punto de explotar” y se pasa de largo la “importancia del parto fisiológico”. Aunado a que el personal dedicado a atender

partos no ha presenciado nunca un parto fisiológico, por lo que desconoce qué hacer durante el proceso de parto. Los partos, en términos generales, les produce una gran aprensión y miedo a los médicos a cargo porque en su capacitación se les ha repetido “una y otra vez” que las mujeres en labor “se van a morir”. Esto trae como consecuencia que los médicos busquen asegurar el control del parto a toda costa, lo que desencadena la inducción del parto y la práctica de cesáreas innecesarias. Sin embargo, la paradoja es que entre más intervenciones se realizan, más se pierde el control sobre el parto, porque esto interrumpe un proceso natural y el cuerpo deja de cooperar. El útero, señala, no es el mismo en una cesárea programada que durante una labor de parto. De igual modo, durante una inducción no se tiene la misma colaboración de las mujeres ni las hormonas ni el posicionamiento adecuado, lo que supone que en la mayoría de los casos se fuerza a las mujeres a parir rápido, sin acompañamiento y atendidas por completos desconocidos.

La desigualdad, denunció Alonso, se vive en mayor grado en las comunidades indígenas, donde se pone de manifiesto el “racismo” inherente de nuestro país, pues se considera apropiado que el médico “blanco” atienda a una mujer indígena pero no que una mujer de su propia comunidad pueda hacerlo. Pese a la nula afinidad cultural que dicho modelo de atención tiene. Una historia recurrente en las comunidades, advierte, es la de la mujer indígena que decide asistir a consulta, muchas veces cuando ya desarrolló síntomas de eclampsia, con mucho temor de que el “hombre blanco” la regañe. Como esto viene ocurriendo durante los últimos 500 años, existe un gran desincentivo para acercarse al sistema de salud y, en cambio, desconfiar de él.

A decir de Cristina Alonso, el principal interés del sistema de salud mexicano es la “extracción del feto del útero materno”, en otras palabras, “sacarlo rápido y lo más eficientemente posible”. Conceptos tales, como la experiencia de la mujer y la participación de la familia están ausentes, pues hay nulo entendimiento de que el nacimiento es un evento sexual, cultural y familiar.

El énfasis de hospitalizar a la mayor cantidad de mujeres no hace sentido, de acuerdo con Alonso. Un equipo de atención obstétrica no puede atender 20 mujeres al día sin sacrificar calidad; sin embargo, existen hospitales que atienden

200 diariamente. Hizo un recuento de diferentes historias donde la atención recuerda a la era “medieval”, de partos realizados en quirófanos con sábanas no lavadas donde se opera a una mujer sobre los restos de sangre del parto anterior. Puso como ejemplo un Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas, en el cual todas las mujeres de los Altos de Chiapas tienen que ir a parir. Ahí presencié que se atendía sin guantes quirúrgicos. Durante una época tampoco hubo jabón para lavarse las manos. Dichas prácticas, en su opinión, son anteriores a Pasteur y la teoría de los gérmenes. Le sorprende cuántas mujeres sobreviven pese a ser atendidas en esas condiciones, sumado a la violencia verbal y el abandono frecuente por parte del personal médico. Contó que ella perdió dos pacientes, a quienes refirió por preeclampsia a dicho hospital. Transcurridas 12, 24 y 72 horas el personal del hospital no sabía dónde se encontraban. A una de ellas la encontraron en agonía en el área de posparto, todavía embarazada y ecláptica. El personal a cargo suponía que ya había parido y no se habían percatado que el producto seguía adentro, que “no lo tenía en brazos”. A la fecha, dijo, le cuesta trabajo entender por qué siguen ocurriendo estas historias.

De acuerdo a su descripción, éste es el tipo de atención de segundo nivel que reciben las mujeres en muchos hospitales públicos de México, especialmente aquellos en zonas marginadas, donde el primer nivel de atención lo desempeñan parteras tradicionales que viven constantemente asediadas por funcionarios de salud, a quienes se les advierte que perderán su afiliación a programas sociales como Prospera (antes Oportunidades) si ellas atienden directamente partos. Similar advertencia es la que reciben las mujeres embarazadas que buscan atenderse con parteras tradicionales y, si ya lo hicieron, con frecuencia se le niega el derecho a la identidad a sus hijos. Las madres se ven obligadas, entonces, a pelear durante semanas para demostrar que el hijo que lleva en brazos sí nació de su vientre. Las enfrenta a un sistema que está “obsesionado” con resolver emergencias y que ha olvidado que el 85% deberían ser partos vaginales.

Cuando en un país tan grande como el nuestro, aseguró Alonso, se decide medicalizar todos los partos, con cerca de 2.5 millones de nacimientos al año, entonces sobreviene una saturación de los servicios hospitalarios, con las fallas en la calidad de la atención que ello supone. Por un lado, señaló, tenemos a las

mujeres indígenas que no reciben una atención culturalmente pertinente y, por el otro, a mujeres en zonas metropolitanas donde los hospitales públicos están sobresaturados. En ambos casos no se cuenta con personal suficiente que pueda monitorear el parto y el posparto, asimismo, la observación del parto se ha reducido a revisiones de tacto vaginal cada 15 minutos, una intervención que interrumpe el proceso natural del parto. A Alonso le sorprende que exista un lugar en el mundo, donde hombres extraños estén autorizados a meter sus “dedos” cada 15 minutos y argumentar que lo hacen por la seguridad de la madre. Afirmó que la violencia se ha normalizado a tal grado que hoy, esa intervención, se ha confundido con “seguridad”.

Cuestionada sobre los obstáculos para lograr una mayor incorporación de la partería profesional en México, respondió que la organización física del hospital se encuentra en primer lugar. No existen espacios físicos dedicados a la atención y protección del parto fisiológico, los cuales pueden ser atendidos en casas de partos o maternidades en el primer nivel de atención. Aseguró que la mayoría de partos no deberían ocurrir en los hospitales, sino en el primer nivel de atención, dejando al segundo nivel disponible para las verdaderas emergencias. El modelo imperante en México no favorece la atención del parto fisiológico y, por lo mismo, tampoco demanda parteras en espacios que no existen. En cuanto a los obstáculos normativos, ella refirió que la ley mexicana se encuentra bien hecha pero que no se aplica, “nadie la lee”, señala. Menciona de manera específica a la NOM-007-SSA2-2016. De acuerdo a la norma, los partos de bajo riesgo pueden ser atendidos tanto por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas, asimismo, todos los hospitales están obligados a propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto, especialmente en mujeres primigestas (NOM-007-SSA2-2016, 2016). Sin embargo, aunque la norma está bien escrita, ésta no se implementa según Alonso. Tampoco se cumple el derecho de la mujer a tener acompañamiento o la libre elección de postura durante todo el trabajo de parto.

En materia educativa, el principal obstáculo que identifica es la ausencia generalizada de escuelas de partería. También advirtió que en las escuelas de medicina los médicos ya no aprenden el parto fisiológico. En los programas de

medicina no está prevista una materia al respecto, por lo que los médicos no sólo no están familiarizados con la normalidad del parto, tampoco les queda claro dónde se encuentran los límites entre su campo y el de las parteras o las enfermeras obstétricas. Otra contradicción, es que los médicos a cargo de la atención del parto jamás han atendido un parto normal; y cuando se les pide disminuir mortalidad materna, tienen la impresión de que entre más rápido deja de estar embarazada una mujer “menos se va a morir de parto”. Alonso señaló que hace falta que se conozcan mejor los pequeños modelos que ya funcionan para que se repliquen en otras partes del país, este es el caso de una clínica en los Altos de Chiapas donde una partera tradicional atiende en colaboración con una enfermera obstétrica con resultados “sobresalientes”.

En cuanto a obstáculos ideológicos, Alonso destacó la fe ciega que la mayoría de los médicos tienen en la tecnología. Lamenta que aquellos pocos médicos que han cambiado su enfoque de atención y quieren realizar partos humanizados, son víctimas de ‘bullying’ de parte de sus colegas, inclusive de parte de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. De acuerdo con Alonso, el presidente de la federación ha rechazado la existencia de la violencia obstétrica en el parto y con ello niega la capacidad de las mujeres para evaluar si su experiencia de parto fue o no violenta. También se refirió a los médicos obstetras que desalientan constantemente el parto normal, refiriéndose a aquellos que aseguran que seis horas de labor de parto es “mucho tiempo”. Estos médicos urgen que se acelere el proceso de parto, administran oxitocina, lo que incrementa el dolor de las contracciones, el resultado es que “todo el mundo” mira con miedo a las parturientes como si estuvieran a punto de morir, y por eso muchos partos concluyen en cesáreas innecesarias. En cambio, añadió, la partera está entrenada en la normalidad del parto, en el dolor y en la gran satisfacción que ocurre después de un proceso que se puede prolongar durante varias horas.

Por último, a la pregunta de qué futuro le ve a la partería profesional en México, Alonso contestó que ve dos panoramas: uno negativo, donde nada cambiará porque no ve razones para que esto cambie, porque el parto se ha dejado de ver como algo natural, en un mundo donde tantas cosas han sido suplidas por la tecnología y se ha perdido la fe en los procesos naturales. Bajo esta perspectiva

se preguntó por qué querría un “ejecutiva de banco” confiar en un proceso natural y no en una cesárea. Por otro lado, percibe que ha habido una creciente apertura para discutir estos temas, pues muchas mujeres están cansadas del ‘statu quo’, cansadas de lo que perciben como “violencia obstétrica” y de una atención que no es respetuosa de sus deseos ni de sus derechos. Desde este panorama el cambio ya está ocurriendo y por ese motivo cada vez hay más grupos de lactancia y más espacios sobre educación perinatal. Ahora es más fácil, afirma, encontrar un obstetra humanizado y las parteras ya están saliendo de la clandestinidad.

Concluyó, afirmando, que hace falta que la partería y el parto humanizado o respetuoso se arraigue en México, y sugirió que se lleve a cabo un “monitoreo ciudadano” que evidencie a los hospitales que practican cesáreas innecesarias.

7.2 Práctica profesional de la partería u obstetricia

Christian Mera (2016) es médico cirujano con especialidad en ginecología y obstetricia, se desempeñó como director del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de México, ubicado dentro del municipio de Chimalhuacán, uno de los más pobres y más densamente poblados de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Estuvo al frente de este hospital durante cuatro años (2011-2015), tiempo durante el cual implementó un modelo de atención del parto de bajo riesgo con la participación de enfermeras perinatales. Cuenta con 11 años de experiencia clínica, y actualmente se dedica a la atención privada e impulsa la práctica del parto humanizado.

Los principales factores detrás de los niveles de mortalidad materna en México, de acuerdo con Christian Mera (2016), son saturación, preparación y accesibilidad. Señaló que hace alrededor de 15 años, la política pública de salud materna apostó por atender la mayoría de partos en el segundo nivel de atención sin considerar la disponibilidad y competencias del personal a cargo. Los hospitales, aseguró, no estaban preparados para recibir esa gran cantidad de nacimientos, muchos de los cuales atienden con una saturación de 150% en las salas de parto y con un enorme déficit de camas de hospitalización. La racionalidad detrás de esa decisión fue que en los hospitales generalmente se cuentan con todos los recursos, banco de sangre, áreas para cuidados intensivos, incubadoras, etcétera, pero esto no

siempre es así. A eso hay que sumar las limitaciones de personal para la atención del parto. La saturación también dificulta la diferenciación de pacientes de bajo riesgo de las de alto riesgo, con personal médico que se encuentra “quemado” después de atender 35 o 50 consultas en cada turno, lo que provoca una alta deserción y alimenta un círculo vicioso de no contar nunca con plantillas de trabajo completas al 100%. Esta circunstancia impacta, obviamente, en la calidad de la atención y eleva el riesgo de morbilidad materna. A eso hay que sumar que muchas mujeres que están siendo atendidas no llevaron un buen control prenatal, y no se identificaron a tiempo los signos de alarma por ignorancia o por falta de accesibilidad.

Hospitales como el Materno Infantil de Chimalhuacán, advirtió, tienen continuamente saturadas las salas de labor y se encuentran trabajando al 150% de su capacidad. Por ejemplo, en dicho hospital, a la falta de camas para acoger a las pacientes, también hay que sumar el déficit de gineco-obstetras y de médicos generales para atender el elevado volumen de pacientes, no se diga de otro tipo de personal como enfermeras. Sucede lo mismo en el Hospital General de Las Américas de Ecatepec, Estado de México, donde se atienden alrededor de 800 partos al mes. En su paso como jefe de departamento en dicho hospital, contó, la atención se realizaba con sólo dos ginecólogos y 15 o 20 camillas disponibles; además, no contaban con médicos residentes que pudieran auxiliarlos y se enfrentaban diariamente a situaciones de riesgo, así como a una capacidad de atención muy restringida. La situación que se vivía en dicho hospital rayaba en la “locura”, por lo que la atención se realizaba “a destajo”. Hospitales como éstos son entornos de trabajo donde los médicos se encuentran operando en quirófano, mientras en la sala de espera se pasan por alto los signos de alarma de mujeres con elevado riesgo obstétrico. Un análisis realizado por su jefatura entre 2006 y 2009 dio como resultado que más del 50% de las muertes maternas ocurrieron por negligencia médica, por impericia a la hora de practicar una histerectomía obstétrica, por cortar las arterias ilíacas alternas, por no prevenir una hemorragia y, obviamente, por retraso en la atención en pacientes con preeclampsia severa. En resumen, algunas de las muertes maternas en los hospitales ocurren por falta de personal médico, y otras, por falta de preparación.

Mera expresó su respaldo a la partería profesional cuando fue cuestionado al respecto. Destacó que las parteras fueron las primeras en la historia en atender la salud de la mujer. También señaló que las evidencias científicas, médicas y a nivel internacional demuestran que el manejo y el trato de la mujer en embarazos de bajo riesgo es mejor cuando es atendida por parteras profesionales bien capacitadas, lo que da lugar a tasas de mortalidad y morbilidad más bajas. Considera, dijo, que las parteras profesionales deben ser vistas como aliadas y, en ese sentido, debería incorporarse al modelo de atención del parto en México. Comentó que las parteras tradicionales, alrededor de 15,000 en activo, tampoco deberían de ser marginadas, porque están en zonas donde los médicos no quieren o no pueden acudir. Un gineco-obstetra no quiere irse a vivir a una zona rural, tampoco un pediatra. Por eso en las zonas indígenas siguen ocurriendo los nacimientos en casa, además de ser parte de sus tradiciones ancestrales. Las parteras tradicionales se encuentran siempre entre la espada y la pared, porque no reciben el apoyo adecuado, pero también son las únicas proveedoras de atención en muchas zonas apartadas adonde los médicos no quieren trasladarse por ser regiones u hospitales lejanos. Y conforme aumenta la proporción de nacimientos atendidos en hospitales, obviamente, las tradicionales siguen disminuyendo.

Detrás del rechazo de la sociedad mexicana a la partería en general, aseguró, está la satanización de la partería por parte de la rama médica. A las parteras se les discrimina y humilla como mujeres ignorantes, con poca preparación y, en ciertos casos es cierto, advirtió, pero estas mujeres tampoco han tenido el respaldo ni se les ha dado la oportunidad de estudiar y formarse de acuerdo con los estándares de una partera profesional, tal como ocurre en otros países. Señaló que haber optado por un modelo de atención centrado en los obstetras provocó que ahora el país esté pagando las consecuencias, porque el tiempo que requiere la formación de un gineco-obstetra es de 10 años, mientras que la instrucción de una partera profesional abarca de tres a cinco años.

La situación actual se caracteriza, entonces, por un déficit de gineco-obstetras, plantillas incompletas en los hospitales, mala calidad en la atención, un incremento en la densidad poblacional y la necesidad de aumentar la capacidad resolutiva.

Idealmente, parteras profesionales y gineco-obstetras deberían colaborar en equipo, ellas atendiendo partos de bajo riesgo y los obstetras prestando atención a los casos complicados referidos por las parteras. Pero por ego profesional y por políticas erróneas, aseguró, esa no es la normalidad del parto en México.

Confesó que su actitud frente a la partería no siempre fue favorable. Comenzó a familiarizarse con ella apenas hace cinco o seis años, a partir de ese momento pudo conocer más sobre la partería y sus ventajas. Así fue que cuando estuvo al frente del Hospital de Chimalhuacán, adoptó algunos manejos propios de la partería tradicional mexicana, como el “reboso” durante el trabajo del parto. No son cosas que te enseñan en la facultad de medicina, dijo, “ni mucho menos en la especialidad de ginecología y obstetricia”. Señaló que la partería tradicional mexicana puede enriquecer mucho a una partería profesional mexicana, a fin de que incorpore muchos elementos de la práctica tradicional para que éstos no se pierdan. Y justo porque debemos pensar y apostar por una mejor atención del parto en el futuro, habrá que construir en México un modelo de partería profesional que tome lo mejor de la partería tradicional mexicana.

Añadió que, cuando laboró en el Hospital de Ecatepec, era común discriminar a las parteras tradicionales. A él le tocó recibir varios casos muy complicados de pacientes atendidas por parteras que desembocaron en muerte infantil o materna. Esas experiencias refuerzan la postura inquisidora hacia las parteras tradicionales, a las que se culpa de malos manejos de parto, cuando ellos, los médicos, cuentan con la verdad y el conocimiento, con la ciencia y la tecnología. Mera aseguró que la verdad es mucho más compleja, si bien algunas parteras tradicionales pueden no tener todas las competencias deseadas, el problema se encuentra en la falta de un traslado seguro, de referencia segura; pues a las parteras, quienes son continuamente discriminadas, les resulta muy difícil referir las emergencias a los hospitales, emergencias que en muchos casos no son atribuibles a ellas. En otros casos, las mismas pacientes demoran la asistencia al hospital porque ya conocen cómo es el “sistema”, cuál es el trato que les espera y cuáles son las intervenciones médicas que probablemente les practicarán. Por lo que cuando finalmente deciden asistir al hospital, ya en condiciones de salud muy complejas, se enfrentan a un hospital que las rechaza porque vienen acompañadas de una

partera, sobre todo para evitar que estos embarazos se conviertan en casos médico-legales que sean erróneamente atribuidos a los médicos. Fue esa experiencia y la oportunidad de conocer algunas parteras tradicionales lo que le permitió a Mera “abrir los ojos”.

Cuando llegó a Chimalhuacán como director del hospital materno-infantil, se propuso realizar cambios que le permitieran salir de la inercia de sólo atender partos en las condiciones que ya había observado. Ahí conoció a las ‘doulas’, a las enfermeras perinatales, el parto humanizado, el parto en agua, los fulares, la aromaterapia; es decir, todo lo que favorece un ambiente propicio para el parto y secreción natural de oxitocina. En ese momento decidió hacer las cosas de manera diferente e implementar un “modelo de atención integral en obstetricia” al que llamó “MAIO”, el cual considera como sinónimo de parto humanizado. Refirió, sin embargo, que no lo pudo aplicar al 100%, quizás en un 30% o 40%. La implementación se enfrentó a muchos obstáculos, dijo, la actitud del personal, los superiores, los adscritos y las enfermeras. Subrayó la dificultad de cambiar un modelo de atención, cuando todos están acostumbrados a prestar atención de otra forma.

El modelo MAIO contaba con varias vertientes y una de ellas era la partería tradicional mexicana. El objetivo de ésta, era incorporar una red de parteras tradicionales que colaboraran con el hospital para que hubiera cero rechazos, un apoyo total a la partera que trabaja en casa, y garantizar una comunicación abierta con el hospital para que consulte y avise cuando tenga una complicación en el embarazo. Su iniciativa era conformar una red de apoyo para el hospital, similar a un primer nivel, pero en partería tradicional. Para lograrlo, se puso en contacto con las parteras empíricas registradas en la jurisdicción de Texcoco, a la que pertenecía su hospital. Encontró 35 parteras, de las cuales 15 estaban activas. A éstas les ofreció capacitación y prácticas en el hospital, lo que despertó un amplio rechazo interno. Desafortunadamente, los conflictos con las autoridades de salud del estado y la falta de apoyo institucional lo obligaron a renunciar y ya no pudo avanzar más en esa parte. Otra de las vertientes de su modelo era el trabajo con enfermeras perinatales. Cuando llegó a dirigir el hospital, decidió incorporar a enfermeras perinatales egresadas del posgrado de enfermería perinatal de la

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM. Constató que están bien preparadas y capacitadas. Señaló que leen registros cardiopográficos como cualquier residente o como cualquier obstetra, y son más disciplinadas en la atención que la rama médica, lo que resultó muy favorable porque los médicos, reconoció, son más rebeldes, más reacios. La tercera vertiente de su modelo incluía la expansión de la infraestructura del hospital para contar con un área exclusiva de parto humanizado, que operara totalmente con enfermeras perinatales, las enfermeras obstétricas (LEO), y parteras tradicionales. En total, de las 160 enfermeras con la que contaba el hospital, logró reservar a seis enfermeras perinatales para la atención de partos de bajo riesgo. Sin embargo, el número de partos que ellas atendían del universo total, no rebasaba el 6%, debido a que no contaban con el “código” de perinatales, sino con el de enfermeras generales. Los códigos definen qué cargo y qué funciones pueden desempeñar. De acuerdo con los profesiogramas, las enfermeras generales tienen prohibido atender partos, pese a que como enfermeras perinatales sí pueden hacerlo. Ellas, por su parte, insistieron en atender partos, finalmente para eso habían hecho su especialidad, por lo que él como director decidió apoyarlas. Mero se lamentó de que las autoridades de salud no liberen más códigos para que las enfermeras perinatales u obstétricas puedan atender partos y desahogar la demanda de atención.

La situación para las parteras técnicas es aún más compleja, aseguró, y aunque la Secretaría de Salud creó, en 2016, el código de partera técnica para que puedan ejercer la práctica dentro del sistema de salud, si las autoridades de salud no liberan códigos o puestos de trabajo para ellas, no será posible contratarlas en los hospitales, y ocurrirá lo mismo que con las perinatales y las LEO, quienes no podrán ejercer y atender partos. Si no hay plazas, si no hay lugares para ejercer, si no hay códigos y si no hay escuelas, de nada servirá tampoco el cambio en la NOM-007-2016 que abre la posibilidad para que parteras técnicas puedan atender partos de bajo riesgo en hospitales.

Cuestionado sobre los diferentes obstáculos que enfrenta el desarrollo de la partería profesional, mencionó uno de tipo institucional: la falta de un profesiograma para parteras. A diferencia de las LEO y las enfermeras perinatales,

quienes tienen profesiogramas con sus funciones muy bien señaladas, las parteras no lo tienen. Las parteras requieren una definición oficial que describa sus funciones, de nada sirve una nueva NOM-007-2016 que las contemple si no está definido en un profesiograma qué es una partera técnica o una profesional. También, señaló que ni la Secretaría de Salud ni la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública han apoyado a la partería. Este vacío legal y normativo es el principal obstáculo, mientras tanto los jefes de hospital, de obstetricia, los médicos y el personal de salud siguen pensando que meter a una partera al hospital es como regresar al siglo pasado. En segundo lugar, mencionó otro obstáculo que es más ideológico que de otro tipo, y es la no aceptación por parte de la rama médica de que la partera es competente. Esto es así porque sigue muy arraigado el concepto de que la partera es inferior y que está mal preparada.

Para desarrollar la partería y cambiar el modelo de atención en México se requiere, de acuerdo con Mera, desarrollar un plan y una visión a 30 años que involucre a la Secretaría de Salud y a la Secretaría de Educación Pública, a las universidades públicas, etcétera. Le sorprende, comentó, que se abran otras carreras cuando la atención de más de dos millones de nacimientos es una necesidad muy real. Advirtió, además, que se requiere una política de Estado que impulse el desarrollo de la partería y el cambio de modelo; pero antes, aseguró, habrá que cambiar prejuicios ideológicos entre los actores políticos y los tomadores de decisiones.

Las LEO y las enfermeras perinatales también enfrentan sus propios obstáculos. Señaló que entre 2004 y 2015 sólo egresaron 170 enfermeras perinatales, un número “raqúitico” para el volumen de nacimientos en el país y para los problemas existentes en la atención. Por otra parte, las enfermeras obstétricas y perinatales no pueden recetar medicamentos, lo cual supone una gran limitante, por eso se debe reconocer la importancia y el papel que una verdadera partera profesional puede desempeñar. Entretanto, reconoció que se puede avanzar con una mayor incorporación de las enfermeras en la atención del parto; aunque, dijo, le sorprende que algunas enfermeras se comportan más como “médicos chiquitos”, carecen de la calidez que se espera de una partera porque no tienen esa

formación. Él visualiza que las parteras profesionales podrían desempeñarse más en el primer nivel de atención y las enfermeras perinatales u obstétricas, que se han desarrollado en un ambiente más hospitalario, podrían colaborar mejor en el segundo nivel.

Para concluir, destacó como algo positivo la abogacía que están realizando grupos de la sociedad civil, organizaciones y políticos que están a favor de la partería, quienes trabajan por promover y abrirle más espacios a la partería profesional.

7.3 Conducción de la política en la secretaría o ministerio de salud

Nazarea Herrera (2017) se desempeña como directora general adjunta de Salud Materna y Perinatal en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud. Es médico y maestra en alta dirección, maestra en administración de cuestiones de la salud, maestra en desarrollo organizacional, con una especialidad en educación y doctora en alta dirección.

Primero se le preguntó sobre cuáles son los factores que han determinado los niveles de mortalidad materna en México, y respondió que ésta se encuentra vinculada a los determinantes sociales, resultado de una multitud de factores, como son la pobreza, la educación, los rezagos en la salud, la edad de las mujeres, los cuidados prenatales y la atención pregestacional. Herrera destacó la disminución de la mortalidad materna conseguida en los últimos tres años, a la que calificó de “espectacular”. En dicho periodo, México pasó de tener 42 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en 2012 a 37.6 en 2015, casi 200 muertes menos. Puso énfasis en que México está atravesando una transición epidemiológica, lo que ha resultado en un incremento de decesos por causas indirectas, lo cual se acentuado con un mayor número de embarazos en edad tardía, de mujeres mayores de 35 años, así como una cantidad elevada de embarazos en adolescentes y mujeres con obesidad. Se trata de un conjunto de mujeres que ejercen su derecho reproductivo, aseguró, pero no eligen el momento ideal del embarazo. Reconoció que estos factores incidirán en una disminución de la mortalidad materna que será más lenta.

Cuestionada sobre qué acciones realizadas incidieron en la mejora de la RMM, Herrera mencionó, en primer lugar, la reducción de los fallecimientos por causas prevenibles, que calcula, abarca alrededor de un 80% de las muertes totales. Esto fue posible gracias a que dotaron de más bancos de sangre a las unidades médicas, se atendió la transfusión de neumocomponentes, se previnieron las infecciones, se realizó una atención del parto respetuosa, más segura y con pleno respeto a los derechos humanos, así como el impulso a un nuevo enfoque en atención post evento obstétrico, con acciones dirigidas a la anticoncepción, así como a propiciar un mayor espacio entre cesáreas o entre partos. Sobre el pequeño repunte que se observó en la mortalidad materna durante el 2014, señaló un crecimiento en el número de muertes por influenza, situación que pudo revertirse hacia 2015, año al que considera “bastante bueno”. Se aumentó la vacunación por influenza para las mujeres, se mejoraron las condiciones de atención y se le proporcionó más información a la mujer y a la pareja sobre los cuidados que deben mantener durante el embarazo, parto y puerperio. Las acciones de política pública también se concentraron en la parte educativa, en concientizar a mujeres y hombres sobre los riesgos en el embarazo. Herrera también destacó las acciones para informar a la población sobre los factores de riesgo en el embarazo, así como la prevención de la obesidad, la hipertensión y la diabetes.

Sobre las acciones efectivas o diferentes que realizan los gobiernos estatales para reducir la mortalidad materna, comentó que los gobiernos están elaborando análisis particulares sobre la mortalidad a nivel municipal y jurisdiccional. Estas acciones se ven fortalecidas con los comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que sesionan mensualmente o en cada ocasión que se requiera, así como la Búsqueda Intencionada y Reclassificación de Muerte Materna y la notificación inmediata de la muerte materna. Todo ello le permite a cada entidad saber de qué adolece y cuáles son las causas de la mortalidad específicas, a fin de enfocar y redirigir su labor, de acuerdo con sus eslabones críticos; ya sea que se detecte un fallo en el traslado, en la transfusión de neumocomponentes, en la disponibilidad de los medicamentos hipertensivos, en la atención de la preeclampsia o alguna otra

causa. Estas acciones, realizadas en conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), le permiten a la Secretaría de Salud alcanzar un diagnóstico cada vez más preciso y particularizado para cada una de las entidades federativas, así como conocer qué está ocurriendo y dónde se encuentran los eslabones críticos a nivel hospitalario y en los tres niveles de atención.

A la pregunta de por qué México no pudo cumplir con la meta ODM de reducir en 75% la mortalidad materna, respondió que eran muchas las acciones que se tenían que desarrollar con antelación. En primera instancia, conocer la situación de la mortalidad materna en México, contar con un diagnóstico preciso de lo que estaba pasando, en dónde se encontraba la falla, un trabajo que, aseguró, aún no termina. Precisó que las acciones deben focalizarse, de una manera más específica, en áreas donde la atención está fallando. La complejidad y la desigualdad en México, con características tan diversas de una región a otra, donde existen 32 “México”, uno por cada entidad federativa del país, obligan a particularizar las acciones de forma específica, sin dejar de trabajar con los equipos de respuesta inmediata y la capacitación de todo el personal de salud. Y aunque no se alcanzó la meta ODM, destacó el avance que se logró entre 2012 y 2015, pues se disminuyó la muerte materna casi un 20% en sólo tres años.

Al abordar el tema de las cifras del UNFPA sobre la necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) en México, y sobre cómo contabiliza México a su personal sanitario capacitado para la atención del parto, dijo que la Secretaría de Salud reconoce como personal capacitado a todo aquél que haya cumplido con su mapa curricular y cuente con una cédula profesional, pero no hizo mención de sus calificaciones para la atención. Los rezagos en otras regiones del país le hacen pensar que la necesidad satisfecha de 61% estimada por el UNFPA puede ser aún más baja en comunidades de los estados de Chiapas, Oaxaca, el Estado de México o Hidalgo, comparada con Jalisco, Nuevo León o la Ciudad de México. Advirtió que esas diferencias son más marcadas conforme las poblaciones se encuentran más alejadas de las principales concentraciones urbanas. Realizó la comparación entre Nuevo León, que cuenta con alrededor de 22 o 24 gineco-obstetras por cada 10,000 mujeres en edad fértil,

y aquellas entidades con mayor rezago donde solamente se tienen dos gineco-obstetras por cada 10,000 mujeres, por lo que el personal capacitado en esos estados no alcanza para atender a todas las mujeres; lo que a su juicio abre la posibilidad de incorporar a otro tipo de personal que tenga la formación o la capacitación adecuada para atender partos de bajo riesgo. Reconoció que una medida así dejaría de saturar los hospitales de segundo y tercer nivel; disminuiría la presión sobre los hospitales donde se tienen que realizar egresos tempranos de las mujeres porque el espacio y los gineco-obstetras no se dan abasto para brindar todas las necesidades de atención que se requieren y el tiempo de reposo adecuado para el posparto.

También se le cuestionó sobre si la Secretaría de Salud tiene medido qué porcentaje de partos son atendidos por médicos generalistas que no son especialistas en obstetricia. Aunque no contó con una respuesta, subrayó que esa información podría encontrarse en los registros del Subsistema de Información sobre Nacimientos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Agregó que, a partir de 2017, una de las novedades del certificado de nacimiento es la opción para conocer si un parto fue atendido por una partera técnica, pues anteriormente sólo se clasificaban los nacimientos como atendidos por un médico, una enfermera u otro, y en ese “otro” no se especificaba qué tipo de profesional. Ahora, dijo, se tendrá plenamente identificado qué médico, especialista o personal está atendiendo a la mujer.

Por otro lado, evitó hacer valoraciones acerca de los indicios que apuntan a que un porcentaje importante de los partos están siendo atendidos por médicos en formación, pasantes que no están titulados o internos que aún no concluyen su especialidad. Ante esto, afirmó que en el mapa curricular se tiene la capacitación y la preparación para la atención del parto, pero reconoció que la calidad en la atención está relacionada con el número de partos de los que se ocupa cada médico, así como por quién esté capacitando y realizando el acompañamiento de los médicos internos. Sobre los médicos que realizan su servicio social en alguna comunidad, aseguró que actualmente ya no se atienden partos en los centros de salud de primer nivel, y si ocurren, son los menores. En su mayoría, los partos tienen lugar en los hospitales resolutivos en el segundo o tercer nivel. La

justificación para atender los partos en los hospitales se sustenta en que son los únicos establecimientos que pueden atender complicaciones obstétricas, y hacerlo de esta manera es una estrategia recomendada para reducir la mortalidad materna y prevenir cualquier eventualidad que pueda ocurrir si se atiende en un sitio alejado. Los centros de salud de primer nivel no están preparados para encargarse de una complicación o realizar una cirugía urgente, por lo que la actual estrategia de atención busca garantizar una referencia oportuna y no perder tiempo en el cuidado del parto. Aun así, reconoció que puede haber internos que deban atender partos como parte de su formación porque es el área donde están adscritos en ese momento, pero el responsable del área seguirá siendo un gineco-obstetra. En todos los turnos siempre habrá un gineco-obstetra presente, precisó, e invariablemente los internos deben estar acompañados de alguien que los está guiando y cuidando para que no se presente ninguna complicación o dificultad. Agregó que el número de gineco-obstetras en el país es insuficiente como para tenerlos “como el único personal calificado para la atención del parto”.

Sobre la posibilidad de atender partos de bajo riesgo en el primer nivel como ocurre en otros países miembros de la OCDE, consideró que puede ocurrir siempre y cuando sea atendido por personal calificado, competente y con toda la formación profesional en servicios de partería. Herrera no vio ningún problema en que los partos de bajos riesgo sean atendidos por parteras profesionales, siempre que demuestren que poseen las competencias idóneas y, repitió, podría ser una solución a la sobresaturación de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Esto, además, constituye una veta “maravillosa” para la atención del parto respetuoso y calificado para una mayor satisfacción de las usuarias.

Más adelante, se le solicitó su opinión sobre la partería profesional, incluyendo la licenciatura en enfermería y obstetricia, y sobre si la partería profesional es una alternativa para México. Herrera comentó que en México todavía no tenemos parteras “profesionales” o licenciadas, sino parteras técnicas, quienes todavía tienen un largo camino por delante para ofrecer servicios de partería con las características de competencia y sostenibilidad adecuadas. En contraparte, indicó que las LEO y las enfermeras con especialidad en perinatología o enfermeras perinatales han demostrado resultados extraordinarios en algunas maternidades

en primer o segundo nivel, a quienes, reconoció, aún les falta mayor empuje y autonomía de parte de las autoridades. Entre las acciones a realizar para consolidar su actuación, será fortalecer sus competencias, brindarles espacios suficientes para desempeñarse con más autonomía, y mayor campo de trabajo para su pleno desarrollo.

Cuestionada sobre por qué en México no se desarrolló antes la carrera de partería profesional y a qué se debe su ausencia, respondió que esto se debe, por una parte, a la existencia de las parteras tradicionales a quienes se buscó capacitar y, por otra, al “individualismo” de los médicos que piensan que las usuarias demandan sólo la atención médica y no de partería. Esto tuvo resultados contraproducentes, ya que ahora los médicos se encuentran sobresaturados, no se logró formar a todos los gineco-obstetras que se requerían, y muchos médicos no están interesados en trasladarse a las comunidades rurales donde hace falta la atención. De igual manera, la infraestructura hospitalaria construida en décadas anteriores tampoco estaba preparada para el número tan elevado de partos en México.

Además, se le pidió que identificara los obstáculos para el desarrollo de la partería profesional en México. Entre los obstáculos institucionales, reconoció que aún no existe suficiente infraestructura con espacios físicos dedicados a la atención de partos de bajo riesgo donde pueda desempeñarse el personal de partería. También apuntó que deberá modificarse la ley para que la partería profesional esté reconocida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública ya que, a la fecha, en el Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud, se cuenta con códigos de puestos de trabajo para las parteras técnicas, para enfermeras perinatales y LEO, inclusive para parteras tradicionales, pero no para parteras licenciadas. Antes de contar con una partera titulada, dijo, se deberán rectificar varias leyes y cambiar varios perfiles. Hasta entonces no existirá infraestructura o puesto de trabajo donde puedan desempeñarse, y aunque podrían ubicarse dentro de las maternidades que ya operan con enfermeras obstétricas, muy pocas entidades cuentan con ellas. Para realizar los cambios en la parte normativa, agregó, se deberá normar quién es la partera profesional y asegurarse que cumpla con las

características que se observan en otros países. Sobre la apertura de la primera escuela de partería profesional en México, en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja de Morelos, comentó que esa iniciativa está enfrentando dificultades.

En cuanto a los prejuicios que obstaculizan el desarrollo la partería profesional, puntualizó que son obstáculos que también enfrentan las enfermeras obstétricas. Aunque éstas se incorporan a un establecimiento de salud y cuentan con un lugar en el organigrama del hospital, se encuentran sujetas a las indicaciones del gineco-obstetra, lo que limita su autonomía de trabajo o su capacidad para atender partos de bajo riesgo. Para que las parteras y las enfermeras reciban el voto de confianza de los jefes en gineco-obstetricia tendría que ocurrir un cambio ideológico. Aseguró que la Secretaría de Salud y su titular están promocionando a las parteras. En ese sentido, las indicaciones que recibieron fue conformar un Grupo Intersectorial para el Impulso de la Partería que incluye a organizaciones de la sociedad civil (Comité Promotor por una Maternidad Segura, Fundación MacArthur), al UNFPA y a la OPS/OMS. El CNEGSR, junto con este grupo, desarrolla labores de “abogacía” o cabildeo con los gobiernos de las entidades federativas y líderes estatales, pues hay que recordar que la salud es responsabilidad de los gobiernos estatales. Primero que nada, aseguró, “tiene que haber un convencimiento de la autoridad de que la partería es necesaria”. Frente a la saturación de los servicios, lo más importante es demostrarle esto a las autoridades locales, y asegurarles a las usuarias que las enfermeras y parteras cuentan con competencia profesional. Parte de la atención respetuosa se suscita cuando el personal tiene la calificación necesaria para la atención de partos de bajo riesgo.

Para convencer a las mujeres que atenderse con una partera es seguro, sugirió la realización de una campaña que difunda sus competencias. Para promover un cambio de paradigma habrá que demostrarle a la comunidad que no hay muertes maternas con la partera, porque la partera que realiza bien su trabajo sabe referir oportunamente las complicaciones, al tiempo que puede dar una atención respetuosa y más cálida que los médicos que enfrentan situaciones de saturación; sin embargo, la falta de infraestructura en los actuales hospitales constituye un freno a esta alternativa. Herrera reconoció, además que, ante la falta de

infraestructura de los actuales hospitales, los cuales no están acondicionados para una atención de estas características, se tendrían que replicar los modelos ya probados en el primer nivel de atención en otras entidades, como son los de Atlacomulco, Ixtacuixtla o Santa Catarina. Para lograr el cambio de paradigma, también habría que lograr que una universidad asuma el reto de abrir una carrera de obstetricia para formar matronas.

Nazarea Herrera concluyó su entrevista señalando la importancia que las parteras tradicionales han tenido en la atención del parto, así como el gran trabajo y la inversión que ha realizado la Secretaría de Salud para capacitarlas y fomentar el respeto a la interculturalidad.

7.4 Investigación académica en el campo de la salud y la partería profesional

Rafael Lozano es investigador en ciencias médicas y profesor del Departamento de Salud Global de la Universidad de Washington en Seattle, es especialista en temas de salud pública y en sistemas de información en salud. Durante siete años se desempeñó como Director General de Información en Salud de la Secretaría de Salud y hasta hace poco fue responsable del proyecto marco para el desarrollo de un modelo de partería en México dentro del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

La entrevista dio inicio con la pregunta sobre cuáles son los principales factores que determinan los niveles de mortalidad materna en México. Lozano respondió que la mortalidad materna, como muchas otras causas de muerte, es sólo la “punta del iceberg” de un problema de salud pública más grande, reflejo de múltiples dimensiones de la realidad médica, la realidad social y la realidad económica. Toda muerte materna es evitable y la sociedad tiene que hacer todo lo que esté a su alcance para que no suceda. Sin embargo, existen múltiples factores que contribuyen a que se siga repitiendo.

Señaló que, si bien, en México la mortalidad materna sigue disminuyendo, la discusión se debate entre el interés por reducir el número de muertes o por reducir las inequidades. Si uno sólo se concentra en el número, en las zonas urbanas o en las grandes unidades hospitalarias, se dejan de lado los lugares remotos donde se necesita otro tipo de seguimiento. Es una controversia no resuelta, porque

llegar a las zonas más remotas siempre tiene implicaciones de carácter económico y político que deben ser ponderadas en las decisiones de política. Otro de los factores a considerar es el modelo de atención que prevalece en México, donde el sistema se segmenta en términos de la atención. Por un lado, se ofrece una buena resolución en atención prenatal, pero la atención del parto tiene que hacerse a nivel hospitalario, quizá no por norma, pero sí por convención. Entonces ahí se segmenta la atención; pues una mujer que llega al hospital vuelve a empezar de cero, no la conocen, no hay comunicación y muchos de los asuntos que se trataron en la atención prenatal no se conocen, a menos que haya una muy buena exploración durante el ingreso hospitalario o que haya sido referida con antelación durante su embarazo, debido a una complicación previa.

Reconoció que la atención del parto ha mejorado mucho en México, ya que, si se clasifican las muertes ocurridas durante el embarazo, el parto y el posparto, se puede observar que es en ésta última etapa donde más se han incrementado las defunciones. El posparto, señaló, es la fase olvidada de este modelo de atención, porque los incentivos para mantener a las mujeres cercanas al sistema de salud después del parto son nulos, a menos que exista una complicación severa identificada oportunamente. A eso, probablemente, habrá que sumarle una epidemia de cesáreas en México, consecuencia de la decisión de medicalizar la atención del parto y perder el contenido humano del mismo. Dijo que se puede entender por qué se adoptó dicha solución, pero no se justifica. Otro factor a considerar es que la mortalidad se concentra en aquellas mujeres donde los programas no lograron permear, en mujeres multíparas y con periodos intergenésicos muy cortos.

Con respecto al tema de que las autoridades de salud no se arriesgan a atender más partos en el primer nivel de atención, si los hospitales están saturados con partos de bajo riesgo y el personal médico no se da abasto, comentó que esto ocurre así porque, justamente, a las autoridades no les gusta correr riesgos. Agregó que existe una corriente muy grande a nivel mundial del manejo de la emergencia obstétrica, según el cual, el parto en atención primaria no se va a resolver. Sin embargo, sin necesidad de recurrir a las anécdotas, aseveró, las estadísticas arrojan que los hospitales tampoco tienen la capacidad resolutive,

pero las autoridades responden a la lógica de que es preferible no correr el riesgo de que una muerte materna ocurra fuera de un hospital, a tenerlo dentro del hospital. Pues en el hospital, señaló, hay más margen para mejorar el manejo y ajustar los errores que suceden. Aunque él es de la idea de que existe mucho personal no médico que podría atender partos en el primer nivel, y no sólo personal que pasó por la universidad, refiriéndose a los médicos.

Acerca de la característica de que la Ciudad de México tiene una de las posiciones de mortalidad materna más elevadas del país, pese a los altos niveles de desarrollo humano reportados, respondió que la razón de mortalidad materna es posiblemente el indicador de salud más sensible a las desigualdades. Sugirió analizar cuáles son las causas específicas por las que más fallecen las mujeres en la Ciudad de México, si por causas directas o indirectas. En el análisis a nivel municipal, se observa que el riesgo de que una mujer muera por sepsis en un municipio pobre es doce veces más alto que en un municipio rico. Debido a que en México la mortalidad materna está sufriendo una transición con respecto a sus causas, se debería indagar si las mujeres en la Ciudad de México están muriendo por enfermedades previas, tales como diabetes, o por infecciones, como hepatitis o tuberculosis, lo cual requiere un manejo del embarazo y el parto distinto, cuyo cuidado debe estar a cargo de un internista y no de un obstetra, debido a su complejidad. También hay que considerar que la Ciudad de México es un lugar de concentración de mujeres que buscan atención en situaciones críticas. Otro factor que puede pesar, dijo, es que el sistema hospitalario público en la ciudad es un sistema muy fragmentado, es decir, hay hospitales de la Secretaría de Salud federal y local, del IMSS, del ISSSTE, hospitales privados, y entre los privados los hay grandes y pequeños, como sanatorios y maternidades. Esta gama tan heterogénea en la atención del parto en la Ciudad de México, así como la falta de una política que organice y racionalice la atención de las mujeres puede estar detrás de los elevados niveles de mortalidad materna. En general, señaló, hay mucho trabajo por realizar para optimizar mejor la utilización de la infraestructura, porque, así como hay hospitales saturados, también hay hospitales vacíos.

Si los hospitales están saturados y el país siempre ha tenido una necesidad tan grande de personal de partería calificado, se le preguntó por qué desapareció la

partería profesional en México. Contestó que ésta no desapareció del todo, pues aún existen las parteras tradicionales, aunque sean invisibles dentro de un sistema de salud altamente medicalizado. Reconoció la existencia de una nueva gama de profesionales relacionados con la atención del parto que no son médicos, como las licenciadas en enfermería, en obstetricia (LEO) y las enfermeras perinatales. Más recientemente, indicó, han surgido escuelas de parteras técnicas, que en México no pueden considerarse profesionales porque no cursan un programa de licenciatura, estos son los casos de las egresadas de las escuelas de CASA en Guanajuato y de Tlapa en Guerrero. A la fecha, calculó, el número de parteras técnicas egresadas no debe superar las dos centenas en todo el país. En México no existe la partera o 'midwife', la que posee una carrera profesional en partería, como sucede en otras partes del mundo. Además, afirmó que la licenciatura en partería que se imparte en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja, es una iniciativa improvisada cuya calidad está en duda y no tiene claro en qué espacio de trabajo se van incorporar sus egresadas.

Agregó que no hay que perder de vista la demanda de recursos humanos y la manera en que éstos se forman. Los sueldos para parteras técnicas en el Sistema de Salud son los de un técnico mal pagado, al que se le exigen funciones por encima de su paga. Por otro lado, tampoco existe un respeto por parte del gremio médico, dado que la atención del parto es una práctica que está terriblemente medicalizada y es autocrática. Particularmente, cuando las enfermeras obstetras se incorporan en un hospital es común que no obtengan una plaza acorde a su formación, pues son relegadas a desempeñar funciones de instrumentistas en el quirófano o a diseñar turnos en el área administrativa de enfermería, lo que desemboca en la sub-ocupación de un recurso que el sistema educativo formó para otro propósito.

La desaparición de las parteras profesionales en México, observó, se debe en buena medida a la presión ejercida por los obstetras. Hoy día, los obstetras o los médicos no están en disposición de ceder ese "micro-poder" que ostentan, y resultará muy difícil para las enfermeras obstetras u otro personal de partería que puedan tomar espacios que los médicos no les ceden, más aún, si no existe una fuerza social que las apoye dentro del sistema de salud. No obstante, existen

casos excepcionales, apuntó, como el de la Maternidad de Atlacomulco donde sí recibieron el apoyo de las autoridades, pero no es la regla. Lozano no imagina al IMSS o al ISSSTE contratando parteras, no hay espacio para ellas, dijo, quizá en espacios del ámbito rural o en algunos consultorios. Por el volumen de nacimientos en México, destacó, el país debería tener por lo menos unas 250,000 parteras distribuidas en distintas áreas, incluidas las zonas urbanas, lo cual no es descabellado si se considera que en Chile existe una partera-matrona por cada 10 nacimientos. Identificó, además, que cierto grupo de mujeres de mayor poder adquisitivo están buscando atenderse con una partera formada en países como Suecia u otros, pero consideró que eso responde más a una moda que a otra cosa.

Cuestionado sobre el interés creciente en México sobre el tema de la partería profesional, enfatizó que se debe en buena medida a la influencia internacional. El impacto que generó el Congreso Trienal de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) de Durban en 2011 generó mucha difusión. La partería profesional llega a México como una propuesta promovida desde la sociedad civil, desde un sector de la estructura gubernamental y de asociaciones como la Fundación MacArthur que está muy interesada en financiar proyectos relacionados con la partería profesional. Lozano consideró que las parteras profesionales, en la tradición europea, iniciaron históricamente como parteras empíricas, pero fue gracias al incremento de la escolaridad de las mujeres que las parteras se fueron profesionalizando. Planteó esta idea como una provocación intelectual: la razón por la cual México sigue rezagado en cuanto a profesionalizar a las parteras, es debido al rezago educativo que impera en todo el país.

Sobre el proyecto encabezado por el INSP para desarrollar un modelo de partería para México, comentó que surgió después de ser contactados por Dilys Walker y la Fundación MacArthur para elaborar, por un lado, un análisis del estado de la partería en México, que abarca desde la formación al mercado de trabajo y, por el otro, un modelo de costo-efectividad para ver qué modelo resultaría mejor para la atención del parto en México. Los resultados de esta investigación se darán a conocer, probablemente, hasta mediados del 2018, aunque algunos reportes intermedios podrían estar listos antes de concluir 2017. Y aunque ya se

cuenta con algunos resultados intermedios, éstos no son todavía concluyentes y prefirió no adelantar conclusiones, pero acotó que hay que ser cuidadosos de no convertir la investigación académica en reuniones de proselitismo a favor de la partería.

Pesimista a ratos, habló sobre el futuro que puede tener la partería profesional y si es posible acelerar su desarrollo o renunciar a esa aspiración. Enfatizó que no se debe renunciar, pero antes habrá que mostrar muchos resultados a nivel internacional para convencer a los tomadores de decisiones y a las universidades de que puede ser una buena inversión crear escuelas de obstetricia para parteras; además, se deberá realizar una gran labor para persuadir a las jóvenes a que se inscriban en estas escuelas. No obstante, agregó, el futuro no es alentador para las parteras profesionales en México, a diferencia de las LEO, con quienes ya es posible diseñar una estrategia mucho más organizada.

Posteriormente, se abordó el tema de los obstáculos a los que se enfrenta la partería profesional. Subrayó que los principales son las universidades y la hegemonía de los médicos. Consideró que no será fácil convencer a las universidades públicas de abrir una carrera paralela a la enfermería obstétrica, aunque se podrían intentar experimentos en universidades privadas; sin embargo, éstas también necesitan tener una ganancia a su inversión y no parece sencillo garantizarlo. La partería en México sería una profesión no tradicional que no será fácilmente reconocida por la sociedad. Actualmente, para estudiar medicina existen 120 escuelas, y para enfermería, más de 240, pese a que muchas de ellas no están certificadas. Desde el punto de vista de la regulación, Lozano entiende, dijo, la posición de las autoridades, aunque no desde el punto de vista estratégico y de política pública. Otro de los obstáculos es la elevada medicalización del parto, así como la falta de autonomía dentro de sus espacios de trabajo, como ocurre con las enfermeras obstétricas, quienes por definición se encuentran subordinadas a un médico. Otra limitante es que las enfermeras no pueden prescribir medicamentos o, en su caso, se deberá cambiar la legislación para que puedan hacerlo. Un impedimento más será superar el “imaginario” de lo que es una partera, ya que vivimos en un país clasista y hasta racista, donde si la gente

escucha la palabra “partera”, se imagina a una mujer indígena que no habla español o lo habla mal y que desempeña una labor empírica.

Para México sugirió una solución intermedia que parta de la realidad actual y que involucre a las enfermeras obstétricas. Una solución entre los modelos extremos y más desafiantes, más allá de los debates desgastantes promovidos por la OMS entre partería tradicional o partería profesional; por ejemplo, que se centre en formar más enfermeras en otras escuelas, que busque campos de trabajo, espacios clínicos, y darle un estatus diferente a la partera al interior del organigrama, lo que constituiría un incentivo para promover la formación de más enfermeras dentro de este modelo. De acuerdo con Lozano, meter a las LEO dentro del hospital es “empezar perdiendo” porque el médico difícilmente cederá espacios para ellas; y si comparten el lugar en el parto con un estudiante de medicina, un médico residente, un obstetra, tal como está organizada la atención actualmente, no funcionará. Por último, se deberán desarrollar nuevos espacios donde las LEO y los médicos laboren de forma separada, lo que constituye una oportunidad para reforzar la atención del parto en las áreas rurales y la promoción del parto humanizado.



CAPÍTULO 8

FORTALEZAS Y REALIDADES DE LA MATRONERÍA EN CHILE

Las matronas en Chile cuentan con una larga tradición que se remonta al siglo XIX. En dicho país se encuentra muy consolidada la idea de que las matronas desempeñan un papel muy importante en la mejora de la salud materna, a partir del fuerte impulso que recibieron en la década de 1950, especialmente desde la puesta en marcha del Programa de Salud Materno infantil (PMI). Es por este motivo que las entrevistas realizadas en Chile tuvieron como objetivo profundizar en su política de salud materna, en la relación entre la atención proporcionada por las matronas y la baja mortalidad materna en el país, las particularidades de la atención, los desafíos que enfrenta la profesión en la actualidad, así como posibles recomendaciones para el desarrollo de la partería profesional en México.

8.1 Representación gremial a nivel nacional

Anita Román es presidenta del Colegio de Matronas de Chile y fue acompañada por Sandra Oyarzo, la secretaria general de la organización. Román ha sido matrona de turno durante 30 años y Oyarzo es matrona con experiencia en la docencia y la investigación, y actualmente es representante de América del Sur y Central ante la ICM.

Ambas coincidieron en el papel relevante que jugó la matronería en la reducción de la mortalidad materna en Chile. Román destacó la historia de políticas públicas en la materia, las cuales estuvieron dirigidas a incrementar la cobertura con personal calificado. Refirió que la gran fortaleza de la matronería radica en su historia. La matronería nació casi simultáneamente con la fundación de la República y subrayó la fortuna de que el médico francés, Lorenzo Sazié, fuera encomendado por el gobierno para organizar la salud pública. Sazié sugirió al entonces presidente, José Joaquín Prieto (1831-1841), empezar por mejorar la salud de las mujeres en el parto y profesionalizar a las parteras. A las parteras, decía Sazié al presidente “usted les tiene que dar conocimiento científico, amplio, no mínimo”, y en 1834 fundó la Escuela de Obstetricia. Las carreras de medicina y

obstetricia, agregó Román, son las más antiguas del país; una dirigida a la medicina general, y otra a la atención de las mujeres.

El arraigo de la matronería en el país, apuntó Román, fue tan fuerte que “ni la dictadura la pudo sacar”. Román también destacó el papel que jugó Salvador Allende como ministro de salud, de quien se refirió como uno de los grandes “salubristas de la historia” y citó sus palabras: “La mortalidad materna e infantil es uno de los datos demográficos sobre los cuales se puede influir en forma más o menos seria porque depende en gran medida de los cuidados que recibe la madre y el niño antes, durante y después del parto”. La medida adoptada durante el gobierno de Aguirre Cerda, a instancias del ministro Allende, fue sacar el parto de la casa, porque a la mujer había que tenerla cerca de un lugar de resolución de urgencia obstétrica, lo que dio paso a la edificación de los hospitales modernos de Chile. Entre 1950 y 1970, todos los hospitales construidos contaban con cuatro unidades básicas: medicina, pediatría, cirugía y maternidad. Esta es la razón por la cual en todos los hospitales de Chile existe un área de maternidad. El nivel de complejidad de cada uno se determina de acuerdo a la población asignada. Sin embargo, insistió, estas acciones fueron acompañadas de un programa de educación para la salud que duró prácticamente 30 años. En dicha época, salían a las poblaciones equipos de salud: médicos, matronas, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales, quienes recorrían casa por casa, puerta por puerta a fin de impartir educación para la salud. La población chilena tiene muy presente que al inicio de la actividad sexual debe visitar a la matrona.

Otra fortaleza que reconoció Anita Román, es la claridad y la uniformidad de las políticas que son de observancia general en todo el territorio nacional. A diferencia de México, no hay gobiernos locales que tengan sus propias políticas. Resaltó la importancia que ha jugado el Ministerio de Educación para promover que las universidades formen a los profesionales requeridos por las políticas que éste promueve. Para la exitosa implementación de la política se hace énfasis en la necesidad de contar con un ministerio “normador” (Salud), otro “formador” (Educación) y uno “financiado” (Hacienda), si estos tres actores no se coordinan, aseguró, la política no funciona. Esta estrategia los ha llevado a tener la mortalidad más baja, probablemente de todo del mundo, en relación a su producto

interno bruto (PIB) per capita, muy cercana a la que presentan los países europeos. La dictadura, señaló, no se metió con la política de salud materna porque en la protección de la vida no había asunto político, sin embargo, sí penalizó el aborto en todas sus formas.

Las prioridades de Chile en salud materna han dejado de estar centradas sólo en reducir la mortalidad materna; ahora sus políticas se preocupan por todo el ciclo de vida de la mujer, desde que nace hasta que muere, de su pareja, de su entorno, de la prevención de violencia intrafamiliar, de la transmisión vertical del VIH y todas las enfermedades de transmisión sexual.

Román defendió la atención del parto en los hospitales y la importancia de tener capacidad para atender emergencias, donde la diferencia entre la vida o la muerte puede ser de cinco minutos, pues en esos cinco minutos se puede preparar un pabellón para practicar una cesárea por parte de un médico especialista. En ello radica el éxito del modelo de atención en los hospitales, señaló. Para todo lo demás relacionado con la salud de la mujer, está la matrona, una profesional de la normalidad que está facultada por el artículo 117 del código sanitario. No obstante, para ser una profesional de la normalidad, el sistema educativo debe formar matronas expertas en la “anormalidad”, de otra forma no podría detectarla a tiempo.

Román destacó el creciente interés mostrado por México en el tema de la partería profesional. Al respecto, contó una anécdota de uno de sus viajes a México, donde escuchó el testimonio de una partera tradicional que se quejó de un médico que tenía una paciente con un día y medio de parto. Éste había acudido a la partera para encontrar una solución y ella en dos minutos le dio una “sobada” porque le “dolía el estómago”, y pronto nació el bebé. Para Román esto evidenció incompetencia y negligencia de ambas partes. Una matrona capacitada sabría que ese dolor en el estómago no ocurre por una indigestión, sino porque es uno de los signos probables de preeclampsia, por lo que en ocasiones la administración de remedios caseros pone en riesgo la vida de las mujeres. Y aunque en Chile aún existen parteras tradicionales, la gran mayoría de las mujeres sabe que la seguridad está en la institucionalidad de la atención del parto. Por ello, Román

insistió en que la matronería 'per se' no va a cambiar nada si no hay voluntad política de los Estados para financiar programas adecuados.

Se solicitó su opinión sobre el modelo medicalizado del parto en México, donde el 95% de los partos son atendidos por médicos. Román comentó que los médicos no están formados en la normalidad, su especialidad es la patología o la enfermedad. El parto no es una enfermedad, dijo, es un proceso fisiológico, y requiere de un enfoque y una atención distinta. Por eso, es importante contar con un profesional que se desempeñe como la "luz amarilla" antes de practicar una cesárea o una intervención mayor. Dado que formar a un médico es mucho más caro que formar a una partera, el Estado no debería darse el lujo de destinar médicos para atender la normalidad, eso requiere formar a un equipo de profesionales que sí están formados en la promoción de la normalidad, no en la resolución de las patologías. Siguiendo esta línea, se le cuestionó sobre las posibles fricciones entre médicos y parteras por diferencias en el diagnóstico o durante la atención del parto, y señaló que los protocolos establecidos para la atención materna evitan que eso ocurra. Las matronas tienen completa jurisdicción sobre el parto desde la atención prenatal y posnatal en el primer nivel, a la atención del parto en el segundo al tercer nivel, y corresponde a su juicio llamar o no al médico. Una vez que se llama al médico, él es quien decide si la atención puede continuar con la matrona o qué tipo de indicación médica procede.

Acerca de las eventuales tensiones gremiales con las enfermeras, Román señaló que las enfermeras abogan por que se les reconozca el derecho a atender partos al igual que las matronas. Sin embargo, a diferencia de las enfermeras, las matronas atienden un programa educacional muy diferente, donde reciben 1,134 horas en ginecología, 1,431 en obstetricia, 1,161 horas en neonatología. Las horas prácticas, indicó, suman en total alrededor de 5,300 horas. También consideró que el apoyo institucional que recibe el gremio de las matronas, por parte del Ministerio de Salud, es total, es un apoyo que se ha consolidado de mucho tiempo.

Al respecto de los retos que enfrenta la matronería en Chile, Román alertó sobre el creciente número de universidades y escuelas privadas que ofrecen estudios de obstetricia sin estar acreditadas. Acotó que, en los últimos cinco años, el número de escuelas de obstetricia ha aumentado cien por ciento. Por ser una

carrera de entrada directa, con un rango total de empleabilidad, y debido a que aún persiste un déficit aproximadamente de mil matronas en todo el país, muchas escuelas privadas han aprovechado la alta demanda para abrir cursos que no están debidamente acreditados, lo que ha repercutido en el egreso de muchas matronas que no cuentan con las habilidades o capacitación necesarias. Por otro lado, aún se requiere la apertura de escuelas en zonas muy aisladas para que las aspirantes a matronas puedan estudiar en sus lugares de origen. Destacó como ejemplo la apertura de una nueva universidad que será abierta en la ciudad de Coyhaique, población a la que sólo se puede entrar o salir en avión.

Cuestionada sobre la posición del Colegio de Matronas respecto al parto en casa, advirtió que éste se opone a dicha práctica, porque se debe resguardar la seguridad sanitaria del proceso y la disponibilidad de un médico cerca.

Para el desarrollo de la partería en México, Román recomendó la apertura de escuelas de obstetricia o de partería que sean de entrada directa, es decir, que abarquen exclusivamente la salud de la mujer y no otras disciplinas, como ocurre con las enfermeras. Aconsejó atender las necesidades de partería y, más tarde, evolucionar la formación hacia la atención de todo el ciclo de vida de la mujer como ocurre en Chile.

Por su parte, Sandra Oyarzo enfatizó que la profesión de matrona se desarrolla dentro de tres pilares: 1) una educación robusta, con programas y matrícula acreditada, así como un equipo docente muy preparado; 2) espacios clínicos donde se lleva a cabo la formación de las estudiantes, y 3) una regulación fuerte que incluya sanciones. Deben existir leyes que definan los programas, los currículos y las áreas de desarrollo. A esos tres pilares, concluyó, agregaría el elemento de la organización gremial, la cual debe apoyar y representar a matronas y estudiantes de la carrera.

8.2 Práctica profesional de la partería u obstetricia

Natalia Cortés es matrona, con 30 años de experiencia, jefa de turno en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), ubicado en la comuna de Santiago Centro. El HSJD es público, de tercer nivel, con 601 camas y pertenece a la Red de Salud de la región Metropolitana de Occidente. Atiende alrededor 3,800 partos al año y

ofrece servicio en una extensa área donde habitan cerca de 1.5 millones de personas provenientes de diversas comunas y provincias de la región metropolitana. Cuenta con la mayoría de las especialidades y recibe las derivaciones de otros siete hospitales de mediana y menor complejidad de la Red de Salud. También es el hospital más antiguo de Chile, cuenta con más de 450 años de historia y es considerado una institución docente desde 1863. Fue demolido en 1948 y reabierto en 1952 en su actual ubicación.

A Natalia Cortés se le preguntó cuáles son los principales factores que determinan el bajo nivel de mortalidad materna en Chile. Ella respondió, sin dudar, que es la existencia de la matrona. La carrera de obstetricia que cursan las matronas está diseñada, específicamente, para la mujer y su hijo por nacer; abarca todo el ciclo vital de la mujer, desde su nacimiento, la menarquía y toda su vida sexual y reproductiva. El éxito en los indicadores de salud materna e infantil lo atribuyó a la excelente preparación de la matrona chilena.

La atención de la mujer en Chile, apuntó Cortés, está dividida en tres niveles de atención. Sin importar su nivel de ingreso, toda mujer tiene garantizada la atención gineco-obstétrica en el primer nivel con una matrona. La matrona, aseguró, es una especialista de la normalidad. El seguimiento de la matrona en ese nivel se mantendrá siempre y cuando no detecte una complicación, en caso de que ésta descubra cualquier alteración, derivará la atención de inmediato a un médico especialista, nunca a un médico general, y será ese especialista quien decidirá si la atención continúa en el nivel primario o si procede a la hospitalización.

Cortés también destacó la presencia de las matronas en todas las maternidades, tanto en clínicas privadas como en hospitales públicos, en todos los horarios, días festivos, sábados y domingos. Añadió que el panorama de la salud materna y neonatal en Chile sería muy distinto sin la presencia de la matrona. Recordó cuando la tasa de natalidad era mucho más alta, pues en algún momento su hospital llegó a encargarse de 7,000 nacimientos, esa cifra casi se ha reducido a la mitad. Tras la caída de los partos atendidos, reconoció que en el pasado cometieron errores en la atención, ahora están más concentrados en mejorar la satisfacción de la usuaria o en garantizar un parto humanizado. Anteriormente, el volumen de partos no les dejaba mucho tiempo para preocuparse en temas

relacionados con la calidad o la satisfacción de la atención, por lo que se concentraban más en los indicadores, en garantizar una madre y un niño sanos, y no tenían capacidad para acompañar a la madre durante todo el proceso del parto o en respetar sus tiempos. Además, mencionó que en la academia les enseñaron un conjunto de maniobras que practicaban de manera cotidiana y no tenían conciencia de que con éstas se violentaba a muchas mujeres. Actualmente, reconoció, hay un gran interés de la matrona por capacitarse y adoptar el enfoque de atención del parto humanizado, lo cual también requiere de mayor personal en los hospitales a fin de garantizar esa atención y acompañamiento.

Para las matronas chilenas, confesó, ha sido doloroso tomar conciencia sobre la existencia de la violencia obstétrica, reconocer que había prácticas que antes eran cotidianas y que ahora son reconocidas como “violentas”. Sin embargo, admitió la importancia, como gremio, de ser autocríticas y atender las demandas de una mejor atención por parte de las usuarias. En su experiencia y en su juicio, un parto humanizado pasa por informar a la madre de los procedimientos disponibles y de acuerdo con cada caso, preguntar si quiere o no que se le practique una maniobra. Como servidora pública y profesional capacitada, Cortés enfatizó que su responsabilidad es respetar el tipo de parto que desea cada madre, y atender las necesidades de atención conforme a ello.

Con respecto a los posibles puntos de tensión entre las matronas y los médicos obstetras, aseguró que no existen, al menos no en su hospital. Médicos y matronas colaboran en un entorno de respeto, con amplia libertad por parte del jefe de obstetricia para el manejo de las pacientes de bajo riesgo. En las clínicas privadas es diferente, ya que las usuarias tienen a su disposición un equipo de salud que consta de un médico obstetra, una matrona, un anestesista y un pediatra, independientemente del nivel de riesgo. De acuerdo con Natalia Cortés, en Chile todos los partos, al menos en la ciudad de Santiago, se atienden en el tercer nivel. Las consultas prenatales, en cambio, ocurren en el primer nivel, y si el diagnóstico resulta complicado se refieren al segundo nivel u hospital de especialidad, donde un especialista revisa a la futura madre y, si lo amerita, la hospitaliza para hacerle un estudio más concreto, pero el parto siempre se resuelve en el hospital.

Sin tener los datos a la mano, Cortés calculó que en su hospital la proporción de partos vaginales sin complicaciones es de alrededor del 63% y cesáreas un 37%, aproximadamente. Aunque reconoció que la OMS indica que la tasa de cesáreas no debería ser mayor al 15%, observó que se debe considerar que, al ser un hospital de referencia, concentran “toda la patología del área”. Para la atención del parto en las áreas rurales o semiurbanas de la periferia se encuentran hospitales de segundo nivel, como el hospital de Melipilla, el cual canaliza a su hospital todas las pacientes que presentan un diagnóstico complicado o un riesgo elevado. Un alto número de pacientes referidas desde la periferia, precisó, son mujeres con obesidad, lo que supone un incremento del riesgo por hipertensión y diabetes, y repercute en una elevada tasa de cesáreas en el hospital.

Cuestionada sobre los principales riesgos que enfrenta la profesión de matronería, señaló, en primer lugar, la proliferación de matronas sin la capacitación adecuada, egresadas de un número creciente de universidades privadas que ofrecen la carrera de obstetricia. Hizo el recuento, con sorpresa, del caso de una matrona recién egresada que le comentó que se había recibido con la atención a diez partos. Esto le resultó inaudito, pues ella se recibió como partera con la atención a 200 partos. Con un nivel de práctica tan bajo, dijo, no es posible compartir el área de trabajo con una matrona con tan poca experiencia, a menos que se encuentre acompañada por alguien que sí la tenga. Una situación similar ocurría con los médicos, agregó. Hace 29 años, cuando Cortés entró a trabajar en el hospital, los médicos en formación de quinto año de medicina pasaban con las matronas para capacitarse. Las matronas eran quienes les “firmaban” los partos atendidos. Ahora los médicos ya no atienden partos durante su formación y se ha perdido la formación práctica en los nuevos profesionales egresados. La segunda amenaza identificada la representan las enfermeras, quienes buscan absorber las funciones de las matronas. En la Universidad Católica de Chile se han formado enfermeras matronas desde hace décadas, sin embargo, éstas nunca se han desempeñado como matronas, sino como enfermeras. Una de las desventajas de formar enfermeras matronas, como las enfermeras obstétricas (LEO) mexicanas, es que las matronas se concentran exclusivamente en la mujer, puericultura,

ginecología, etcétera; en cambio, la enfermería es una profesión con una formación más variada, por lo que no egresan con la capacitación necesaria.

Respecto al auxilio que reciben las matronas en la sala de parto, explicó que no reciben el apoyo de enfermeras, sino de técnicos paramédicos. Los técnicos paramédicos, a diferencia de las matronas o las enfermeras, cursan dos años de estudio y tienen como responsabilidades asistir en todas las necesidades de la matrona durante el parto. Respecto al parto en casa, respondió que entiende el por qué hay mujeres que los buscan, pero ella nunca atendería un parto en casa, privilegia la seguridad que ofrece el hospital.

Natalia Cortés recomendó a los países interesados en incorporar parteras profesionales a que realicen una prueba piloto. Para el caso de México, sugirió que las autoridades inviten a matronas chilenas a capacitar a las nuevas matronas mexicanas. Para abrir una carrera de obstetricia, propuso que se apoyen de la malla curricular de la Universidad de Chile y evalúen constantemente los resultados. Instó a México a que no forme profesionales sin la suficiente capacitación, pues puede resultar contraproducente.

8.3 Conducción de la política en la secretaría o ministerio de salud

Paulina Troncoso es médico con formación en gineco-obstetricia, encargada del Programa Nacional Salud de la Mujer dentro del Departamento de Ciclo Vital del Ministerio de Salud. A su vez, Eduardo Soto es matrn y dependiente suyo en el Ministerio.

De acuerdo con sus testimonios, la reducción de la mortalidad materna en Chile está asociada, en primer lugar, a la política de anticoncepción y planificación familiar, gratuita y universal que fue emprendida en los años sesenta durante el gobierno de Eduardo Frei. En aquella época, un porcentaje importante de las muertes maternas estaban vinculadas con la alta tasa de abortos producida por una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. En segundo lugar, el incremento en la cobertura de la atención profesional del parto que actualmente abarca un 99% de los nacimientos, y que en partos de bajo riesgo se concentra en el profesional matrn-matrona quien, de acuerdo con el Código Sanitario, es el responsable de dar las consultas sobre anticoncepción.

Troncoso enfatizó el rol que tuvo la matrona en la implementación de la política de natalidad, fundamental para la reducción de la mortalidad materna, y destacó la historia que tiene la carrera de matrona en Chile, una carrera que originalmente fue concebida para fortalecer la atención prenatal y del parto, pero cuyo carácter ha evolucionado con el tiempo, y ha adquirido nuevas funciones con el paso de las décadas. Calculó que el 80% del peso de la política de salud materna de Chile recae en la matrona; el 20% restante, sobre el nivel de referencia y la red de médicos especialistas en los niveles secundarios y terciarios. La distribución de las matronas en el primer nivel de atención es muy grande, resaltó que hay una matrona presente en todo el territorio y en cada consultorio de atención primaria, con tiempos de espera muy bajos, lo que facilita los cuidados prenatales y de anticoncepción. En Chile, agregó, está muy arraigada la cultura del control prenatal, con un promedio de siete consultas durante el embarazo. El control prenatal está básicamente dirigido a categorizar por riesgos, y si el embarazo es de bajo riesgo, entonces, se le da seguimiento en la atención primaria, de lo contrario se deriva a la atención secundaria o terciaria, ya sea dentro del sistema público o privado.

Troncoso y Soto destacaron la creación del Servicio Nacional de Salud, en 1952, como la puesta en marcha del actual modelo de atención de Chile. Soto, incluso, calificó a la reforma del año 52 como eminentemente materno-perinatal para hacer frente a los altos niveles de mortalidad que aquejaban a Chile, y aunque la carrera de matrona ya contaba con más de cien años de historia en ese momento, la matrona no había impactado aún en las cifras de mortalidad. Ese cambio ocurre cuando se potenció su rol dentro de la atención primaria.

El éxito de la política de salud materna de Chile lo atribuyen, no sólo a que es una política que ha perdurado en el tiempo, sino a que es una política que se ha centrado en fortalecer la atención por niveles, especialmente en el nivel primario. Esta fortaleza, dijeron, no se encuentra en otros países de la región. En Chile, señalaron, las matronas están presentes en todo el país; en el norte, en el sur, en cada pueblo hay un consultorio donde hay una matrona, y ahí donde no existe un consultorio, especialmente en el sur del país donde existe la mayor dispersión geográfica, las matronas se trasladan en bote, hacen sus “rondas rurales”, se dan

a conocer entre los habitantes, y si encuentran a una mujer embarazada, la controlan y la derivan con oportunidad.

La matrona en Chile, destacó Paulina Troncoso, es apreciada por su cercanía, por ser una profesional de fácil acceso que se encuentra distribuida en todas partes y por tener una participación en temas muy personales e íntimos para las usuarias. En muchos lugares es altamente valorada y considerada como una consejera, casi como una autoridad por su capacidad de resolución para muchos problemas. La partera tradicional o empírica, en cambio, tiene una participación muy marginal, está circunscrita a comunidades indígenas, y no cuenta con respaldo legal ni institucional.

Eduardo Soto agregó que después de la reforma de 1952 se declaró ilegal la atención no profesional del parto, y sumado a que la atención por parte de la matrona era gratuita, no así la de la partera empírica, generó un incentivo para que la población prefiriera atenderse con matronas. Además de la gratuidad en el servicio, apuntó, la matrona proporciona una mayor seguridad. En cambio, un parto practicado por una partera empírica se considera un ejercicio ilegal de la profesión. Troncoso reconoció que fortalecer la interculturalidad y el rescate de la cultura de partería indígena supone un área de oportunidad; pero al pertenecer al ámbito de lo local, no hay una política de Estado que la promueva. Aunque sí existen algunas iniciativas locales con impactos muy limitados, donde la “partera” indígena acompaña a la mujer en algunos hospitales locales, pero su ámbito de acción se limita al ciclo menstrual, embarazo y posparto. Al no tener participación en el parto, realmente no se les puede llamar parteras.

Troncoso y Soto identificaron los desafíos inmediatos que enfrenta la salud materna en Chile. En primer lugar, los cambios demográficos y epidemiológicos de la población chilena. Esto ha tenido como consecuencia un mayor retraso de la maternidad, lo que trajo consigo mayor morbilidad, un número considerable de patologías crónicas, un aumento de enfermedades no transmisibles, como hipertensión arterial y cardiopatías con diabetes. Asimismo, se enfrentan, agregaron, a una población más obesa o con sobrepeso, lo que se ha traducido en una gran incidencia de diabetes gestacional. A esto se suma el reto de disminuir el embarazo adolescente que, pese a mantenerse estable, tiene que bajar aún más.

Además, reconocieron que hay mayor incidencia de migración proveniente de Perú, Colombia y Haití, lo que ha supuesto más presión sobre el sistema de salud. Las condiciones de origen, de pobreza, las diferencias culturales y la barrera del idioma han “dilatado” la atención oportuna, especialmente entre migrantes haitianos, lo que ha desembocado en casos de muerte materna.

La concentración de partos en los niveles de mayor complejidad de atención, representa otro desafío. En el sistema público, explicó Troncoso, todos los partos se atienden en hospitales, la gran mayoría de segundo nivel. Las matronas se hacen cargo de todos los partos de bajo riesgo en los hospitales, y refieren los casos de emergencia a obstetras. Inclusive en los hospitales privados, las matronas deben estar presentes asistiendo o acompañando la labor del médico, aún y cuando se practican cesáreas, las enfermeras no tienen ninguna participación en este proceso; sin embargo, aseguró que se cometió un error cuando se decidió que todos los partos fueran atendidos en los niveles de mayor complejidad. Al sacar las salas de parto del primer nivel, se redujo la capacitación y la disponibilidad de personal en la atención primaria. Esto genera un problema cuando las pacientes no alcanzan a llegar al hospital, pues el personal a cargo no cuenta con las competencias para atender una emergencia obstétrica. Por ese motivo, ahora se está tratando de revertir dicha política con la creación de centros de salud comunitarios que sí puedan atender partos en primer nivel, a fin de no sobrecargar más los hospitales con partos normales. Lo cual supone un desafío adicional, porque el parto con anestesia es una Garantía Explícita en Salud (GES) y será difícil garantizar la disponibilidad de anestesistas en los establecimientos de primer nivel.

Troncoso reconoció que existe un conflicto gremial entre matronas y enfermeras que se disputan la atención en las áreas donde sus actividades se intersectan, pero recomendó a las matronas no perder de vista las nuevas oportunidades laborales que se abren para ellas, especialmente las nuevas responsabilidades que pueden asumir más allá de la atención del parto. El ministerio, por su parte, está gestionando una mesa de trabajo con colegios profesionales y sociedades científicas para que las matronas también puedan realizar ecografías (ultrasonidos) desde el primer nivel, en lugares donde no haya disponibilidad de

médicos. Por último, el ministerio debe hacer frente al crecimiento desmedido de las cesáreas innecesarias en los hospitales privados que participan del seguro público Fonasa, pues las cesáreas están incluidas, de acuerdo con la forma en que está articulado el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD); lo mismo ocurre en los hospitales que forman parte de la red de seguros privados (Isapre), donde las mujeres que son atendidas por un obstetra de principio a fin, solicitan cesáreas de manera directa.

Para la implementación de un modelo de atención basado en partería en países como México, Eduardo Soto y Paulina Troncoso sugirieron, en primer lugar, fortalecer el nivel primario de atención para que las matronas cuenten con un espacio donde se puedan desenvolver. En segundo lugar, que la formación de las parteras sea profesional, de 10 semestres por lo menos. En tercer lugar, crear un marco legal que habilite a la matrona y le entregue responsabilidades en lo fisiológico, en la normalidad del parto, y le delegue capacidad para detectar lo patológico y las emergencias para su referencia al siguiente nivel. Para el caso específico de México, que cuenta con miles de enfermeras LEO, las cuales realizan labores administrativas o de enfermería regular, Paulina Troncoso recomendó realizar una evaluación de sus capacidades, caso por caso, y llevar a cabo capacitaciones donde se presentan debilidades. Concentraría esta estrategia de capacitación en aquellas que estén motivadas y deseen desempeñarse en labores de partería. Lo prioritario, concluyó, sería nivelar sus capacidades mientras se crea la carrera de partería, así como evaluar su desempeño constantemente.

8.4 Investigación académica en el campo de la salud y la partería profesional

Lorena Binfa fue directora de la Escuela de Partería y Puericultura de la Universidad de Chile (U. de Chile). Actualmente es titular del Centro Colaborador de la OMS/OPS para el Desarrollo de la Partería en América Latina y el Caribe y directora del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido en la misma escuela.

Según su punto de vista, la clave para que Chile presente bajos niveles de mortalidad materna, comparado con otros países de la región, es haber formado un profesional específicamente para la partería. El desarrollo de la partería en

Chile, afirmó, es resultado de tres factores que ocurrieron de manera efectiva y que pudieron alinearse de manera armónica: educación, regulación y asociación.

En cuanto a educación, se desarrolló una oferta educativa robusta a través de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile que existe desde hace 183 años, casi tan antigua como la República chilena. La partería profesional inició como un programa de dos años de duración, más enfocado a la práctica. Ahora, la licenciatura se compone de cinco años de estudio, la cual conjuga cuatro años de teoría y uno de práctica que se desarrolla durante un internado. Las matronas aumentaron su influencia y participación después de la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y la puesta en marcha del PMI como parte de una estrategia para aumentar el parto institucionalizado, así como el aumento de la cobertura del control prenatal. De la misma manera como el Servicio Nacional de Salud se inspiró en el Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) del Reino Unido, Chile optó por un modelo de partería que es copia de un modelo muy parecido al europeo, especialmente el inglés y el sueco. En aquella época, esos eran los países donde se observaban los mejores niveles en materia de salud infantil y materna. Con respecto a los otros dos factores que contribuyeron al fortalecimiento de la profesión, identifica la regulación de la profesión y la organización gremial de las matronas quienes mostraron un interés permanente por mejorar la regulación de su profesión. La matrona, como cualquier profesional de la salud, requiere de aspectos regulatorios fuertes que respalden esta profesión y que aseguren los cargos en el sistema de salud. Esto permitió que no sólo la profesión se mantuviera, sino que se fortaleciera. Lo cual no habría sido posible sin el impulso del Ministerio de Salud y de políticas encaminadas a fortalecer el campo de acción de las matronas, cuyo rol se ha ampliado con el tiempo. Las matronas chilenas pasaron de atender sólo partos a convertirse en un profesional a cargo de promover la salud de la mujer y el recién nacido, a lo largo de todo el curso de vida.

El primer nivel de atención, explicó, es la puerta de entrada al sistema de salud chileno, cuenta con la mayor cobertura y una amplia resolutivez. Sigue un modelo de salud familiar, donde un médico de familia o generalista está a cargo de la atención primaria. Al igual que el médico familiar, la matrona es un profesional

de entrada directa con responsabilidad exclusiva sobre las acciones de partería. Con la diferencia de que el médico prácticamente no tiene injerencia en el Programa de Salud de la Mujer. La matrona es responsable de la implementación de dicho programa, en el cual están descritas todas las acciones y actividades que puede realizar de acuerdo con el nivel de atención, que en el primer nivel incluye el control prenatal, los controles ginecológicos y la planificación familiar. Lo que no puede resolverse en el nivel primario se deriva al nivel secundario donde se encuentran los médicos especialistas.

De acuerdo con Binfa, el éxito de este modelo de atención y su incidencia sobre la mejora de los indicadores de salud materno-infantil, se basa en la continuación de una política que fue adoptada hace siete décadas, lo cual ha permitido su consolidación en el tiempo, incluyendo ciertas adecuaciones que de manera progresiva han ampliado las funciones de la matrona para abarcar todo el ciclo de vida de la mujer, incluyendo nutrición, salud mental y climaterio. Pese al éxito del modelo de atención en el nivel primario, Binfa reconoció el abuso del enfoque de riesgo obstétrico en la atención del parto en el nivel secundario y terciario, donde se siguen modelos bastante medicalizados, los cuales desembocan en altas tasas de cesáreas innecesarias.

Binfa señaló que el gran reto del sistema de salud será fortalecer el modelo de partería para la atención del parto de bajo riesgo en el nivel secundario y terciario. Dado que Chile privilegia el derecho de las mujeres para que elijan el tipo de parto que crean conveniente, vaginal o por cesárea, con epidural o psicoprofiláctico, éstas pueden atenderse en hospitales de segundo o tercer nivel, ya sea públicos o privados, lo que explica, en buena medida, las altas tasas de cesáreas y de partos inducidos. Para reducir esta incidencia, agregó, el Minsal publicó en 2007 el Manual de Atención Personalizada del Parto que es de observancia general en todo el país. Este manual es una guía de recomendaciones para un parto más personalizado, con menor prevalencia de intervenciones, que promueve que las mujeres deambulen, incluye ingesta oral de líquidos, alimentación liviana, monitorización cardíaca fetal intermitente, etcétera.

Sin embargo, un estudio promovido por Binfa y la Universidad de Chile, arrojó que este manual no tuvo el impacto esperado y las prácticas del parto

medicalizado se mantienen prácticamente sin cambios (Binfa, *et al.*, 2013). Esto ocurre así, en parte, por una saturación de los servicios a nivel hospitalario, donde una matrona atiende, en promedio, cinco partos al día, cuando lo deseable es que atendiera sólo uno. Esto repercute en la calidad de la atención y en una mala comunicación con la paciente, quien no entiende por qué le practican un conjunto de procedimientos. Para revertir esta situación, señaló, la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile promovió un cambio curricular en 2009 a fin de mejorar la competencia de sus alumnas y la adopción de un modelo de atención más humanizado y centrado en la mujer. Aseguró que no se puede pedir a los profesionales algo para lo cual no fueron entrenados, situación que ocurre especialmente en la formación de los especialistas médicos que son capacitados para romper membrana, suministrar oxitocina, etcétera. Al médico no se le puede pedir que espere sentado a que el parto se desencadene espontáneamente o que aguarde mientras la parturienta deambula por los pasillos.

Poco después, se le preguntó si los cambios curriculares en obstetricia o partería ocurren por iniciativa de la escuela o a solicitud de las autoridades de salud. Binfa respondió que es por iniciativa de la escuela. La Universidad de Chile, en particular, se ocupó de levantar y conocer las demandas hechas por las usuarias, la gente del ministerio, los colegas, los egresados y los empleadores. La escuela, agregó, desempeñó un papel muy importante en visualizar al profesional que se requiere para el futuro a partir de las necesidades del presente. La Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile destaca por su innovación y cuenta con el único programa acreditado por siete años, que es el máximo plazo de acreditación, de un total de 18 o 19 programas de formación de matronas en todo el país, entre entes públicos y privados.

Frente a la aparición de la enfermera matrona en Chile, similar a la enfermera LEO mexicana, y específicamente aquellas egresadas del programa de la Universidad Católica de Chile, expresó su descontento. La enfermera matrona, precisó, es una profesional a quien después de cursar cuatro años de enfermería se le ofrece optar por un año de formación en obstetricia. Las egresadas de este programa mixto no pueden atender partos en el sistema público porque este cargo

no está reconocido, salvo en los hospitales de la propia Universidad Católica y en algunas clínicas privadas.

Destacó el apoyo que recibe la matronería de las autoridades de salud, y consideró muy importante el respaldo abierto que otorgan los médicos gineco-obstetras y los neonatólogos. Pese a los obstáculos propios de la práctica, la matronería goza de reconocimiento y desde el gobierno nunca se ha contemplado la idea de abandonar la formación de matronas o promover modelos mixtos como la enfermera-matrona.

Sobre las actividades del Centro Colaborador de la OMS/OPS para el Desarrollo de la Partería en América Latina y el Caribe que ella preside, subrayó el apoyo que ha brindado para la formación de parteras en Bolivia, así como la asesoría o capacitación en Ecuador, Perú, Uruguay y, más recientemente, en México.

Está convencida, dijo, que la evidencia a favor de la partería es muy contundente. Señaló que en aquellos países donde ha existido la partería profesional y una regulación adecuada de ésta, se observan los mejores indicadores en salud materno-infantil, específicamente el modelo europeo de partería, cuya referencia obligada es Reino Unido o Suecia. El paso que sigue en la formación y profesionalización de las matronas en Chile es el ingreso al posgrado, al doctorado y a la investigación en partería para seguir generando evidencias que respalden las prácticas exitosas.

Por último, se le solicitó una recomendación sobre lo que podría hacer México, tomando en cuenta la existencia de una fuerza de trabajo que se puede aprovechar, específicamente las LEO y las parteras tradicionales. Binfa sugirió realizarles un examen a todas las enfermeras para conocer su nivel de competencia y, dependiendo de sus resultados, “agregarles” todo lo que les falte en un curso complementario con duración de un año. A las parteras tradicionales, propuso entrenarlas en un programa, con duración de uno a dos años, donde se les otorguen las herramientas para resolver emergencias obstétricas. Asimismo, garantizar la entrada directa a este personal en el primer nivel de atención, con el objetivo de crear una masa crítica en un plazo de quince años.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

A lo largo de siete capítulos se abordó el problema de la mortalidad materna y el reto que supone mejorar la salud materna de cara a los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados. Se examinó la literatura disponible sobre las mejores prácticas para la atención calificada del parto y el estado de la partería en el mundo. Partiendo de esta base se hizo una descripción de los sistemas de salud de México y Chile y una revisión de sus principales políticas de salud materna de los últimos años. Se compararon los resultados de dichas políticas a través de los indicadores de mortalidad materna y de las características particulares de la atención del parto en ambos países. Por último, se dedicó un espacio para conocer los testimonios de diferentes actores entrevistados seleccionados para esta investigación, quienes relataron su opinión respecto a los temas abordados, su experiencia en cuanto a la atención del parto, las ventajas y la viabilidad de desarrollar la partería profesional en México.

Los esfuerzos de México para cumplir con la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de salud materna fueron relevantes, aunque insuficientes. Durante 15 años, los ODM moldearon y orientaron las políticas hacia el cumplimiento de objetivos y metas concretas para la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes y la asistencia del 90% de los partos por personal sanitario capacitado. Tras la conclusión de los ODM, los analistas de políticas cuentan ahora con un gran cúmulo de información para evaluar el impacto que dichas políticas tuvieron en la mejora de los indicadores de desarrollo, específicamente en cuestiones de salud materna.

La razón de mortalidad materna en México (RMM) sigue siendo la más alta de los países miembros de la OCDE, equivalente a 34.6 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos (SIODM, 2017), casi tres veces más alta que en Chile donde la RMM asciende a 13.5 (Minsal, 2017a). El reto que México enfrenta hacia adelante, será acercarse a los niveles de otros países de la OCDE, combatir las brechas a nivel subnacional y mejorar la calidad de la atención del parto.

En septiembre de 2015 todas las naciones del orbe se comprometieron a cumplir en 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos

establecieron una meta global de 70 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos para ese año. Esto no significa que los países con una RMM menor a 70 ya cumplieron la meta y no queda más por hacer (ONU, 2015b). La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible obliga a México y el resto de países a definir una nueva meta nacional de mortalidad materna para 2030; así como garantizar una cobertura universal de la asistencia calificada del parto y reducir la inequidad en la atención entre regiones, entre grupos de edad e ingreso, y especialmente entre minorías (OMS, 2016c). De acuerdo a recomendaciones de la OMS, países como México deberían plantearse una reducción de dos terceras partes de la mortalidad materna sobre la línea base de 2010 (2015a), lo que supondría alcanzar una RMM de 14.7 en 2030; pero a diferencia de los ODM, la definición de la meta nacional o subnacional depende, en última instancia, de cada país (Kassebaum, Lozano, Lim y Murray, 2017).

La atención calificada del parto es una medida que salva vidas y contribuye a prevenir la mortalidad materna (OMS, 2004, 2016a, 2016b; UNFPA, 2011, 2014); sin embargo, la mayor parte de los nacimientos en México son atendidos por personal médico en formación (INSP, 2017), quienes no demuestran las mismas competencias que el personal que sí está especializado en obstetricia. Esta situación contrasta con la realidad de la atención del nacimiento en Chile, donde la gran mayoría de los partos sí son atendidos por personal especializado (Entrevistas a A. Román y S. Oyarzo, 2016; L. Binfa, 2016; N. Cortés, 2016; P. Troncoso y E. Soto, 2016).

Tras casi 50 años de ausencia, la partería profesional comienza a tener un tímido resurgimiento en México, y surgen voces que apoyan su implementación y desarrollo (Walker, Suárez, González, de María y Romero, 2011; Coneval, 2012; Fundación MacArthur, 2013; INSP, 2017). La OMS asegura que la evidencia disponible demuestra que la partería está asociada con “una mejora en la calidad de la atención y con una reducción rápida y sostenida de la mortalidad materna y neonatal” (2016b, p. 1). Sin embargo, el ritmo de crecimiento de la partería en México es insuficiente para satisfacer las necesidades de atención de servicios de salud materna y neonatal (UNFPA, 2014). La mayoría de los países desarrollados, y en desarrollo, que tienen a parteras profesionales como su principal proveedor en

la materia han dedicado esfuerzos de muchas décadas para lograr una amplia cobertura (UNFPA, 2011; 2014); lo que hace pensar que la inercia actual no permitirá la consolidación en el mediano o largo plazo de una fuerza de trabajo relevante de parteras profesionales en México. Esto obliga a diseñar e implementar una política pública específica si se pretende impulsar su crecimiento.

Obstáculos para el desarrollo de la partería en México

Los hallazgos de esta investigación permitieron identificar siete obstáculos para el desarrollo de la partería profesional en este país:

1. *Falta de continuidad y contradicción en las políticas.* Las políticas de salud materna implementadas en México han carecido de estabilidad en el tiempo desde la década de 1970. La inconsistencia de las políticas y su extrema variabilidad ha quedado en evidencia debido al elevado número de iniciativas, programas y estrategias desplegadas en cada administración, situación que se vio acentuada durante la década pasada. Los programas y estrategias también han adolecido de evaluaciones de desempeño que permitan conocer su efectividad. Su corta vida agrava esta situación. Muchas veces los programas o estrategias son publicados a mitad de cada administración, impidiendo su necesaria consolidación (Stein y Tommasi, 2006). Frente a la inestabilidad de los programas, resulta incierto qué extensión alcanza su implementación o si los responsables dentro de los hospitales tienen pleno conocimiento de las estrategias y líneas de acción promovidas por las autoridades. La evidencia sugiere que hay una desconexión entre la política impulsada por las autoridades nacionales y las acciones implementadas por los responsables de la atención en los hospitales y en los diferentes subsistemas. La autoridad que ejerce un director de hospital es tan amplia, que acaba dependiendo de éste el tipo y el personal a cargo de la atención del parto.

El programa vigente de salud materna y perinatal tampoco da cuenta de la saturación de servicios en el nivel hospitalario ni el déficit de personal calificado para la atención del parto ni establece medidas concretas para corregirlos (SSA, 2014a). Llama la atención que en un apartado sobre los retos para el periodo 2013-2018 el programa establece dentro de sus prioridades, para la mejora de

la calidad de atención, que la “atención obstétrica de bajo riesgo” (p. 49) se lleve a cabo en el primer nivel; sin embargo, dentro de sus objetivos, metas y líneas de acción no establece cómo se atenderá dicha prioridad. En la Estrategia 2.1 se limita a señalar que se promoverá la “formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato” (p. 62) y aunque establece como línea de acción que se favorecerá “la disponibilidad de personal capacitado”, no define cómo se logrará esta acción ni establece una meta o un indicador de seguimiento apropiado para lograrlo. El indicador propuesto que más se aproxima a esta línea de acción es el “porcentaje de partos atendidos a nivel institucional” que para la fecha de publicación del programa en 2014 ascendía a 98.5% de los partos, cuando objetivo es llegar a 99.5% en 2018 (p. 70). Este indicador, desafortunadamente, no es adecuado para medir la calidad de la atención ni la mayor disponibilidad de personal calificado, no sólo por el pequeño margen de mejora que permite, sino porque hay evidencia que demuestra que el parto institucional en México no es sinónimo de una atención calificada ni de calidad (Lazcano-Ponce, *et al.*, 2013; Entrevistas a C. Mera, 2016 y C. Alonso, 2017).

El sector educativo nacional, por otra parte, forma a un recurso humano que cuenta con habilidades de partería (LEO), pero que es casi totalmente ignorado y desaprovechado en el sector salud (UNFPA, 2014). Las LEO suman casi 19,000 profesionales que, en la mayoría de los casos, no cuentan con plazas para el ejercicio específico de su profesión, ni espacios habilitados en clínicas y hospitales para ejercer las funciones para las cuales fueron capacitadas. Esto no sólo implica un desperdicio de recursos públicos invertidos para su formación, también refleja un uso irracional de recursos humanos en un entorno caracterizado por la insuficiencia de personal para la atención del parto (Entrevistas a C. Mera, 2016 y C. Alonso, 2017; INSP, 2017).

2. *Falta de regulación adecuada:* En Chile, las funciones de la matrona están definidas desde el código sanitario, el cual tiene fuerza de ley y es aplicable a todo el territorio nacional. En México no existe paralelo con la regulación chilena ni siquiera en el ámbito de la enfermería obstétrica. Para regular la

atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, existe la recién reformada NOM-007-SSA2-2016 (2016), una norma de observancia general que contempla que los partos de bajo riesgo puedan ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales, sin embargo, sólo se establece como una posibilidad y no cuenta con mecanismos que garanticen su implementación general. Y aunque la NOM obligue a todas las instituciones de salud a “capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio” (s.p.), no establece sanciones para evitar su incumplimiento. Se carecen, además, de profesiogramas que definan las funciones que puede o debe realizar la partera profesional o técnica. Al no estar definido legalmente el ámbito de acción de las parteras, no es posible prevenir posibles conflictos de competencia y de responsabilidades entre parteras, enfermeras obstetras y gineco-obstetras. Mientras tanto, las parteras existentes y futuras seguirán ejerciendo en la incertidumbre legal. No obstante, contar con profesiogramas tampoco es garantía, pues las enfermeras obstétricas sí cuentan con profesiogramas, pero estos no se cumplen (Entrevista a C. Mera, 2016).

3. *Resistencia al cambio:* Pese a no haber cumplido la meta ODM en 2015, el combate a la mortalidad materna en México ha avanzado de manera lenta, pero de forma continua. En este contexto y frente a la inercia de la política actual, se advierte que será muy difícil convencer a las autoridades de modificarla. Los avances de los últimos años han permitido alcanzar los niveles más bajos de mortalidad materna en la historia de México, lo que ha alimentado el optimismo en el discurso de las autoridades de la Secretaría de Salud (Entrevista a N. Herrera, 2017). Una situación muy distinta sería si el indicador de muerte materna estuviera estancado o fuera de control. A las autoridades de salud no les gusta correr riesgos (Entrevista a R. Lozano, 2017) por lo que impulsar la adopción de la partería profesional en la atención obstétrica de bajo riesgo, sería aventurarse en cambiar un modelo de atención muy diferente al que lleva muchas décadas operando. Lo mismo puede decirse de los jefes de obstetricia y de los médicos a cargo de la atención del parto, quienes tienen pocos incentivos para ceder espacios de poder en los

hospitales o, de plano, desconfían de las capacidades, tanto de parteras como de enfermeras obstétricas (Entrevista a R. Lozano, 2017).

4. *Sobre-medicalización del parto:* El modelo de atención del parto en México recae predominantemente en la atención médica y hospitalaria. La organización física del hospital no favorece la atención por parte de enfermeras y parteras. Tampoco existen espacios físicos dedicados a la protección del parto fisiológico en los hospitales de segundo nivel donde parteras o enfermeras obstétricas puedan ejercer con autonomía en su espacio de trabajo (Entrevista a C. Alonso, 2016). Y aunque la NOM-007-SSA2-2016 (2016) establece la obligación de promover la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, la adecuación de espacios físicos, la deambulacion alternada y la libre elección de la mujer sobre la posición de parto, no se precisan sanciones en caso de que los hospitales no cumplan. Por otra parte, en las escuelas de medicina se ha dejado de enseñar parto fisiológico, los médicos ya no están formados en este rubro ni están familiarizados con la normalidad del parto, por lo que no les queda claro dónde se encuentran los límites entre su campo y el campo de las parteras y las enfermeras obstétricas. Bajo este escenario, formar parteras profesionales, no garantiza de ninguna manera que éstas sean aprovechadas adecuadamente en el sector salud o que puedan desempeñar las funciones para las que fueron formadas.
5. *Baja demanda en el mercado laboral.* El modelo de atención imperante no demanda parteras ni enfermeras obstétricas. En el caso de las enfermeras obstétricas, no se abren suficientes plazas para ellas, y en el mejor de los casos son contratadas para desempeñar otras funciones (Entrevista a C. Alonso, 2016). En la mayoría de los hospitales no existen plazas para enfermeras obstétricas o parteras técnicas, y aunque hayan sido formadas para atender partos de bajo riesgo, por reglamento no pueden atender partos si están contratadas con una plaza de enfermera general (Entrevista a C. Mera, 2016). Tampoco contar con la plaza correcta garantiza que dicho personal atenderá partos. En un escenario como éste, formar parteras profesionales no garantiza, de ninguna manera, que encuentren campo de trabajo. Asimismo, la mayoría de los hospitales tienen como prioridad procesar el parto a una mayor

velocidad (Entrevistas a C. Alonso, 2016 y C. Mera, 2016). Bajo esta perspectiva, la contratación de parteras no responde a la lógica actual de la atención del parto en los hospitales y centros de salud. Y aunque las autoridades de salud señalan la necesidad de incorporarlas, no existe un plan articulado para lograrlo ese objetivo, por lo que sus esfuerzos se limitan a acciones de promoción o cabildeo del modelo de atención basado en partería (Entrevista a N. Herrera, 2017)

6. *Limitada oferta académica:* En materia educativa, el principal obstáculo de la partería profesional es la falta de escuelas de partería. El número actual de escuelas de escuelas con reconocimiento oficial es muy reducido y el número de egresos es muy bajo, lo que resulta insuficiente para construir una fuerza de trabajo robusta para la atención del parto en México. La apertura de escuelas de partería debería responder a un incremento en la demanda de parteras en el sistema de salud, de lo contrario se corre el riesgo de desaprovechar este recurso humano, como ocurre actualmente con las enfermeras obstétricas (Entrevista a R. Lozano, 2017).
7. *Prejuicio sobre la partería:* En México existe un fuerte prejuicio en contra de las parteras, no importa si son profesionales, técnicas o tradicionales. Esto se explica en parte, por el fuerte arraigo que tiene el médico obstetra entre la población mexicana, que es considerado un personal más capacitado (Entrevistas a C. Alonso, 2016; C. Mera, 2016 y R. Lozano, 2017). El auge que tienen las cesáreas en México también eleva la demanda de gineco-obstetras por parte de las mujeres embarazadas, especialmente en el sector privado; esto se debe en buena medida a que los propios gineco-obstetras desalientan el parto normal, califican como anormales los partos que se extienden más de seis horas o asustan a las mujeres atendiendo cada nacimiento como si fuera una “bomba de tiempo” a punto de explotar (Entrevista a C. Alonso, 2016).

Actualmente, no existe voluntad política en México para cambiar la organización de la atención del parto en clínicas y hospitales ni las autoridades promueven una reforma institucional que privilegie que enfermeras obstétricas y parteras desempeñen las actividades para las que fueron formadas: atender partos de bajo riesgo, entre otras funciones. En el ámbito internacional el camino tampoco está

despejado para las parteras, inclusive en los países con una larga tradición de partería profesional como Chile y Reino Unido, los principales obstáculos que enfrentan son el incremento de las cesáreas innecesarias y una imperante tendencia a medicalizar el parto. Esta es una batalla que involucra a las propias mujeres embarazadas que se debaten entre evadir el dolor del parto con una cesárea y una atención más tecnificada o perseguir una atención más humanizada y menos invasiva que les permita un parto más íntimo y respetuoso, así como psicoprofiláctico. En Chile, las matronas enfrentan una competencia creciente de las enfermeras obstétricas y una creciente demanda de cesáreas que no se limita al sector privado. Y en Inglaterra, por ejemplo, el número de partos atendidos por parteras muestra una alarmante tendencia a la baja, al pasar de 75.6% en 1990 a 53% en 2015 (Stephenson, 15 de noviembre de 2016; NHS, 2016). En cambio, en países donde la partería profesional es emergente como en Estados Unidos y Canadá, la proporción de nacimientos atendidos por parteras avanza muy lentamente, y hoy representa el 8.3% (ACNM, 2016) y 10% (CAM, 2017) del total, respectivamente.

Recomendaciones de política pública

Toda política pública debe partir de la identificación de un problema público que genera insatisfacción entre la población y requiere de una solución articulada. De acuerdo con Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone (2008) “toda política pública apunta a la resolución de un problema público reconocido como tal en la agenda gubernamental” (p. 35). México debe encontrar un camino propio que le permita resolver dicho problema público, uno que tome en cuenta la experiencia internacional y las condiciones y características propias de la realidad mexicana.

Los resultados de esta investigación pusieron en evidencia la existencia de problemas adicionales que no fueron identificados en un principio, pero que deben ser abordados por las políticas de salud materna:

- a) Que la mayor parte de los nacimientos son atendidos por médicos en formación, no por personal especializado en partería u obstetricia.

- b) Que el sistema de salud cuenta con una considerable fuerza de trabajo, compuesta por 19 mil licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO), cuyo potencial se desaprovecha hasta en un 80%.
- c) Que la concentración de los nacimientos en el segundo y tercer nivel provoca saturación de los servicios en los centros hospitalarios.
- d) Que el aumento de las cesáreas innecesarias en el sistema de salud es consecuencia de una excesiva medicalización del parto en los hospitales.

Estos cuatro problemas repercuten de múltiples maneras en los servicios de salud materna en México: atención deficiente del personal a cargo; saturación de los servicios hospitalarios; baja disponibilidad de camas; aceleración del proceso de parto; abuso de procedimientos médicos innecesarios; egresos más rápidos y deficiente seguimiento del posparto, así como una baja capacidad para atender emergencias no programadas. Lo anterior se suma a las violaciones de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres que se atienden bajo estas condiciones. La mala coordinación entre el primer y segundo nivel de atención, sin duda, agrava la situación descrita. En términos generales, esta problemática no está adecuadamente posicionada dentro de la agenda pública ni es reconocida enteramente por las autoridades que se guían por indicadores que no reflejan la magnitud de los problemas.

La evidencia recopilada, no obstante, demuestra que el número de asistentes de partería calificados (APC) es insuficiente para cubrir la demanda de servicios especializados en salud materna y neonatal en México. Pese a que el indicador oficial reporta que 98% de los nacimientos son asistidos por personal sanitario capacitado (SIODM, 2017), el UNFPA (2014) estima que el personal disponible para proveer servicios de salud materna y neonatal (SMN) sólo es capaz de cubrir el 61% de la demanda de todo el país, mientras el INSP (2017) calcula que hasta un 80% de los partos son atendidos por médicos en formación en detrimento de la oportunidad y la calidad de la atención.

Para fortalecer la oferta de servicios de SMN de manera inmediata, se debe tomar en cuenta los recursos humanos con los que México ya dispone:

- Alrededor de 100 parteras profesionales técnicas (PPT) de nivel técnico (INSP, 2017). Este número, sin embargo, resulta extremadamente bajo pues

equivale a una PPT disponible por cada 22,300 nacimientos (Conapo, 2015). Chile, en cambio, cuenta con una matrona profesional por cada 20 nacimientos (Minsal, 2017c).

- Cerca de 19 mil enfermeras obstétricas laboran en el sistema de salud nacional (SSA, 2017) y sólo dedican el 20% de su tiempo a labores de salud materna y neonatal (UNFPA, 2014). Esta profesional de salud ya es considerada por la OMS (2004) como una asistente de partería calificada (APC), con competencias muy similares a las parteras profesionales.
- Aproximadamente 15,000 parteras tradicionales o empíricas (INSP, 2017) que, aunque atienden sólo el 2% de nacimientos, en muchos casos son la única alternativa para mujeres que no tienen acceso a la salud institucional.

Este conjunto ofrece un universo de 34 mil proveedores con diferentes habilidades y competencias para el manejo del embarazo de bajo riesgo que pueden ser empleados de manera inmediata para reforzar la prestación de servicios de SMN en el sector público. Este número contrasta, además, con los cerca de 10 mil 500 gineco-obstetras disponibles en dicho sector (SSA, 2016). Partiendo de la problemática descrita y de los hallazgos producto de esta investigación, se formulan las siguientes recomendaciones de política pública centradas en el fortalecimiento de tres pilares: oferta, demanda y regulación. Más allá de la necesidad de difundir estos problemas y posicionarlos en la agenda pública, se recomiendan las siguientes soluciones de política:

En el corto plazo:

- 1) Reubicar a las enfermeras obstétricas y perinatales que actualmente no desempeñan labores de salud materna y neonatal a las áreas de maternidad y gineco-obstetricia de los tres niveles de atención, previo proceso de evaluación de sus competencias.
- 2) Facilitar que las enfermeras obstétricas y parteras técnicas se desempeñen de manera autónoma y puedan atender partos de bajo riesgo sin supervisión médica.
- 3) Remover a los médicos en formación de la atención del parto de bajo riesgo y sustituirlos paulatinamente con enfermeras obstétricas y perinatales.

- 4) Liberar plazas con los códigos apropiados para contratar a enfermeras obstétricas y parteras técnicas para que estén legalmente habilitadas para atender partos.
- 5) Formar equipos de trabajo compuestos por enfermeras obstétricas y médicos obstetras para la atención del parto dentro de los hospitales.
- 6) Concentrar la presencia de parteras técnicas en comunidades apartadas o sin acceso previo a asistencia calificada del parto.
- 7) Establecer equipos de trabajo entre parteras técnicas y asistentes tradicionales del parto, especialmente en aquellas comunidades donde la partería tradicional está más arraigada.
- 8) Reforzar la capacitación de las asistentes tradicionales del parto para que puedan detectar y referir a tiempo los embarazos de alto riesgo.
- 9) Promover una mayor vinculación de las asistentes tradicionales con el primer y segundo nivel de atención.
- 10) Regular la práctica de las parteras profesionales y las enfermeras obstétricas dentro del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- 11) Definir la participación que tendrán las enfermeras obstétricas y parteras técnicas en el Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal y establecer cuáles serán sus responsabilidades para ejecutarlo.
- 12) Publicar los profesiogramas faltantes para parteras licenciadas y técnicas.

En el mediano plazo:

- 1) Convertir a las enfermeras obstétricas y parteras técnicas en un profesional de entrada directa en clínicas y hospitales del sector público.
- 2) Evitar que enfermeras obstétricas y parteras técnicas compartan el mismo espacio de trabajo para evitar desacuerdos o celos profesionales.
- 3) Consolidar una red de maternidades de primer nivel que contribuya a reducir la saturación de partos en el nivel hospitalario.
- 4) Replicar el modelo de atención de la Maternidad de Atlacomulco en nuevas unidades médicas, especialmente en el ámbito rural, en los estados con los niveles más altos de mortalidad materna.

- 5) Construir o adaptar nuevas áreas para la atención de partos de bajo riesgo dentro de los hospitales, y poner a cargo a enfermeras obstétricas o a parteras profesionales.
- 6) Promover la apertura de nuevos cursos de licenciatura en obstetricia para la formación de un mayor número de parteras profesionales.
- 7) Difundir entre el público en general que enfermeras obstétricas, perinatales y parteras profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar una atención calificada del parto, así como las ventajas de atenderse con ellas.
- 8) Fortalecer la representación gremial.

En el largo plazo:

1. Homologar las competencias de parteras profesionales y enfermeras obstétricas para evitar una mayor fragmentación de proveedores de partería.
2. Vigilar que todas las cesáreas estén debidamente justificadas y referidas por una partera profesional.
3. Definir una imagen propia que de identidad y reconocimiento a las enfermeras obstétricas como ocurre en Chile, donde las matronas portan con orgullo el uniforme rojo que las distingue.
4. Promover que las instituciones educativas que ya imparten la carrera de enfermería y obstetricia, como la UNAM e IPN, reformen su plan de estudios y ofrezcan la carrera de obstetricia, bajo el modelo de partería de la ICM.
5. Promover la apertura de escuelas de obstetricia en todas las universidades estatales.
6. Establecer un término para que todos los cursos de partería de nivel técnico se transformen en cursos de nivel superior con una duración mínima de 5 años.
7. Crear un examen único nacional que certifique como parteras profesionales a egresadas de cursos de enfermería y obstetricia, y perinatal.
8. Establecer un término temporal para prohibir la atención del parto a todo aquel que no sea asistente de partería calificado egresado de un programa universitario.

9. Garantizar que los programas de formación en partería sean culturalmente pertinentes en los estados que tienen una importante población indígena.

La reducción de la natalidad y el retraso de la maternidad aumentará la proporción de partos con cierto tipo de complicaciones, lo que aumentará la presión sobre los servicios hospitalarios. Esto debe obligar a las autoridades a prepararse para el futuro. Frente al aumento de la mortalidad por causas indirectas y los cambios en el perfil epidemiológico, México requerirá contar con suficiente personal calificado para atender los cambios de la demanda. La experiencia chilena demostró que garantizar partos asistidos por personal capacitado no era suficiente, se requería contar con una profesional calificada especializada en la mujer, que pudiera formarse más rápido, a un menor costo y que pudiera tener una mayor cobertura territorial.

Es importante que las autoridades reconozcan que una mayor proporción de partos atendidos en los hospitales no se traduce en automático en mejores cuidados ni en una reducción de la morbilidad materna y neonatal. Las políticas de salud materna deben estar dirigidas a mejorar tanto la cobertura como la calidad (The Lancet, 2014). Es necesario que las autoridades pongan atención en las competencias que tiene el personal a cargo del parto para garantizar que la atención sea efectivamente de calidad.

Tampoco es conveniente mantener un modelo de atención que depende mayoritariamente de médicos en formación, cuando ya existen otros profesionales capacitados como las enfermeras obstétricas y las parteras técnicas que son capaces de realizar las mismas tareas a un menor costo y en condiciones de mayor calidad. Actualmente, las LEO son el grupo más numeroso y tienen la mejor oportunidad de incrementar su participación e influencia. Tienen a su favor, el encabezar el modelo de atención de partería mejor probado de México (Maternidad de Atlacomulco) y que ya ha comenzado a ser replicado en otras partes del país. Actualmente se está transitando hacia un universo de proveedores cada vez más fragmentado, hoy se cuenta con enfermeras obstétricas, enfermeras perinatales, parteras técnicas y próximamente parteras licenciadas, con diferencias abismales en los años de formación académica. Si no se definen los campos de trabajo esto puede derivar en conflictos futuros entre enfermeras y

parteras, e inclusive entre parteras licenciadas y técnicas. Sería oportuno definir los campos de trabajo de cada una, y decidir si el camino a seguir es una mayor fragmentación o sí es preferible apostar hacia la consolidación de un solo tipo de profesional de partería como en Chile.

Nuevas voces consideran que ha llegado el momento de darle una nueva oportunidad a la partería profesional en México, pero es indispensable que primero sean bien comprendidos los obstáculos que limitan su desarrollo, así como los distintos aspectos que sus promotores no deben ignorar a fin de lograr una exitosa implementación.

BIBLIOGRAFÍA

- AbouZahr, Carla. (2003). Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin* 2003, (67), 13–25. DOI: <<https://doi.org/10.1093/bmb/ldg014>>.
- Abrantes Pêgo, R. y Pelcastre Villafuerte, B. (2008). La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿Agendas contradictorias o complementarias? En Lerner y Szasz (Coords.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, 2. México: El Colegio de México.
- ACNM. (2016). CNM/CM-attended Birth Statistics in the United States. Estados Unidos: American College of Nurse-Midwives. Disponible en: <<http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000005950/CN-M-CM-AttendedBirths-2014-031416FINAL.pdf>>.
- ACNUDH. (2013). *Maternal mortality and morbidity and human rights*. Suiza: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/OnePagers/Maternal_mortality_morbidity.pdf>.
- _____. (s.f.). *Preventable maternal mortality and morbidity and human rights*. Suiza: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportMaternalMortality.pdf>>.
- AFASPE. (2017). *Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados, Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas*. Disponible en: <<http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>>.
- Aguilar, L. F. (2010). Introducción. En L. F. Aguilar (Comp.) *Política Pública*. México: Biblioteca Básica de Administración Pública y Siglo XXI Editores. Disponible en: <http://www.eap.df.gob.mx/gestionpublica2015/images/Aguilar_2010_Introducci%C3%B3n.pdf>.
- Almaguer, García y Vite, (2010). La violencia obstétrica: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud en Cifras*, 8, (3), 3-20. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Disponible en: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25685/SepDic10.pdf>>
- Allende, Salvador. (1939). *La Realidad Médico-Social Chilena*. Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Disponible en: <<http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000543.pdf>>.

- Arias Huerta, J. y Keller, A. (1976). La partera empírica, ¿colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar? *Sal. Públ. Méx.*, XVIII (5), pp. 883-892. Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/1264/1248>>.
- Baldwin, L. M.; Hutchinson, H. L. y Rosenblatt, R. A. (1992). Professional Relationships between Midwives and Physicians: Collaboration or Conflict? *American Journal of Public Health*, (82), 262-264. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694308/pdf/amjph00539-0112.pdf>>.
- Barret Litoff, Judy. (29 de abril de 1982). The Midwife Throughout History. *Journal of Nurse-Midwifery*, 27 (6), 3-11. DOI: 10.1016/0091-2182(82)90085-4.
- Basevi, V. y Lavender T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* (11): 001236 DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2>>.
- Becerril-Montekio V.; Reyes J. D., Manuel A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53, (2:S132-S143). Disponible en: <<http://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>>.
- Behruzi, R.; Klam, S.; Dehertog, M.; Jiménez, V. y Hatem M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, (200). DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>>.
- Binfa, L. (2014). Salud de la Mujer desde la Perspectiva de curso de vida. En A. Fuller (Ed.) *Escuela de Obstetricia: 180 años de tradición, 1834-2014*. Chile: Universidad de Chile. Disponible en: <<http://www.matronas.cl/wp/wp-content/uploads/2017/08/libro-Obtetricia-2014.pdf>>.
- Binfa, L.; *et al.* (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29, (Issue 10), 1151–1157. Disponible en: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00204-0/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00204-0/pdf)>.
- Bossert, T.J. y Leisewitz, T. (2016). Innovation and Change in the Chilean Health System. *The New England Journal of Medicine*. *N Engl J Med* 2016, (374),1-5. DOI: 10.1056/NEJMp1514202. Disponible en: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1514202>>.
- Butler, N. R., y Alberman, E. D. (1969). En J. L. Bobadilla, *Quality of Perinatal Medical Care in México City*. México: INSP, Secretaría de Salud.

- Buttiëns, H., Marchal B. y De Brouwere, V. (2004). Editorial: Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics. *Tropical Medicine and International Health*, 9, (6), 653–654. Disponible en: <<http://dSPACE.itg.be/bitstream/handle/10390/1189/2004tmih0653.pdf>>.
- CAM. (2017). Midwifery-led births per province and territory. Canadá: Canadian Association of Midwives. [Fecha de consulta: 12/septiembre/2017]. Disponible en: <<https://canadianmidwives.org/2017/01/09/midwifery-assisted-births/>>
- Campbell, O. M. y Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, (368), 1284–99. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1)>.
- Cárdenas, R. (2014). El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva. En A., Sánchez Bringas (Coord.), *Desigualdades en la procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; Editorial Itaca.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, 19, 167-190. Disponible en: <<http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147/150123>>.
- Carroli, G. y Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. (1): CD000081. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>>.
- Castañeda P., M. y Meneses N., S. (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*. D., Díaz (Coord.). México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Disponible en: <<http://fundar.org.mx/implicaciones-del-seguro-popular-en-la-reduccion-de-la-muerte-materna-perspectivas-nivel-nacional-y-en-los-estados-de-chiapas-y-oaxaca/>>.
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <<http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf>>
- CEPAL. (2016). *Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible*. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40159/4/S1600653_es.pdf>.

- _____. (2017). *Agenda 2030 y los ODS. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Chile: Comisión Económica para América Latina. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/10/S1700334_es.pdf>.
- Código Sanitario. Decreto con fuerza de Ley N° 725. Chile: Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. [Fecha de consulta: 13/sep/2017]. Disponible en: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>>
- Collado P., S.P. (2014). Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En A., Sánchez B. (Coord.), *Desigualdades en la procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; Editorial Itaca.
- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. (2014). La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Disponible en: <http://www.latinamericareforma.cl/doc/Hacia_una_nueva_salud_libro_blanco_NvaMayoría.pdf>.
- CONAPO. (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf>.
- _____. (2015). *Proyecciones de la Población 2010-2050*. México: Consejo Nacional de Población. [Fecha de consulta: 26/abril/2017]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos>.
- CONEVAL (2012). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso efectivo a instituciones de salud*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf>.
- _____. (2017). *Medición de la Pobreza 2010-2016. Resumen Ejecutivo*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Pobreza_2016_CONEVAL.pdf>.
- CPEUM. (2017). Dirección General Servicios de Documentación, Información y Análisis de la LXIII Cámara de Diputados. México: Cámara de Diputados. Fecha de consulta: 1/sep/2017. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf>.
- Decreto Ley Número 2.763. (2004) Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de

Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Chile: Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. Disponible en: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>>.

Delgado Lara, Adrián Gabriel. (2012). Cuarenta años de estudio y de políticas públicas sobre las defunciones maternas en México. *Género y Salud en Cifras*, 10, (1). Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10_1/Cuarentaanosdeestudioydepoliticass.pdf>.

Department of Health. (2010). *Midwifery 2020: Delivering expectations*. United Kingdom: Chief Nursing Officers of England Northern Ireland Scotland and Wales; Department of Health. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216029/dh_119470.pdf>.

Diario Imagen. (24 de julio de 2017). Reconocen a clínica materna mexiquense. Disponible en: <<http://www.diarioimagen.net/wp-content/pdfedit/pdfarchive/2017/072017/Imagen3170PDF.pdf>>.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (1996). México: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobernación. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4899641&fecha=13/09/1996>.

Díaz, Daniela. (2009). Presupuesto público y mortalidad materna. En G. Freyermuth y P. Sesia (Coord.), *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (37-42). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

Dirección Coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural. (1959). *Salud Pública de México*, 1 (2). Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/4450/4331>>.

Dondisch, R. y Gómez, B. (2015). México en las negociaciones multilaterales sobre la agenda de desarrollo para después de 2015. *Revista Mexicana de Política Exterior*, 103, 47-63. México: Secretaría de Relaciones Exteriores. Disponible en: <<https://revistadigital.sre.gob.mx/images/stories/numeros/n103/dondischgomez.pdf>>.

Donoso, E. (2015). Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna en Chile, 2012. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80, (1), 7–11. DOI: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100001>>.

_____. (2016). Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna en Chile, 2014. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81, (5), 351–353. DOI: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000500001>>.

Drife, J. (2002). The start of life: a history of obstetrics, *Postgraduate Medical Journal* 2002, (78), 311-315. Disponible en: <<http://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/78/919/311.full.pdf>>.

Fathalla, M. F. (1987). The Long Road to Maternal Maternity. *People*, 14. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/273761728_The_long_road_to:maternal_death>.

_____. (1999). *Health and being a woman. Forty-third session of the UN Commission on the Status of Women*. Estados Unidos: Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/PublicationsandResourcesFathallafiles/A/4%20Health%20and%20being%20a%20woman.pdf>>.

Frenk, Julio. (2003). El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social (entrevista). En Gómez Dantes, O. (2005). *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/7perspectivas_sps.pdf>.

Frenk, Silvestre. (1983). Historia reciente de la asistencia materno-infantil en México. *Salud Pública de México*, 25, (5). Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/585/573>>.

Freyermuth E., G. (2014). Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En A., Sánchez Bringas (Coord.), *Desigualdades en la procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; Editorial Itaca.

_____. (2016). Determinantes sociales en la MM en México. *Revista CONAMED*, 21 (1), 25-32. Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/download/400/709>>.

Fundación MacArthur. (2013). *Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final*. México. Disponible en: <https://www.macfound.org/media/office_article_pdfs/13_Parteria_informe_final_FUNDACION_MACARTHUR.pdf>.

Gobierno de Chile. (2017). Chile Crece Contigo. Chile: Gobierno de Chile. Disponible en: <<http://www.crececontigo.gob.cl/>>.

Gobierno de la República. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. México: Gobierno de la República. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/3/images/E_NAPEA_0215.pdf>.

_____. (2016). *Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud*. México: Gobierno de la República. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/77385/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf>.

González B., M.A. y Martínez G., G. (2015). *Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México*. México: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. (AMIS). Disponible en: <<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/02/Hacia-la-cobertura-universal.pdf>>.

González, R. (2014). Chile, un buen lugar donde nacer: morbilidad materna e infantil a nivel global y nacional. *Revista Médica Clínica. Las Condes*, 25, (6) 874-878. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70633-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70633-9)>.

Harvey, S.A., Wong Blandón, Y. C., McBinnns, A., Sandino, I., Urbina, L., Rodríguez, C., Gómez, I., ... & the Nicaraguan maternal and neonatal health quality improvement group (2007). Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization*. 85 (10), 783-790. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v85n10/a15v8510.pdf>>.

Homedes B., N. y Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7, (15), 26-43. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/545/54571503.pdf>>.

Homer C. S., Friberg I. K., Dias M. A., Hoop-Bender P., Sandall J., Speciale A. M., Bartlett L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*. 384 (9948), 1146–57. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)>.

ICM. (2017a). *Definición Internacional de Matronas de la ICM*. Países Bajos: Confederación Internacional de Matronas. Disponible en <<http://internationalmidwives.org/global/espa%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html>>.

_____. (2017b). *Definición de Partería. Documento Básico*. Países Bajos: Confederación Internacional de Matronas. Disponible en <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20Spanish/NUEVO%20CD2017_001_SPA_Def_parteria.pdf>.

Idiart, Alma. (2013). Institutional Capacities and Social Policy Implementation: Maternal Child Health and Nutrition Programmes in Argentina and Chile (1930-2000). *Revista Ciencia Salud*, 11, (1) 59-82. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n1/v11n1a05.pdf>>.

IMSS. (2006). Acuerdo 126/2006. *Otorgamiento de atención médica en hospitales de 2do. y 3er. Nivel a las mujeres embarazadas que se identifiquen como beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades*. México: Instituto Mexicano del

Seguro Social. Disponible en: <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2006>>.

INE. (2016). *Compendio Estadístico 2016*. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2016/compendio_2016.pdf>.

INEGI. (2016). *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2016*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2016/702825087357.pdf>.

INMUJERES. (2011). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*. Cuadernos de Trabajo, Núm. 29. México: Instituto Nacional de las Mujeres. Disponible en: <http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/c29_o.pdf>.

INSP. (2006). *Arranque Parejo en la Vida. Evaluación del Programa de Acción 2000 – 2005. Resumen Ejecutivo*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <<https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antecedentes-2010/649-arranque-parejo-en-la-vida.html>>.

_____. (2017). La partería profesional en México ¿hacia dónde va? México: Instituto Nacional de Salud Pública. [Fecha de consulta: 9/mayo/2017]. Disponible en: <<https://www.insp.mx/avisos/4315-seminario-parteria-insp.html>>.

Institute of Medicine (2003). *Improving Birth Outcomes: Meeting the Challenge in the Developing World*. Judith R. Bale, Barbara J. Stoll, and Adetokunbo O. Lucas (Ed.) Estados Unidos: Institute of Medicine, Committee on Improving Birth Outcomes. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/nap10841/pdf/>>

Kassebaum, N. J., Lozano, R., Lim, S., Murray, C. J. (2017). Setting maternal mortality targets for the SDGs – Authors' reply. *The Lancet*, (389), 697-698. Disponible en: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30339-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30339-2.pdf)>.

Koblinsky, M.; Campbell, O; Heichelheim, J. (1999). Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bull World Health Organ*, (77), 399–406. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557673/pdf/10361757.pdf>>.

Koblinsky, M.; Matthews, Z.; Hussein, J.; *et al.* (2006). Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, (368), 1377–86. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69382-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69382-3)>.

Koblinsky, M.; Moyer, C. A.; Calvert, C.; *et al.* (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *The Lancet*, (388), 2307–20. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)>.

Koch, E.; *et al.* (2012a). Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 7, (5: e36613). DOI: 10.1371/journal.pone.0036613.

_____. (2012b). Determinants of maternal mortality reduction in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 7, (5: e36613). Disponible en: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0036613.s002&type=supplementary>>.

Kontoyannis, M. y Katsetos, C. (2011). Midwives in early modern Europe (1400-1800). *Health Science Journal*; 5 (1), 31-36. Disponible en: <<http://www.hsj.gr/medicine/midwives-in-early-modern-europe-14001800.pdf>>.

Lattus O., José y Sanhuenza B., María Carolina. (2007). La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica. *Revista de Obstetricia y Ginecología-Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse*, 2 (3), 271-276. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/460/nota_historica_271a2761.pdf>.

Lazcano-Ponce, E.; Schiavon, R.; Uribe-Zuñiga, P.; Walker, D.; Suárez-López, L.; Luna-Gordillo, R.; Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública*. México, 55 (2), 214-224. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/17Parto.pdf>.

Lerner, S. y Szasz, I. (Coords.). (2008). La investigación de las relaciones entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (1). México: El Colegio de México.

Ley General de Salud. (2017). México: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobernación. [Fecha de consulta: 8/ago/2017]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf>.

Ley Número 19.966. (2004) Establece un régimen de garantías en salud. Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. [Fecha de consulta: 24/jul/2017]. Disponible en: <<http://bcn.cl/1w16c>>.

Lillo G., E., Oyarzo T., S., Román, A. (2014). Historia de la Matronería en Chile. *Matronas*. Edición Especial 2014. 59-62. Disponible en: <http://web.colegiomatronas.cl/wp-content/uploads/2014/10/revista_matronas.pdf>

Lozano, R.; Núñez, R.; Duarte, M. y Torres, J. (2005). Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México. En E. Zúñiga Herrera (Coord.). *México, ante los desafíos de desarrollo del milenio*. México: CONAPO. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mexico_ante_los_desafios_de_desarrollo_del_milenio>.

- Martín del Campo, A. C., Martínez Ruiz, I., de la Vega de Ávila, F. E., León Flores, D. (2010). *Evaluación de Diseño de la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna*. México: Modernización Gubernamental y Políticas Públicas. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Diseno/Diseno_2010/SALUD/EDS_10_SALUDS_MORTALIDAD_MATERNA.pdf>.
- McArthur, J. W. y Rasmussen, K. (2017). Change of Pace Accelerations and Advances during the Millennium Development Goal Era. *Global Economy and Development at Brookings*. Working Paper 98. Estados Unidos: The Brookings Institution. Disponible en: <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2017/01/global_20170111_change_of_pace.pdf>.
- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Valdino, (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Editorial Gedisa. Disponible en: <<http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>>.
- Minsal. (1997). Programa de Salud de la Mujer. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>>.
- _____. (2007). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>>.
- _____. (2011). *Agenda de Salud. Control Prenatal. (Agenda de la Mujer)*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/Agenda-de-la-mujer.pdf>>.
- _____. (2013). Recursos para la Salud. Profesionales y Técnicos del sector Salud. Chile: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/Profesionales-y-t%C3%A9cnicos-del-sector-salud-dic-2012.xls>>.
- _____. (2014a). Serie Defunciones y Mortalidad Materna. Chile 2000-2012. Chile: Ministerio de Salud. <<http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>>.
- _____. (2014b). *Manual de programas alimentarios*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf>>.
- _____. (2015). *Guía Clínica Perinatal*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-PERINATAL_2015.10.08_web.pdf-R.pdf>.

- _____. (2016a). Anuario de estadísticas vitales 2014. Estadísticas de Natalidad y Mortalidad. Chile, año 2014. Chile: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2016/12/Anuario-2014_publicable-fe-erratas-final-24.10.2016.xlsx>.
- _____. (2016b) *Orientación Técnica para la Auditoría y Vigilancia de la Mortalidad Materna*. Chile: Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer, Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/ORIENTACIÓN-TÉCNICA-PARA-LA-AUDITORÍA-Y-VIGILANCIA-DE-LA-MORTALIDAD-MATERNA-06.04.2016.pdf>>.
- _____. (2016c). *Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud*, Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos N° 20.882 y 20.890, año 2016. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf>.
- _____. (2017a). *Indicadores Básicos de Salud, IBS. Chile 2010-2014*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/>>.
- _____. (2017b). *Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud*, Período: 1 de abril de 2009 al 30 de junio de 2017. Chile: Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-16136_recurso_1.pdf>.
- NHS. (2016). *Hospital Maternity Activity, 2015-16: Hospital Maternity Activity Tables*. Reino Unido: NHS Digital, National Health Service. Disponible en: <<http://digital.nhs.uk/media/29880/Hospital-Maternity-Activity-2015-16-Hospital-Maternity-Activity-Tables/Any/hosp-epis-stat-mat-tab-2015-16-tab>>.
- _____. (2017). *Where to give birth: the options*. Reino Unido: NHS. Disponible en: <<http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx>>.
- NHS Scotland. (2010). *Midwifery 2020. Programme Core Role of the Midwife Workstream. Final Report*. Reino Unido: NHS Education for Scotland. Disponible en: <http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1891153/core_role.pdf>.
- NOM-007-SSA2-2016 (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobernación. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016>.
- OCDE. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Francia: OECD Publishing, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en>.

- _____. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. *OECD Publishing*. Francia: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>.
- _____. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. *OECD Publishing*. Francia: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>>.
- OIT. (2004). 3232 Midwifery Associate Professionals. ISCO-08 Structure, index correspondence with ISCO-88. Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/3232.htm>>.
- OMS. (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42955/1/9241591692.pdf>>.
- _____. (2006). *Resolution WHA59.27. Strengthening nursing and midwifery*. 59.^a Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<http://www.who.int/hrh/resources/WHA59-27.pdf>>.
- _____. (2009). WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. WHO/MPS/07.05. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69509/1/WHO_MPS_07.05_eng.pdf?ua=1&ua=1>
- _____. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 2010 Edition. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf>.
- _____. (2011). *Resolution WHA64.7. Strengthening nursing and midwifery*. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf>.
- _____. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud WHO/RHR/14.23*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf>.
- _____. (2015a). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153544/1/9789241508483_eng.pdf>.
- _____. (2015b). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf>.

- _____. (2015c). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. 3rd ed. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf>>.
- _____. (2016a). *Midwives voices Midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250376/1/9789241510547-eng.pdf>>.
- _____. (2016b). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf>.
- _____. (2016c). *World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf>.
- _____. (2016d). WHO Collaborating Centre for Development of Midwifery. Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 10/dic/2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=CHI-18&cc_code=chi>.
- _____. (2017a). *Salud materna*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 10/sep/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/maternal_health/es/>.
- _____. (2017b). *Maternal mortality*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 10/sep/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/>.
- _____. (2017c). *Asistentes de partería cualificados*. Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 2/jul/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/es>.
- ONU. (2000). *Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General, A/RES/55/2*. Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>>.
- _____. (2001). *Road Map Towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary-General, A/56/326/*. Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf>>.
- _____. (2014). *We the peoples. Celebrating 7 million voices. United Nations Millennium Campaign*. Disponible en: <<https://myworld2015.files.wordpress.com/2014/12/wethepeoples-7million.pdf>>.

_____. (2015a). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf>.

_____. (2015b). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1*. Estados Unidos: Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>>.

_____. (2015c). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf>.

_____. (2016). *Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos. A/HRC/RES/33/18*. Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 30 de septiembre de 2016. Estados Unidos: Naciones Unidas. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/849344/files/A_HRC_RES_33_18-ES.pdf>.

OPS/OMS. (2008). *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ExtensionEsquemas_Protecc_Social_Poblacion_MNI.pdf>.

_____. (2009). *Ministerio de Salud en Chile da inicio a proyecto multilateral para mejorar salud materna e infantil*. Chile: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=159:ministerio-salud-chile-da-inicio-proyecto-multilateral-salud-materna-infantil&Itemid=1005>.

_____. (2013). *OPS destaca modelo innovador de clínica de maternidad en México*. México: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=586:la-ops-destaca-modelo-innovador-maternidad-estado-mexico&Itemid=499>.

_____. (2017). *Apoya OPS/OMS el desarrollo de la Enfermería Obstétrica y la Partería Profesional en Tlaxcala*. México: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1279>.

OPS/OMS y Minsal. (2011). *Segunda Jornada ¿La Atención Primaria de Salud debe permanecer a cargo de los Municipios?* Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/foro%20salud%20desmunicipalizacion%20publicacion%20final%20gm%20gb%20_4_.pdf>.

Ortiz, Teresa. (1993). *From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain. The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe*. Estados Unidos: Routledge.

PNUD. (2004). *Desarrollo Humano en Chile 2004. El poder: ¿para qué y para quién?* Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/desarrollohumano/undp_cl_idh_informe2004.pdf>.

_____. (2013). *Income Gini coefficient*. Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <<http://hdr.undp.org/en/content/income-gini-coefficient>>.

_____. (2015). *Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/PNUD_boletinIDH.pdf>.

_____. (2016). *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*. Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/HDR2016/HDR_2016_report_spanish_web.pdf?download>.

Pollack, M. (2002). *Equidad de género en el sistema de salud chileno*. Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5103/1/S029691_es.pdf>.

Presidencia de la República. (2012). *Sexto Informe de Gobierno. Resumen Ejecutivo*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/informe/sexto/pdf/RESUMEN_EJECUTIVO/Resumen_Ejecutivo_Sexto_Informe.pdf>.

_____. (2013). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, Informe de avances 2013*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2013.pdf>>.

_____. (2015). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, Informe de avances 2015*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/doctos/InfMex2015.pdf>>.

_____. (2017a). *Quinto Informe de Gobierno*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://framework-gb.cdn.gob.mx/cuartoinforme/4IG_Escrito_27_08_16_COMPLETO.pdf>.

_____. (2017b). *Quinto Informe de Gobierno. Anexo Estadístico*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://framework-gb.cdn.gob.mx/cuartoinforme/4IG_Escrito_27_08_16_COMPLETO.pdf>.

gb.cdn.gob.mx/cuartoinforme/4IG_Anexo_Estadistico_TGM_26_08_16_COMPL ETO.pdf>.

Ramírez-Hernández, Cynthia. (2012). Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. *Revista CONAMED*, 17, (1, 2012), S37-S41. Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/329/610>>.

Ratti, J.; Ross, S.; Stephanson, K. y Williamson, T. (2014). Playing Nice: Improving the Professional Climate Between Physicians and Midwives in the Calgary Area. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36, (7), 590–597. Disponible en: <[http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30538-7/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30538-7/pdf)>.

Reid, Alice (2011). Birth Attendants and Midwifery Practice in Early Twentieth-century Derbyshire. *Social History of Medicine*, 25, (2), 380-399. DOI: <<https://doi.org/10.1093/shm/hkr138>>.

RLGSMPSAM. (2016). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: Unidad General de Asuntos Jurídicos. Secretaría de Gobernación. Disponible en: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88536.pdf>>.

Renfrew, Mary J.; *et al.* (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, (384), 1129–1145. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)>.

Revez L., Gaitán H. G. y Cuervo L. G. (2007). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub2>>.

Rooks, P. (1999). The Midwifery Model of Care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, (4), 370-374. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0091-2182\(99\)00060-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0091-2182(99)00060-9)>.

Rosenfield, A. y Maine, D. (1985). Maternal mortality a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *The Lancet*, 2, (8446), 83-5. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90188-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90188-6)>.

Rosenthal, E. (30 de junio de 2013). American Way of Birth, Costliest in the World. *New York Times*. Disponible en: <<http://www.nytimes.com/2013/07/01/health/american-way-of-birth-costliest-in-the-world.html>>.

Sandall, Jane. (2015). Place of birth of Europe. *EntreNous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 81, (16-17). Disponible en: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277732/Entre_Nous_81_web.pdf?ua=1>.

Save the Children. (2015). *La lotería del nacimiento. El caso de México*. México: Save the Children. Disponible en: <<https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/af/afa8b66d-1714-41c1-b957-0d03d6f1a569.pdf>>.

Say; *et al.* (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2, (Issue 6), e323-e333. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)>.

Segovia (1998). The midwife and her functions by level of care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63, (Issue S1), S61–S66. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00185-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00185-4)>

Sibley, L.M. y Sipe, T.A. (2006). Transition to Skilled Birth Attendance: Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants? *Journal of Health, Population and Nutrition*. (2006, Dec. 24, 4), 472-478. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001151/pdf/jhpn0024-0472.pdf>>.

SIODM. (2017a). *Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100,000 nacidos vivos)*. México: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgiwin/odmsql.exe/INDODM005000100010,26,0,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>>.

_____. (2017b). Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado. Metadato. México: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgiwin/odmsql.exe/INDODM005000100020,27,0,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>>.

SSA. (2005). *Medición de la mala Clasificación de la Mortalidad Materna en México, 2002-2004. Síntesis Ejecutiva 16*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/SE16_MortalidadMaterna.pdf>.

_____. (2006). Puesto: Enfermera Especialista en Obstetricia. Catálogo Sectorial de Puestos. México: Dirección General de Recursos Humanos, Secretaría de Salud. Disponible en: http://dgrh.salud.gob.mx/Servicio_DIntdPuesyServPers_CatRamaMed.php

_____. (2008). *Programa de Acción Específica 2007-2012. Arranque parejo en la vida*. Disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=573&Itemid=383>.

_____. (2009a). *Búsqueda intencionada de muertes maternas en México. Informe 2008*. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/BIMM_Informe2008.pdf>.

- _____. (2009b). *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf>.
- _____. (2011a). Evolución de las defunciones causadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y razón de mortalidad materna. Estados Unidos Mexicanos, 1940–2009. *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf>.
- _____. (2011b). *Proyecto de Vigilancia Sanitaria de Mortalidad Materna*. México: Comisión Federal para la Protección contra los Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud. Disponible en: <<http://www.cofepris.gob.mx/AZ/Paginas/VigilanciaSanitariaMuertesMaternas.aspx>>.
- _____. (2013). *Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México. Informe 2011*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/BIRMM_Informe2011.pdf>.
- _____. (2014a). *Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinataI_2013_2018.pdf>.
- _____. (2014b). *Manual de Organización del Servicio de Gineco Obstetricia. Hospital General de México. Dr. Eduardo Liceaga*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/ManOrgGineco.pdf>.
- _____. (2014c). Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf>.
- _____. (2015). *Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México. Informe 2012-2013*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Muertes_Maternas_11_Enero_2016.pdf>.
- _____. (2016a). *Datos Abiertos - Recursos en Salud*. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/datosabiertos/recursos_salud_2015.zip>.

- _____. (2016b). *Datos Abiertos - Mortalidad Materna 2002 – 2014*. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/datosabiertos/mortalidad_materna_02-14.zip>.
- _____. (2017). Registro Nacional de Datos por nivel académico. *Recursos*. México: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería, Secretaría de Salud. [Fecha de consulta: 19/sep/2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recurso&_Id=3>.
- SSA e INSP. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. México: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>>.
- Starrs, A. M. (2006). Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *The Lancet*, 368, (9542), 1130–1132. DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69385-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69385-9)>.
- Stein, E. y Tommasi, M. (2006). La política de las políticas públicas. En *Política y Gobierno, XIII*, (2), 393-416. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Disponible en: <<http://www.politicaygobierno.cide.edu/index.php/pyg/article/viewFile/286/196>>.
- Stephenson, J. (15 de noviembre de 2016). Only half of babies in England now delivered by midwives. *Nursing Times*. Disponible en: <<https://www.nursingtimes.net/news/hospital/only-half-of-babies-in-england-now-delivered-by-midwives/7013310.article>>.
- Superintendencia de Salud. (2017). Patologías garantizadas AUGE. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html>>.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008). Análisis y gestión de políticas públicas, España: Ariel.
- Szot Meza, Jorge. (2003). La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Revista Especializada de Salud Pública*, 77, (5), 605-613. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n5/original6.pdf>>.
- Thaddeus, S. y Maine, D. (1994). Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. *Social Science and Medicine*, 38, (8), 1091-1110. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Maine/publication/11134243_Too_Far_to_Walk_Maternal_Mortality_in_Context/links/0c9605283b7590b668000000.pdf>.
- The Lancet. (2014). Midwifery. An Executive Summary for The Lancet's Series. Junio. Disponible en: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf>

- _____. (2016). *Maternal Health. An Executive Summary for The Lancet's Series*. Septiembre. Disponible en: <<http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summm.pdf>>.
- UNFPA. (2004). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf>.
- _____. (2011). *El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas*. Estados Unidos: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf>.
- _____. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Estados Unidos: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMMy2014_complete-Spanish.pdf>.
- _____. (2016). *Salud Materna*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Fecha de consulta: 1/mayo/2017]. Disponible en: <<http://www.unfpa.org/es/salud-materna>>.
- _____. (2017a). *Midwifery*. Estados Unidos: Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Fecha de consulta: 15/septiembre/2017] Disponible en: <<http://www.unfpa.org/midwifery>>.
- _____. (2017b). *Midwifery in Mexico*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Management Sciences for Health; MacArthur Foundation; Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Midwifery_in_Mexico.pdf>.
- UNICEF. (2017). *Delivery Care: Skilled attendance at birth, percentage*. UNICEF Data: Monitoring the situation of Children and Women. [Fecha de consulta: 28/03/2017]. Disponible en <<http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html>>.
- Villanueva E., L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Género y Salud en Cifras*, 8, (3), 21-26. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Disponible en: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25685/SepDic10.pdf>>
- Walker, D.; Suárez, L.; González, D.; De María, L. M. y Romero, M. (2011). *Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101197.pdf>.

- Wirth, M. (2008). Professionals with Delivery Skills: Backbone of the Health System and Key to Reaching the Maternal Health Millennium Development Goal. *Croat Med J.*, (49), 318-33. DOI: 10.3325/cmj.2008.3.318.
- Zamorano, P., Araya, A., Guerra, N., y Ruiz, J. (2011). "Vencer la cárcel del seno materno": Nacimiento y vida en el Chile del siglo XVIII. Chile: Universidad de Chile.
- Zárate C., M.S. y Godoy C., L. (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Río de Janeiro, 18, (1), 131-151. Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/08.pdf>>.
- Zúñiga, E.; Zubieta, B. y Araya, C. (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/salud_reproductiva/2000/1Republica.pdf>.