

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES  
REFERIDAS POR COMADRONAS**

**CÉSAR AUGUSTO SACAYON SAPÓN**

**Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Enero 2015**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: César Augusto Sacayon Sapón

Carné Universitario No.: 100019928

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadronas"

Que fue asesorado: Dra. Roxana Ramírez Juárez

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 27 de octubre de 2014

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
QUETZALTENANGO**

Oficio No.38-2014  
Quetzaltenango 03 de Junio de 2014

Doctor  
Jesen Hernández  
Docente responsable  
Ginecología y Obstetricia  
Ciudad

Respetable Dr. Hernández:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado y aprobado el trabajo de tesis titulado: "CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR COMADRONAS AL SERVICIO DE EMERGENCIA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo del **DR. CESAR AUGUSTO SACAYON SAPON**, previo a optar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

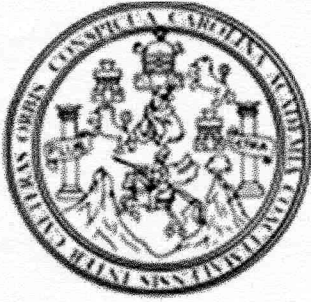
Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

***"Id y Enseñad a Todos"***

  
DR. JULIO FUENTES MERIDA M.  
REVISOR DE TESIS  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE





Quetzaltenango, 2 de junio 2014


Doctor  
Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades  
Escuela de Estudios de Post Grado  
Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores. Así mismo me permito informarle que he Revisado y aprobado el trabajo de tesis titulada: "CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR COMADRONAS AL SERVICIO DE EMERGENCIA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo del **Dr. CÉSAR AUGUSTO SACAYON SAPÓN**. Previo a optar el grado de Maestro en Ciencias Medicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted,  
Atentamente

Dra. Lidia Roxana Ramírez Juárez  
CIN. OBSTETRA  
10.002

  
Dra. Roxana Ramírez Juárez  
Asesor de Tesis de Investigación  
Hospital Regional de Occidente



## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:** Por su bendición y fortaleza para superar todos los obstáculos y alcanzar otra meta en mi carrera profesional.

**A MIS PADRES:** José Sacayon y Juana Sapón de sacayon, por sus consejos, su cariño y su ejemplo de perseverancia, esfuerzo y trabajo, me han inspirado a ser lo que hoy soy.

**A MI HERMANA:** Porque en todo momento a estado conmigo y a sido parte de mis tristezas y alegrías en el camino de este éxito profesional. Te Quiero Mucho

**A MI ESPOSA:** Lindsaya por su paciencia, fortaleza y sobre todo su amor para acompañarme en este proceso y ser parte de mi vida.

**A MIS ABUELOS** por su cariño incondicional.

**A MIS AMIGOS** por los momentos inolvidables que pasamos juntos.

## INDICE DE CONTENIDOS

	Paginas
I. INTRODUCCION	01
II. ANTECEDENTES	03
III. OBJETIVOS	65
IV. MATERIAL Y METODOS	66
V. RESULTADOS	69
VI. ANALISIS Y DISCUSION	75
6.1 CONCLUSIONES	77
6.2 RECOMENDACIONES	78
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
VIII. ANEXOS	81

## INDICE DE TABLAS

I.	CUADRO 1	69
II.	CUADRO 2	60
III.	CUADRO 3	70
IV.	CUADRO 4	70
V.	CUADRO 5	71
VI.	CUADRO 6	71
VII.	CUADRO 7	72
VIII.	CUADRO 8	72
IX.	CUADRO 9	73
X.	CUADRO 10	73
XI.	CUADRO 11	74
XII.	CUADRO 12	74

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO EN MEDICINA  
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS  
CON ESPECIALIDAD EN GINECOOBSTETRICIA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

**CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR COMADRONAS AL  
SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTETRICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
OCCIDENTE 2011**

Dr. César Augusto Sacayon Sapón

**RESUMEN**

**Objetivos:** Condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona al servicio de emergencia de obstetricia.

**Material y métodos:** Descriptivo – Prospectivo sobre las condiciones de ingreso de pacientes que referidas por comadronas al servicio de emergencia obstétrica del hospital regional de occidente 2011. Se tomaron a toda paciente embarazada que consulte a la emergencia de labor y partos que tengan antecedente de ser manipulada o referida por comadrona y que sean ingresadas al servicio.

**Resultados:** Dentro de las características de la referencia encontramos que la paciente estuvo bajo el cuidado de la comadrona tres o más horas un 46.5% y el tiempo de traslado fue de una hora en 65.1% y tres o más horas en 14.7 % y el estado obstétrico que presentaban fueron con trabajo de parto 68.2% en periodo expulsivo 17.8% y pos parto 9.3% lo que podemos determinar que el tiempo es un periodo crucial para la paciente que presenta una morbilidad. El estado clínico de paciente a su ingreso se presentó 17% deshidratada, 14 % consciente y signos vitales Anormales, y dentro de las complicaciones se presentó hipertensión Arterial en un 10.8 % y con el 3.1 % Eclampsia.

**Conclusiones:** La edad más frecuente es de 26-30 años en un 34.8% a si también se presentaron en un 1.55% menores de 15 años y un 14.72% mayores de 35 años, que va de acuerdo al tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos del Milenio que La mayor frecuencia de muertes (moda) fue en la edad de 30 años.<sup>(20)</sup> por lo que la función de la comadrona es importante para detectar las señales de peligro, promover la asistencia a un servicio de salud así como la referencia oportuna.

Palabra Clave: Comadronas, complicaciones, referencia

**UNIVERSITY OF SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES  
SCHOOL OF POSTGRADUATE STUDIES IN MEDICINE  
MASTER OF MEDICAL SCIENCES  
SPECIALIST WITH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY  
WEST REGIONAL HOSPITAL**

**CONDITIONS OF ENTRY OF PATIENTS REFERRED FOR MIDWIVES  
OBSTETRICAL EMERGENCY SERVICE OF WEST REGIONAL HOSPITAL 2011**

MD. Cesar Augusto Sacayon Sapón

**ABSTRACT**

**Objectives:** Conditions of admission for patients referred by midwife at the service of emergency obstetric care.

**Material and Methods:** Description -. Prospective on condition ingression of patients referred by midwives serving obstetric emergency regional hospital in the West 2011 all patients were taken Pregnant refer to the emergence of labor and delivery that have a history of being manipulated or referred by midwife and to be admitted to the service.

**Results:** Among the characteristics of the reference Ila found that patient was under the care of the midwife three or more hours by 46.5% and the transfer time was one hour in 65.1% and three or more hours in 14.7% and state obstetrical they had been in labor for 68.2% 17.8% expulsive postpartum and 9.3% so we can determine what is a crucial time for the patient presenting morbidity period. The clinical status of the patient on admission 17% dehydrated, 14% aware and Abnormal vital signs, and complications within Arterial hypertension was present in 10.8% and 3.1% Eclampsia is presented.

**Conclusions:** The most common age is 26-30 years to 34.8% if they were also presented at 1.55% under age 15 and 14.72% over 35, which is according to the third report of progress in meeting the Millennium Development Goals that the higher frequency of (fashion) deaths was at the age of 30 years.<sup>(20)</sup> so that the role of the midwife is important to detect the warning signs, promoting attendance at a health service and the timely reference.

**Keyword:** Midwives, complications, reference



## I. INTRODUCCION

Guatemala es uno de los países del mundo donde las comadronas o parteras podrían ayudar a reducir la muerte de gestantes por causas evitables. Allí, parir en la propia casa es la única opción: el idioma de sus comunidades no se entiende en los hospitales, sus tradiciones no son respetadas y las distancias las aíslan de las instituciones. Entonces, el apoyo de una partera que pueda combinar los saberes ancestrales con los beneficios de la medicina resulta fundamental. <sup>(1)</sup>

En Guatemala se estima que el 57 por ciento de los partos se llevan a cabo en casas particulares, atendidos por la comadrona o por una familiar y, en algunos casos, sin la ayuda de nadie. El 43 por ciento restante son resueltos por médicos, en centros de salud y hospitales.

Son las comadronas las que atienden alrededor del 50% de los Partos y ven por lo menos una vez o más veces alrededor del 75% de todos los embarazos en el país. Esto convierte a la Comadrona en un factor importante dentro de cualquier estrategia para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Es un factor que hay que conocer muy bien y hay que saber cómo insertarlo en la forma más positiva y productiva en los Planes del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, MSPAS.

En la investigación realizada en el Hospital Nacional de Occidente en específico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia trata de determinar las Condiciones de Ingreso de pacientes referidas por comadronas al servicio de emergencia Obstétrica, por lo que se pudo evidenciar que las pacientes embarazadas que consultaron con comadrona fueron las multigestas en un 57.3% que esto va de acuerdo a la alta tasa de multiparidad que se tiene en Guatemala, Además se evidencio que dentro de las condiciones obstétricas de llegada se encontró que 68.2% corresponde a pacientes con trabajo de parto y el 17.8% en periodo expulsivo, como también un 9.3 % en tercer periodo del trabajo de parto. Se encontraron complicaciones obstétricas como Hipertensión, sufrimiento fetal, presentaciones anómalas, eclampsia placenta previa sangrante shock hipovolemico entre otras.

Esto convierte a la Comadrona en un Actor importante dentro de cualquier estrategia para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. <sup>(5)</sup>

## **I.1 DEFINICION DEL PROBLEMA**

A pesar de los esfuerzos hechos a través de las políticas de salud del aumento de la cobertura del ministerio de salud pública, para que toda la población pueda tener atención de salud y disminuir la mortalidad a través de implementación de la estrategia de la atención primaria y de la participación comunitaria, y como parte de incluir en este proceso a la comadrona tradicional como miembro voluntario de la institución de salud pública que brinda atención materna en lo que se refiere al embarazo, parto, puerperio y cuidados de recién nacido y al porcentaje de la población la cual atiende, aun persiste la mortalidad materna y neonatal por causas como hemorragias pos parto toxemias de embarazo, malas presentaciones, sepsis puerperal y problemas del recién nacido.

Instituciones como Ministerio de salud pública y asistencia social ONG´s (organizaciones no gubernamentales) han hecho esfuerzos capacitando a las comadronas para el monitoreo de las mujeres embarazadas durante su control prenatal, parto y puerperio a si mismo enseñándoles a detectar tempranamente las complicaciones obstétricas y neonatales más importantes, aplicar un manejo de emergencia en la comunidad y referir inmediatamente al hospital.

Por lo que es importante detectar o determinar si las capacitaciones la orientación son realmente efectivas al momento de detectar las señales de peligro o identificar que factor tienen en común las pacientes que son referidas al los centros hospitalarios esto atreves de las demoras que se pueden tener al momento de su referencia; es por ello que conocer las condiciones en que llega la paciente al centro hospitalario es importante ya que actualmente no existen ningún estudio sobre el tema y por las constante referencias que se tienen por parte de comadronas al Hospital Regional De Occidente y las complicaciones que se han observado y por no tener evidencia de estas referencias ni las condiciones en que la paciente es referida es necesario realizar el presente estudio para poder tener bases estadísticas y conocer los factores que pueden complicar una referencia que pudiera ser oportuna. Es por ello que la investigación se realizo por medio de una boleta de recolección de datos que fue llenada en todas las pacientes embarazadas que fueron referidas por comadrona al Hospital Regional de Occidente a la emergencia de obstetricia y ginecología.

## II. ANTECEDENTES

La capacitación formal de las comadronas es tan antigua como la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, y más remota aún que la Facultad de Medicina en 1835, el Dr. José Luna Arbizú, más conocido por haber introducido la anestesia en Guatemala en 1847, recibió permiso del gobierno para abrir una Sala de Maternidad en la que pudiera capacitar comadronas<sup>1)</sup>. Aunque no hay pruebas definitivas, parece que la capacitación de este recurso humano en el Hospital San Juan de Dios continuó durante todo el resto del siglo XIX y la decisión de abrir una Escuela de Comadronas, decretada en 1883, se puede entender como el desarrollo natural de esta larga tradición de capacitación. La revolución liberal del Presidente Justo Rufino Barrios valoró mucho la educación científica de profesionales, lo cual explica que él intentara **“dar una organización adecuada al oficio de parteras”**. Sin embargo, el plan de Barrios no se llevó a cabo sino hasta doce años después, por los esfuerzos del Dr. Juan José Ortega, entonces Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y Director del Hospital General San Juan de Dios.<sup>(4)</sup>

La Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Medicina y Farmacia funcionó de manera muy regular durante las primeras décadas del Siglo XX. Sus estudios, que empezaron con una duración de dos años, fueron ampliados y en 1923 el Presidente José María Orellana aprobó un plan de estudios que dividió las graduadas en dos clases, exigiendo tres años de estudios a las de segunda clase y cuatro años a las de primera clase. Las parteras de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura del perineo. Las mujeres que egresaron de la Escuela durante los inicios de ésta, fueron las primeras mujeres universitarias en el país. En agosto de 1924 ellas formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, una organización que mantiene su vigencia hasta el presente.<sup>(1)</sup>

Ocho años después de la apertura de la Escuela de Comadronas, se empezaron los esfuerzos para aumentar aún más los recursos humanos para la salud de la población. En 1903 “con el objeto de mejorar el servicio de enfermeras . . . y de proporcionar un oficio más a la mujer,” el Presidente Cabrera decretó que “se establezca en el Hospital General de esta ciudad, una Escuela de Enfermeras” . Pero a pesar de este acuerdo, no se logró la fundación de la Escuela sino hasta 1931 y aún entonces la Escuela funcionó de una manera informal . Sin embargo, en 1940 el Presidente Jorge Ubico Castañeda, ignorando la regularidad de la Escuela de Comadronas y la irregularidad de la Escuela de Enfermeras en esta época, emitió el Decreto N° 2390, dictando la fusión de las dos Escuelas para crear la

Escuela Nacional de Enfermeras. El plan de estudios de la nueva Escuela incluyó dos años de estudios en Enfermería hospitalaria y uno de Obstetricia. Algunos médicos apoyaron los cambios, explicando que “nosotros hemos abogado siempre para Guatemala por una Enfermera de carácter polivalente”, pero la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas se pronunció en contra de la citada disposición “por considerar que un solo año de estudios de obstetricia no es suficiente”. Además, según la Junta Directiva, la enfermera y la partera eran distintas: “mientras que a la primera le toca actuar siempre bajo la dirección y vigilancia del médico y por lo tanto se concreta a cumplir órdenes e indicaciones, a la segunda en la mayoría de las veces y en especial fuera de los centros urbanos, le tocará (actuar) de por sí sola conforme a su criterio clínico y tener bajo su cuidado casos de mayor responsabilidad”<sup>(3)</sup>.

Seis años después la Facultad de Ciencias Médicas, aprovechando el ideario de la Revolución de Octubre de 1944, reabrió la Escuela de Comadronas. La Revolución había inspirado un enfoque nacional en la salud materno-infantil y en Mayo de 1946 el Decano, Dr. Carlos Mauricio Guzmán, “teniendo en cuenta la necesidad que la Facultad de Salud Pública de capacitar a las comadronas empíricas para atender partos en los Consultorios Municipales.”<sup>(4)</sup>

La Junta Directiva, la Juventud Médica y la Asociación de Parteras Profesionales se opusieron a ese plan y después de una pugna breve, la Facultad de Ciencias Médicas, con la aprobación del Rector, Dr. Carlos Martínez Durán, se comprometió a reabrir la Escuela de Comadronas inmediatamente para disuadir al Ministerio de Salud de sus pretensiones. Así, se reabrió la Escuela de Comadronas el 1 de Julio de 1946. Los Drs. Aquiles Jiménez Pinto, Mario Ortiz P. y Carlos Monzón López elaboraron el nuevo currículo teórico-práctico de tres años, basándose para ello en los planes de estudio de otras Escuelas de Partería en América Latina, principalmente tomando en cuenta los de Venezuela, Argentina y México. Durante los siguientes años, la Escuela de Comadronas floreció y en 1949 “se graduaron 19 Parteras, dato elocuente”, según la Facultad de Ciencias Médicas, de que “esta Escuela marcha ya completamente organizada y rindiendo frutos de gran trascendencia en la vida social del país”.

Sin embargo, pocos años después, la Escuela de Comadronas, como muchos de los productos de la Revolución, encontró problemas. Después del derrocamiento del Presidente Jacobo Arbenz Guzmán en 1954, las nuevas autoridades del Ministerio de Salud y del Hospital General se pusieron en contra de la Partería y en 1955 “con motivo del nuevo plan

de organización a que se ha sometido el Hospital General”, las prácticas de las alumnas sufrieron “alteraciones considerables”: a ellas sólo les fue permitido observar (no atender) los partos . Poco tiempo después, la situación empeoró cuando la Maternidad del Hospital General cerro y la del Hospital Roosevelt abrió, sin abrir sus puertas a las alumnas de partería.

La Maternidad del Roosevelt funcionó con un modelo norteamericano (de hecho, los técnicos que la diseñaron y supervisaron eran norteamericanos) rompiendo así con los estándares franceses que por tradición se habían seguido en el Hospital General; en adelante se puso énfasis en los médicos especialistas y en las enfermeras profesionales: se suprimió así el rol de las parteras en el sistema nacional de salud.

Además, el nuevo sistema, dentro del contexto de las especialidades médicas, en apogeo durante esa época, donde la obstetricia era la más popular y en el que los médicos obstetras eran educados para identificar e intervenir partos distócicos (partos difíciles), no valoró el trabajo de las parteras y hasta llegó a considerarlas como competidoras del médico obstetra. Con ese criterio, cuando el Presidente Carlos Castillo Armas (siguiendo los pasos de Ubico) acordó en Julio de 1955 que la Escuela Nacional de Enfermeras fuera la única institución de su tipo en el país, la Facultad de Ciencias Médicas no hizo ninguna objeción. Pocos meses después, cuando el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Carlos Sosa Barillas, comunicó a la Facultad acerca del establecimiento de un “Post-graduado en la Escuela Nacional de Enfermeras especialmente para la preparación de Enfermeras Obstétricas . . . que podría suprimirse la Escuela de Comadronas (sic)”, la Junta Directiva de la Facultad, a pesar de la autonomía de la Universidad, no defendió la pertinencia de mantener la Escuela, sino decidió, el 29 de Diciembre de 1955, cerrar la inscripción para el año 1956. El Ministerio nunca llevó a cabo su propuesta de capacitar Enfermeras Obstétricas. <sup>(4)</sup>



## MARCO TEORICO

### DEFINICIÓN DE MATRONA

De acuerdo con la Confederación Internacional de Matronas (una definición que también ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), se define de la siguiente forma: “Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia.”<sup>(1)</sup>

La matrona está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.<sup>(1)</sup>

La matrona participa activamente en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.”<sup>(1.4)</sup>

Esta definición levanta controversias y no todo el mundo está de acuerdo con la exclusión de las matronas tradicionales, quienes son las únicas capaces de asistir a las mujeres durante el parto en los países en desarrollo.

**LAS MATRONAS EN LA ANTIGÜEDAD:** Debido a la importancia de su labor, se presupone que la mujer que ayuda a otra a dar a luz es una figura que ha existido desde los albores de la civilización humana.<sup>(2)</sup>

En el Antiguo Egipto, la asistencia al parto estaba reconocida como una ocupación femenina, tal y como queda registrado en el papiro de Ebers, datado entre el 1900 y 1550 Antes de Cristo. Comprende cinco columnas de papiro que tratan sobre ginecología y obstetricia, hablando específicamente de la aceleración del parto y la realización de pronósticos sobre la

supervivencia del recién nacido. El papiro de Westcar, fechado en el 1700 A.C. incluye instrucciones para calcular la fecha prevista de alumbramiento, y describe distintos estilos de sillas de partos. Los bajos relieves encontrados en las habitaciones reales en Luxor y otros templos, también atestiguan la importante presencia que profesión tenía la cultura egipcia.



En la antigua cultura greco-romana, el oficio de matrona era desempeñado por un amplio número de mujeres, entre las que se incluían aquellas de edad avanzada que continuaban siguiendo la tradición médicas popular en los poblados del Imperio romano, matronas entrenadas cuyo conocimiento emanaba de distintas fuentes, y mujeres con un alto grado de formación que eran consideradas médicos femeninos. Tal y como describe el médico

Soranus en el siglo II d.c. en su trabajo Ginecología, una “buena” matrona tenía que aglutinar las siguientes características: culta, inteligente, poseedora de una buena memoria, amante de su trabajo, respetable y sin ninguna incapacidad que disminuya la percepción de sus sentidos (p. ej. vista, olfato, oído) hasta impedirle realizar su labor, con los miembros intactos, fuerte y, de acuerdo con algunos, con dedos largos y finos que acaben en una uña corta. Soranus también recomienda que la matrona muestre una actitud comprensiva (aunque no es necesario que haya dado a luz) y que mantenga sus manos suaves, con el fin de mejorar la comodidad de la madre y el hijo. Plinio, otro médico contemporáneo, valoraba la pertenencia a la nobleza así como la tranquilidad y la discreción en una matrona. <sup>(2)</sup> Es difícil encontrar en la antigüedad una mujer que poseyera esta combinación de psique, virtud, habilidad y formación, por lo que parece que en estos tiempos existían tres grados diferentes de matrona. El primero era aquellas mujeres que conocían la técnica; el segundo ampliaba su conocimiento con la lectura de algunos textos sobre obstetricia y ginecología; pero el tercero era un profesional intensamente formado y considerado un especialista médico en la atención a la mujer.

Las matronas eran conocidas con diferentes nombres en la antigüedad, como iatrine, maia, obstetrix y médica. A raíz de los hallazgos encontrados, parece que la matrona fuera tratada de forma diferente en el Este del Mediterráneo que en el Oeste. En el este, algunas mujeres superaban la profesión de matrona (maia), siendo consideradas obstetras (iatros gynaikeios), necesitando para ello una formación oficial. Así mismo, aunque en número reducido, existían algunos tratados ginecológicos escritos por mujeres de nombre griego que circulaban entre los círculos médicos. Ateniéndonos a estos hechos, las matronas en el este

eran profesionales respetadas que podían vivir de forma independiente y con suficiente reconocimiento social como para publicar trabajos leídos y citados por médicos. <sup>(2.3)</sup>

De hecho, el estudio de algunas reglamentaciones romanas sugiere que las matronas disfrutaban de estatus y remuneración comparable a la de los doctores masculinos. Un ejemplo de una matrona citada por médicos masculinos es Salpe de Lemnos, quien escribía sobre las enfermedades de la mujer y es mencionada en varias ocasiones en los trabajos de Plinio. Sin embargo, en la parte oeste del Imperio romano, conocemos de la existencia de matronas principalmente de los epitafios funerarios. De los pequeños ejemplos encontrados en estos epitafios, se han sugerido dos hipótesis.

La primera es que la profesión de matrona no era ejercida por mujeres nacidas en el seno de familias libre durante varias generaciones. Por lo tanto, parece ser que la mayoría de las matronas eran de origen esclavo. <sup>(3)</sup>

La segunda hipótesis es que, dado que la mayoría de los epitafios describen a las mujeres como manumitidas (esclavas liberadas), se puede presuponer que las matronas eran valoradas, obteniendo suficientes ingresos como para ganarse su liberación.

No se ha podido averiguar cuáles eran los criterios por los que se seleccionaban las esclavas y se les formaba como matronas. Es posible que las esclavas fueran aprendices enseñadas por sus propias madres. Los deberes reales de la matrona en la antigüedad consistían principalmente en la asistencia durante el parto, aunque también podían ayudar en otros problemas médicos relacionados con la mujer. A veces, la matrona llamaba a un médico que colaboraba con ella si aparecían complicaciones; en la mayoría de los casos, traía dos o tres ayudantes. Matronas y médicos de la antigüedad creían que el parto era más sencillo para la mujer si éste se realizaba en posición sentada. Para esto, durante el parto, las matronas llevaban un taburete a la casa donde se iba a producir el alumbramiento. En el asiento de la silla había un agujero con forma de luna creciente a través del cual el niño nacía. La silla también tenía unos reposabrazos a los que la parturiente se agarraba durante el alumbramiento. La mayoría de las sillas disponían de un respaldo para que la madre empujara contra él, pero Soranus sugiere que, en determinados casos, las sillas no disponían del mismo, siendo una asistente la que se colocaba detrás de ella y la sujetaba.

La matrona se ponía enfrente de la paciente, dilatando suavemente y tirando del feto, mientras daba instrucciones a la madre sobre la forma de respirar y de empujar durante las

contracciones y las asistentes ayudaban presionando el abdomen de la paciente. Finalmente, la matrona recogía al recién nacido, lo envolvía en un trozo de tela, cortaba el cordón umbilical y lo limpiaba. Al bebé se le salpicaba con sal fina molida, natrón o aphonite, con la intención de secar los residuos del nacimiento, enjabonando seguidamente, volviendo a espolvorear y a enjabonar de nuevo. A continuación, la matrona limpiaba las secreciones de la nariz, la boca, las orejas y el ano. Las matronas eran animadas por Soranus a poner un poco de aceite de oliva en los ojos del niño, con la intención de limpiarlos de residuos, y a colocar una pieza de lana humedecida con aceite de oliva sobre el cordón umbilical.<sup>(3)</sup>

Después del parto, la matrona inspeccionaba al bebé para saber si estaba sano para ser criado. Se cercioraba de que no presentara ninguna deformidad congénita y comprobaba que su llanto era fuerte y sano. Finalmente, la matrona evaluaba las posibilidades de supervivencia del recién nacido, recomendando abandonarlo al aire libre si presentaba deformidades graves. Un relieve en terracota del siglo II D.C. encontrado en la tumba de Scribonia Attice en Ostian, mujer del médico y cirujano M. Ulpius Amrimnu, muestra con detalle un parto. Scribonia era una matrona y el relieve la muestra realizando un parto, con la paciente sentada en la silla de partos, agarrándose a los reposabrazos y con una ayudante detrás. Scribonia aparece sentada en un taburete bajo, frente a la mujer y con mirada distraída mientras asiste el parto dilatando y masajeando el cérvix, tal y como aconseja Soranus.<sup>(4)</sup>

Los servicios de una matrona eran caros; este hecho sugiere que las mujeres pobres que no podían pagar a una profesional, frecuentemente tenían que ser asistidas por las mujeres de su familia. Muchas familias ricas tenían sus propias matronas.<sup>(4)</sup> Sin embargo, la inmensa mayoría de las mujeres del mundo grecorromano recibían los cuidados de manos de matronas contratadas, ya fueran profesionales altamente cualificadas o poseedoras de los conocimientos básicos de obstetricia. Asimismo, muchas familias tenían la oportunidad de elegir entre contratar a una matrona que practicara la medicina tradicional popular o los métodos modernos de asistencia. Como muchas otras cosas en la antigüedad, la calidad de los cuidados ginecológicos recibidos dependía en gran medida del estatus socioeconómico de la paciente. Durante la era cristiana, las matronas en Europa se convirtieron en importantes para la Iglesia, debido a su rol en los bautismos de emergencia, siendo reguladas por la Ley Canónica de la Iglesia Católica Romana. Durante el medievo, el parto era considerado tan arriesgado que la Iglesia pedía a las mujeres embarazadas que prepararan sus mortaja|mortajas y confesaran sus pecados por si morían. La Iglesia se refería

al Génesis 3:16 como el origen del dolor durante el parto, donde el castigo impuesto a Eva por su desobediencia a Dios es "Multiplicaré los sufrimientos de tus embarazos; darás a luz a tus hijos con dolor. Sentirás atracción por tu marido, y él te dominará". Un dicho medieval popular era: "Cuanto mejor es la bruja, mejor es la matrona". Para protegerse contra la brujería, la Iglesia exigía que las matronas recibieran una licencia del obispo y realizaran un juramento por el que rechazaban el uso de magia para ayudar a las mujeres a dar a luz.<sup>(4)</sup>

## **LA PROFESIÓN DE MATRONA EN EUROPA**

La gineco-obstetricia, obstétrica o matronería es una especialidad enfermera dedicada al cuidado de la mujer desde el punto de vista de la reproducción, especialmente durante el embarazo, el parto y el puerperio, aunque también abarca otros diversos aspectos, como la sexualidad, la anticoncepción y la menopausia.<sup>(3)</sup>

### **Formación de matronas en Europa**

Es profesional de la enfermería especializado en ginecología y obstetricia debe poseer la diplomatura en enfermería y después su especialización a través del EIR, que consta de 100 preguntas tipo test y 10 de reserva, examen similar al MIR pero en este caso para enfermería. La especialidad dura dos años, en los que se reciben conocimientos teóricos y prácticos. Dentro de los conocimientos teóricos que se incluyen están: obstetricia, ginecología, pediatría, antropología, historia, psicología, estadística y epidemiología y, dependiendo de cada unidad docente, se incluyen otros módulos específicos. En muchas unidades docentes se termina el segundo año con un proyecto de investigación que abarca los dos años de especialidad, donde el alumno debe aplicar todos sus conocimientos adquiridos.<sup>(4)</sup>

Según la Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona, en su artículo 4, los Estados miembros garantizarán que las matronas o asistentes obstétricos estarán facultados por lo menos para acceder a las actividades que a continuación se enumeran y para el ejercicio de las mismas:

1. garantizar una buena información y aconsejar en materia de planificación familiar;
2. comprobar el embarazo, y vigilarlo durante su curso normal, efectuando los reconocimientos necesarios para vigilar la evolución del embarazo normal;



3. prescribir o aconsejar los reconocimientos necesarios para un diagnóstico lo más precoz posible de cualquier embarazo con riesgo;
4. establecer un programa de preparación de los futuros padres para su papel de tales, garantizarles la preparación completa para el parto y aconsejarles en materia de higiene y alimentación;
5. asistir a la parturienta durante el desarrollo del trabajo y vigilar el estado del feto in útero por los medios clínicos y técnicos apropiados;
6. asistir el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, e incluso, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, ayudar al parto en caso de presentación de nalgas;
7. detectar en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico, y asistir a éste en caso de que intervenga;
8. tomar las medidas de urgencia que sean necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida del reconocimiento uterino manual si fuera necesario;
9. reconocer al recién nacido y ocuparse del cuidado del mismo; tomar todas las iniciativas que sean precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;
10. asistir a la parturienta, vigilar el puerperio y dar todos los consejos útiles que permitan criar al recién nacido en las mejores condiciones posibles;
11. prestar los cuidados prescritos por el médico;
12. extender los informes escritos que sean necesarios.

## **COMADRONAS TRADICIONALES EN GUATEMLA**

### **LA COMADRONA UN SER TRASCENDENTE EN EL SISTEMA DE SALUD**

En Guatemala se estima que el 57 por ciento de los partos se llevan a cabo en casas particulares, atendidos por la comadrona o por una familiar y, en algunos casos, sin la ayuda de nadie. El 43 por ciento restante son resueltos por médicos, en centros de salud y

hospitales. Son las comadronas las que atienden alrededor del 50% de los Partos y ven por lo menos una vez o más veces alrededor del 75% de todos los embarazos en el país. <sup>(5)</sup>

Es importante resaltar el papel que juega la comadrona en la salud materna y neonatal de Guatemala desde hace mucho tiempo se viene fortaleciendo la tradición de la atención del parto por las mujeres reconocidas por la comunidad, cuyas características relevantes son: <sup>(5)</sup>

- Pertenecen a la comunidad.
- Son aceptadas y reconocidas por la comunidad.
- Comparten las mismas costumbres y creencias con los de su comunidad las que carecen de evidencia científica e inexistencia de documentación.
- La transmisión de la práctica es de generación en generación a través de la observación y practica.
- La importancia de su desempeño radica en que son agentes reconocidos para la atención de la mujer durante el embarazo parto, pos parto y atención de recién nacido cubriendo el 60% del total de partos atendidos a nivel nacional.
- Establecen una cadena de atención poniendo en contacto a las familiar con los servicios del sistema en salud.

**FUNCION Y RESPONSABILIDADES:** <sup>(6)</sup>

- Asistir a capacitaciones en las fechas establecidas para mantener su competencia técnica.
- Detectar señales de peligro en el embarazo, parto y pos parto y Recién nacido y su referencia oportuna.
- Dar consejería durante el embarazo parto y puerperio utilizando los materiales educativos del MSPAS.
- Identificar a las mujeres embarazadas y promueve su asistencia a su servicio de salud como centro de convergencia puesto de salud centro de salud y hospital para su control prenatal postnatal y atención al recién nacido.
- Captar embarazadas mujeres lactantes para inscribir en el servicio de salud.
- Promover la aplicación del esquema de inmunización a las madres embarazadas mujeres en edad fértil y en el recién nacido.

- Promover alimentación y nutrición adecuada de la mujer embarazada y mujeres pos parto.
- Atender parto limpio y seguro de acuerdo a los lineamientos técnicos otorgados por el ministerio de salud.
- Promover lactancia materna exclusiva
- Promover la realización de Papanicolaou a nivel local en coordinación con el MSPAS.
- Activar plan de emergencia comunitario e involucrarse en el mismo
- Orientar a las familias sobre el espaciamiento de embarazos
- Informar a los facilitadores comunitarios sobre los nacimientos y defunciones de los cuales tiene conocimiento
- Llenar la boleta de nacimientos atendidos por ella.
- Mantener el cuaderno actualizado con los datos de cada actividad realizada.
- Realizar referencias oportunas de la madre o niño al presentar alguna señal de peligro

## **DECRETO LEY PARA SU ACCION**

Decreto No. 74: del 9 de mayo de 1955 artículo 15 incisos F: Extender certificación de a autorización a las comadronas tradicionales previo examen de aptitud.<sup>(9)</sup>

Acuerdo gubernativo del 16 de abril de 1935 artículo 98 que literalmente dice:

Artículo 98: siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la dirección general de servicio de salud por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como comadronas tradicionales adiestradas a las personas que cumplen con los requisitos establecidos.

Artículo 98 la circunstancia del examen y la extensión del permiso se haya contar en una acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de ley con la firma del médico director dl centro de salud, alcalde municipal y el gobernador departamental.

Artículo 99: todas comadrona tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo queda desautorizada para el ejercicio del oficio.

## **PARTICIPACION DE LA COMADRONA EN EL REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PAIS**

La mujer durante el embarazo atraviesa una ruta crítica para ella resolución del mismo compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran la tención oportuna y de calidad que le aseguren salvaguardar su vida y la del niño. <sup>(7)</sup>

Generalmente el grupo familiar desconoce dichas limitantes o por la cultura y tradiciones no periten la intervención oportuna para que se tenga una atención segura.

Las demoras son todas aquellos factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo porto postparto y en la atención de recién nacido.

Estas demoras pueden enfrentar con la participación compromiso y responsabilidad de las personas que son parte de la cotidianidad de la mujer embarazada tales como la comadrona la pareja la comunidad los centros de atención y demás agentes del entorno. <sup>(7)</sup>

Se requiere de la implementación de acciones integradas para preparar o reducir significativamente la magnitud de dichas demoras.

Se requiere de la implementación de acciones integradas para preparar o reducir significativamente la magnitud de dichas demoras.

## **DEMORAS EN LA ATENCION MATERNA Y NEONATAL**

### **SEÑALES DE PELIGRO**

Es importante que la comadrona explique a la madre y su familia cuales son los principales síntomas de peligro para que la embarazada busque atención inmediata en los servicios de salud. La embarazada debe estar atenta y alerta sobre cualquier cambio durante su embarazo recordar que si tiene señales de peligro debe ir urgentemente a busca atención al servicio de salud más cercana. <sup>(8)</sup>

Las señales de peligro entre las principales

- Hemorragia durante el embarazo
- Color de cabeza intenso
- Dificultad para respirar
- Visión borrosa
- Dolor de boca del estomago
- Fiebre
- Hemorragia después del parto

#### **Señales de peligro en el Recién nacido:**

- No respira
- Le cuesta respirar
- Hipotermia
- Hipertermia
- Bajo peso al nacer

### **PLAN DE EMERGENCIA**

Es la planificación de la comunidad con la participación de todos los grupo organizados promotores trabajadores de salud y ONGS que existen dentro de una comunidad. Tomando como base el diagnostico y análisis de sus problemas en salud para la

toma de decisiones con énfasis en el proceso de embarazo parto puerperio y recién nacido utilizando dicho plan para cualquier emergencia que pone en peligro la vida de la madre o niño. <sup>(9)</sup>

Los pasos que se deben tomar en cuenta al elaborar son:

- Organización para la acción comunitaria
- Promoviendo el dialogo
- Planificando todos juntos
- Acción y promoción colectiva
- Monitoreo y evaluación participativa

## **REFERENCIA Y RESPUESTA**

Es considerado un sistema por el funcionamiento de observar permite el acceso oportuno a la atención de la persona referida y a la vez se obtienen la respuesta inmediata para el resultado y seguimiento que debe tener la persona atendida.

- Atender con amabilidad y respeto a la persona referida
- Conversar en confianza en forma clara y sencilla
- Comunicar claramente los hallazgos del examen y la recomendaciones necesarias de acuerdo al caso, verificar si fue comprendido el mensaje
- Describir o demostrar cada recomendación
- Acordar próxima cita.

## **REGISTRO DE ACTIVIDADES:**

Consiste en anotar en el cuaderno todas las actividades que se realizan al brindar atención a las mujeres durante el embarazo parto y pos parto y en la atención al recién nacido para lo que se presenta en cuaderno que le permiten anotar la información.

El cuaderno es un medio de verificación que consta de hojas que contiene las actividades que la comadrona debe realizar reuniones en el servicio de salud atención prenatal

referencias de embarazadas para su atención administración de vacunas por señales de peligro etc. atención de parto normal uso de tijeras para cortar el cordón umbilical etc.

## **USO DE MALETIN EQUIPADO PARA LA COMADRONA TRADICIONAL**

### **DEFINICION**

Maleta pequeña que contiene el equipo y materiales de trabajo que son necesarios utilizarlo por parte de la comadrona tradicional en la atención de la mujer embarazada, el parto limpio y seguro así como la atención del recién nacido.<sup>(8)</sup>

### **MATERIAL Y EQUIPO**

ES importante y necesario que el maletín se mantenga con el equipo en condiciones de higiene aceptable y en orden pues la ayuda a trabajar con seguridad y la limpieza y con ellos reducir infecciones que puedan repercutir en la madre y niño.

### **EQUIPO QUE DEBE CONTENER EL MALETIN:**

1. Cuaderno de registro
2. Guantes
3. Gabacha y pañuelo o gorro
4. Sabanas y toallas
5. Ahulado
6. Jabonera y jabón
7. Bandeja de acero inoxidable
8. Tijera
9. Cinta de castilla
10. Gasas estériles

11. Fetoscopio
12. Alcohol
13. Linterna
14. Balanza

#### **PROCEDIMIENTO PARA EL USO DEL MALETIN EN LA ATENCION DEL PARTO**

- Colocar el maletín en un lugar accesible y limpio
- Lavarse las manos con agua y jabón con el gua corrida, (en chorro o con palangana)
- Preparar el lugar para la colocación del equipo debe ser limpio y libre de obstáculos.
- Colocar el equipo de acuerdo a su uso.
- Colocar la gabacha y el gorro o pañuelo en la cabeza.
- Lavarse nuevamente las manos con agua y jabón.
- Colocarse correctamente los guantes sino hubiera en ese momento colocarse bolsa de nylon en cada mano para evitar el contacto directo con los fluidos.
- Ir utilizando el equipo de acuerdo a la evolución del parto.
- Mantener la comunicación verbal con la madre indicándole como colocarse como puja y la orientación que se necesaria hablándole con cariño y claridad
- El uso de los guantes es de suma importancia siempre que se esté en contacto con sangre o secreciones y si es posible usar lentes para protegerse de salpicaduras.



## **LIMPIEZA DEL EQUIPO ANTES Y DESPUES DEL PARTO**

### **MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**

En la actualidad se constituye en el momento importante que permitirá mantener el equipo libre de gérmenes que provoqué infecciones y a la vez se logra el mantenimiento del equipo libre en buenas condiciones para su uso.<sup>(9)</sup>

Se debe orientar claramente sobre Que tiene que hacer la comadrona para limpiar su equipo los siguientes son guías para la orientación de dicha actividad:

- Utilizar guantes y gabacha para proteger puesto que es equipo que ha estado en contacto con secreciones
- En la palangana del equipo preparar una solución clorada 9 partes de agua por 1 de cloro
- Colocar el equipo inmediatamente después de su uso y dejarlo remojar de 15 a 30 minutos
- Enjuagar para quitar la solución clorada.
- Hervir los recipientes con tapadera
- Quitarle el agua en que hirvió el equipo y dejarlo secar con el recipiente entre abierto
- Guardar nuevamente el equipo en el maletín en forma ordenada
- Asegurarse que el maletín quede en un lugar limpio y seguro para usarlo nuevamente
- El equipo debe ser lavado siguiendo los pasos anteriores después de ser usado

## **INTERVENCIÓN CORTA EN LA CAPACITACIÓN A COMADRONAS TRADICIONALES**

### **PROPÓSITOS Y OBJETIVOS**

#### **PROPÓSITOS:**

Dar lineamiento generales que permitan al equipo capacitados conducir la actividad de capacitaciones y monitoreo del proceso educativo a las comadronas tradicionales del país, en coordinación de vinculación con el área de salud.<sup>(9)</sup>

## **OBJETIVOS**

Planificar la actividad educativa utilizando los elementos técnicos que coadyuven a generar una dinámica de confort y apresto en el grupo para el logro de los objetivos.

Utilizar metodología que permita la participación libre y voluntaria de las comadronas teniendo como base la experiencia y conocimiento individual y grupal. <sup>(9)</sup>

Interesar al grupo para que participen activamente en el desarrollo del plan de emergencia comunitario familiar.

Favorecer espacios de diálogo para verificar el uso adecuado del equipo del maletín.

## **PLANIFICACION**

Planificar es proveer todo lo necesario que se utilizara durante la actividad educativa, lo que le permitirá tener oportunamente los requerimientos necesarios tales como equipo insumos materiales modelos etc. <sup>(9)</sup>

## **EJECUCION**

Ejecutar es llevar a cabo las actividades de acuerdo a la planificación establecida para que el facilitador desarrollo el programa educativo es necesario crear y mantener un ambiente positivo para que los participantes se mantengan motivados y lograr los objetivos. <sup>(9)</sup>.

## **PARTICIPACIÓN DE LA COMADRONA TRADICIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA CON ENFOQUE EN LAS CUATRO DEMORAS**

La mujer durante el embarazo atraviesa una ruta crítica para la resolución del mismo, compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran la atención oportuna y de calidad que le aseguren salvaguardar su vida y la del niño. <sup>(9)</sup>

Las demoras son todos aquellos factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, postparto y en la atención al recién nacido/a.

Generalmente el grupo familiar de la gestante desconoce las Cuatro Demoras ya sea esto por la cultura y tradición que no permiten la intervención oportuna para evitar riesgos para la gestante así mismo una intervención oportuna para que se tenga una

atención segura, debido a lo anterior es importante que las Comadronas Tradicionales en su capacitación sean instruidas sobre ellas, para darlas a conocer a sus pacientes y familia.

Estas demoras pueden enfrentarse con la participación, compromiso y responsabilidad de las personas que son parte de la cotidianidad de la mujer embarazada, tales como la Comadrona, la pareja, la comunidad, los centros de atención y demás agentes del entorno.

“Se requiere de la implementación de acciones integradas para preparar o reducir significativamente la magnitud de dichas demoras”.

### **ASPECTOS IMPORTANTES DE LAS DEMORAS**

**Primera Demora:** “Promover el reconocimiento de los signos de peligro” esta primera demora constituye la falta del reconocimiento de los signos de peligro, puesto que la mujer embarazada y su núcleo familiar, generalmente no identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer y del niño.<sup>(12)</sup>

Intervenciones:

- Conocer y aplicar las guías de educación sobre signos de peligro a nivel comunitario y de servicios primarios de salud.
- Mantener procesos sistemáticos de capacitación para personal voluntario, entre ello a la Comadrona Tradicional y al institucional sobre “señales de peligro”

**Segunda Demora:** “Apoyo en la toma de decisiones para búsqueda de ayuda”.

Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de actuar lo más pronto posible. Esta segunda demora si se cumple, evitará el retraso de actuar con rapidez en la toma de decisiones, lo que permitirá salvar una vida.

- Promover a través de los líderes comunitarios una paternidad y maternidad responsable, voluntaria y consciente.
- Involucrar a la comunidad mediante la organización de comités de emergencia para el apoyo en la toma de decisiones, principalmente en la referencia oportuna a un servicio de salud.

- Apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa, confiable y con enfoque de género.

**Tercera Demora:** “Acceso a una atención oportuna”

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o postparto y de tomar la decisión de búsqueda de ayuda, puede existir retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difíciles o inexistentes, alto costo del transporte y servicios de salud muy lejanos, desconfianza de la comunidad a los centros asistenciales cercanos a su población.

Intervenciones:

- Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales.
- Mantener la competencia técnica del proveedor institucional y principalmente el de la Comadrona.
- Impulsar la participación activa de la Comadrona en el comité de emergencia para operativizar el plan de emergencia comunitario.

Las mujeres, sus familiares y su comunidad deben planificar desde el embarazo a dónde acudir, como trasladarse, quien cuida los miembros de su familia cuando sea el parto y como cubrirá los gastos mínimos, es por esto que es de importancia que en la consulta prenatal se establezcan los aspectos mencionados.

**Cuarta Demora:** “Recibir atención oportuna y de calidad”

“Esta demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte del personal de salud con conocimientos, habilidades y buenas actitudes (competencia técnica), en un ambiente agradable”.

Las causas clínicas que provocan la mayor parte de muertes maternas son: Hemorragia, Sepsis e Hipertensión inducida por el embarazo y abortos, por lo que las acciones del personal deben dirigirse a las resoluciones de las mismas con competencia técnica.

Intervenciones:

- Propiciar el cumplimiento de la referencia oportuna.

- Mantener actualizada a la Comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee.

- Capacitación sistemática al proveedor institucional que proporciona la atención para fortalecer y garantizar las competencias técnicas que les permita proporcionar a las madres una atención prenatal reenfocada, un parto limpio y seguro, atención oportuna en el postparto y una detección temprana de signos de peligro.

En la medida que dichas intervenciones se realicen se mejorará la calidad de los servicios y la aceptación a los mismos.

“Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, deben formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general”.<sup>(12)</sup>

## **LAS PARTERAS, PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD**

### **El origen etimológico del término partera en los diferentes idiomas**

Se ha visto a las parteras como personas que comparten y viven el nacimiento con la madre, por ello se les ha conocido como madrina y matrona, del latín *matrina*; además, este término proviene de *mater* y *matrix*, que significan madre. Del latín *cum matre* se originan comadre y comadrona, que lleva implícita la función de acompañar el trance de la maternidad. También se las ha considerado mujeres con conocimientos sobresalientes; razón por la cual han recibido el nombre de mujeres sabias: en francés *sage-femme* y en alemán *WiseFrau*. Por obvias razones la palabra más utilizada para mencionar su oficio es el de partera, término proveniente del latín *partus*; en francés *accoucheuse* (del verbo *accoucher*, partear), en inglés *midwife* (*mid*, con *wife*, parturienta) y *grannywoman*, en alemán *Hebamme*, y en italiano *levatrice*.<sup>(13)</sup>

### **Aportes de las parteras en la historia de la obstetricia**

*Siglo XIV a. C., Canaán, Egipto*: dos parteras llamadas Séfora y Fúa merecieron su figuración en el libro Éxodo, que hace parte de la Biblia Católica. El Faraón de Egipto, temeroso del crecimiento incontrolable de los inmigrantes hebreos (originarios de Mesopotamia), ordenó a las parteras que mataran por sofocación a los varones recién nacidos, hijos de hebreas. Ellas desobedecieron, por lo cual fueron llamadas por el Faraón,

ante quien se disculparon con la excusa que las mujeres de esa tribu sabían el arte de parrear, y por esa razón no solicitaban ayuda.<sup>(13)</sup>

El pueblo hebreo creció, y ellas fueron premiadas por Dios con hijos y bienes. *Siglo III a. C., Atenas:* la partera de la antigüedad más famosa es Agnodike (ó Ἀγνοδίκη) la gran matrona griega. Estudió obstetricia bajo el auspicio del famoso médico Herófilo en Alejandría (Egipto), en el año 300 a. C. Dado que la profesión de partera en la época era prohibida a las mujeres en Atenas, Agnodike se disfrazó de hombre para ejercerla. Al ser descubierta fue llevada a juicio a la corte del Areópago y debió desnudarse ante los jueces que la acusaron de ejercer una profesión reservada a los hombres. Habría sido condenada si no la hubiera protegido una protesta general de mujeres en Atenas. La historiadora inglesa Hellen King pone en duda la existencia de Agnodike, y atribuye su fama a un relato de Gaius Julius Hyginus, escritor griego de fábulas del siglo I a. C. Sin embargo, Agnodike es considerada como un ícono mundial de la decidida participación femenina en las labores de la obstetricia antigua<sup>(13)</sup>.

*Siglo II, Roma:* en el cementerio de Ostia, población cercana a Roma, por la vía Severiana, se aprecia el panteón tumba No. 100, de la familia de la famosa matrona Scribonia Attice, adornado con dos altorelieves en terracota, elaborados hacia el año 140, uno de los cuales muestra a Scribonia durante la atención de un parto, con la gestante sentada en una silla diseñada para tal fin, con una ayudante detrás como recomendaba el médico griego Soranus de Éfesus, reconocido como el más influyente experto en obstetricia de la época, autor del libro *Gynaeciorum*. Scribonia era esposa del médico y partero Marcus Ulpius Amerimnus. El Segundo alto-relieve muestra a Marcus Ulpius atendiendo a un herido.<sup>(10)</sup>

*Siglo XI, Salerno, Italia:* Trótuladi Ruggiero (ó Trótula di Salerno) fue médica y matrona de la Escuela Salernitana, que era considerada una de las principales academias europeas de medicina en el medioevo. Primera médica dedicada a la ginecología conocida en la historia. Recogió sus experiencias y sus recomendaciones en un libro dedicado a la fisiología femenina, al embarazo y al parto, titulado: "*Trotulae curandarum aegritudinum mulierorium ante et post partum*", más conocido como "*Passionibus Mulierum Curandorum*".

*Siglo XV, España y Portugal:* la Herradera y María De Ulloa, parteras de la Corte de España, atendieron los seis partos de la reina Isabel La Católica: Isabel, Juan, Juana "la loca", María, Catalina y Pedro, de cuyos hijos hubo varios reyes en Europa. La comadrona

Quirce De Toledo atendió los partos de la reina consorte Isabel de Portugal, casada con el rey Carlos I, uno de cuyos hijos sería el futuro rey Felipe II.<sup>(11)</sup>

*Siglo XVI, París:* Louise Bourgeois (1563-1636), comadrona de la corte francesa, fue una de las pioneras de la obstetricia científica. Quizás el aporte más importante a esta rama es su conjunto de recomendaciones para atender un parto a mujeres con pelvis estrecha. Atendió el parto de María de Médicis, cuyo bebé sería más tarde el rey Luis XIII, a quien revivió con una bocanada de vino. En el año 1609 publicó en París su importante obra de obstetricia y neonatología *Observaciones diversas sobre la esterilidad, la pérdida del fruto, fecundidad, parto, enfermedades de la mujer y del recién nacido*.

*Siglo XVII, Venecia:* Margarita Veronese, partera italiana. Su nombre se hizo muy conocido por la atención del parto de un personaje de talla mundial en Venecia, capital de la entonces República de Venecia, el 4 de Marzo de 1678. En medio de un temblor de tierra, atendió el parto de un bebé hipóxico y agónico, de pelo rojo, a quien reanimó boca a boca. Por las deficientes condiciones de salud de este recién nacido, Margarita decidió bautizarlo de manera improvisada en su casa, con el nombre de Antonio Lucio Vivaldi Calicchio. Pero desde 1589, el sínodo de Gouda había prohibido los bautizos por fuera de una iglesia; por esta razón, se realizó un exorcismo y se rebautizó de manera oficial a este niño de dos meses después en la iglesia de San Giovanni. Vivaldi (apodado *il prete rosso*, el cura rojo) se convertiría en un virtuoso del violín en el barroco tardío, durante el cual escribió "*Le quattro stagioni*" y centenares de óperas, conciertos, cantatas, serenatas, motetes y piezas sacras.<sup>(10)</sup>

*Siglo XVII, Munich:* Justinen (Diettrich) Siegemundin (1636-1705), también conocida como Justine Siegemund fue partera de Munich y de la corte de Brandemburgo. Atendió los partos de las damas de la sociedad de Munich, Frankfurt, Lignitz y Berlín. Fue la más famosa partera alemana del siglo XVII. Ideó una maniobra para hacer la versión podálica interna en los partos de pelvis. Escribió en 1690 un libro relacionado con los partos con placenta previa, titulado *Die Chur-Brandenburgische Off-Wehe-Mutter*.

*Siglo XVII, Londres:* Elizabeth Cellier conocida partera de Londres. Mujer rebelde contra las injusticias a quien se le recuerda por su activa participación en movimientos de protesta en el período 1668-1688 contra los abusos del gobierno, por el abandono hacia los pobres y contra el maltrato con los católicos presos, en un país de mayoría protestante. Repartía panfletos de crítica y censura por los que fue acusada de difamación contra el rey,

quien la castigó tres días con la tortura del cepo. Fue la fundadora del Colegio Inglés de Comadronas e inició la creación de un hospital materno para las mujeres abandonadas.<sup>(13)</sup>

*Siglo XVIII, Europa:* Siguen apareciendo notorias matronas en el escenario europeo, pero con el llamado que hizo el rey de España a un partero francés para que atendiera a la reina María Luisa Gabriela de Saboya, empiezan a descollar los hombres parteros cuya fama se extiende en las cortes, ante la protesta de las matronas profesionales que veían esta intrusión como una violación moral y religiosa.

*Siglo XVIII, Bristol, Inglaterra:* Sarah Stone fue una famosa partera de Londres, hija de una partera y madre de otra. En 1737 publicó su libro *A complete practice of Midwifery*, en el que advierte sobre los peligros de las prácticas inadecuadas en los partos difíciles. Debe destacarse que esta partera realizó las autopsias de las mujeres que fallecían durante el parto o el puerperio.

*Siglos XVII-XVIII, París:* Marie Anne Victoire (Gillain) Boivin (1773-1841), partera de París y administradora de hospitales. Amiga personal de la hermana del rey de Francia Luis XVI, amistad que le favoreció su nombramiento como administradora de varios hospitales entre los cuales estuvieron el Hospice de la Maternité y la Maison Royal de la Santé. Fundó una escuela de parteras y escribió un libro titulado *Maladies de l'úterus et des annexes* (1883). La Universidad de Marburg le otorgó el título de médica honoris causa. El rey de Prusia la condecoró con la orden al mérito.

*Siglo XVIII, París:* Marie Louise (Dugés) Lachapelle (1769-1821). Su abuela y su madre fueron dos reconocidas parteras de París. Se entrenó con ellas en esta disciplina. Se casó en 1792 con un cirujano de apellido LaChapelle. Organizó la obstetricia del Hospital Port Royal de París y llegó al cargo de jefe de la *Maisond'Accouchement* que era el pabellón de obstetricia del Hôtel-Dieu (el principal hospital de París), donde se atendían los partos de las mujeres más pobres de la ciudad y se impartía docencia a las estudiantes-parteras, entrenamiento que duraba tres años. Viajó a la ciudad de Heidelberg donde tomó un curso con el obstetra alemán Franz Naegele, autor del texto *Lehrbuch der Geburtshilfe*, escrito para las parteras. Ideó una maniobra para rotar la cabeza del feto con una sola rama del fórceps (maniobra de LaChapelle). Escribió sus experiencias y sus recomendaciones para los partos difíciles en el libro *Pratique des accouchements*<sup>30</sup> que fue publicado en tres volúmenes después de su muerte, y que se convirtió en una obra de consulta para los médicos y parteras de Europa. En ese texto se oponía al uso indiscriminado de los fórceps,



de la sinfisiotomía y de la cesárea, que en su opinión se utilizaban en exceso. Se reconoce a LaChapelle como la madre de la obstetricia moderna.

*Siglo XVIII, Oxford, EU:* Martha (Moore) Ballard (1734-1812) fue pionera del oficio en los Estados Unidos. Ejerció entre 1785 y 1812. Escribió un diario donde recogió sus experiencias como partera y sus impresiones del papel de las mujeres en la vida norteamericana. Este diario fue publicado como *A Midwife's Tale*, que mereció varios premios, incluido el Pulitzer y se llevó al cine.<sup>(14)</sup>

*Siglo XX, Londres:* la reconocida partera y monja del palacio de Buckingham Helen Rowe (1966) recibió entrenamiento en el *King's College Hospital* y en el *Middlesex Hospital for Midwifery* de Londres. Atendió los partos de los cuatro hijos de la reina Isabel de Inglaterra (los príncipes Carlos, Andrés, Eduardo y Ana).

*Siglo XX, España y Grecia:* Elvira Morera Arranz fue ayudante del Doctor Manuel Mendizábal en la clínica de Loreto, atendió los partos de Sofía Margarita Victoria Federica (nacida en Atenas, hija de los reyes de Grecia), princesa de Grecia y Reina Sofía de España (por su matrimonio con el rey Juan Carlos I). A ella le atendió los nacimientos de las infantas Helena y Cristina y al futuro príncipe Felipe de Borbón (entre los años 1963 y 1968). El príncipe Felipe de Borbón se casó en el año 2004 con la duquesa Leticia Ortiz Rocasolano, cuyos partos (los de las infantas Leonor y Sofía), fueron atendidos por Elvira Morera.

*Siglo XIX, Estados Unidos:* Mar y Carson Breckinridge (1881-1965) hizo un curso formal de enfermería por tres años en el *Saint Luke's Hospital de New York* y luego recibió entrenamiento para partera en Londres, pues no había preparación en este campo en los EE.UU.

Regresó a su país donde lideró el programa de parteras rurales en los montes Apalaches y de enfermeras-parteras en los EE.UU. Fundó el *Kentucky Committee for Mothers and Babies* y creó su propia escuela de enfermeras parteras. Escribió: *Wide Neighborhoods: A Story of the Frontier Nursing Service, 1952*. Como retribución a sus servicios el gobierno imprimió una estampilla con su imagen en 1988.<sup>(14)</sup>

## EL VÍNCULO DE LAS PARTERAS AL ENGRANAJE DE LA SALUD PÚBLICA EN LA ACTUALIDAD EN LAS DIFERENTES REGIONES DEL MUNDO

**África y Asia:** tanto en África como en India se han aplicado los programas que buscan la institucionalización del parto, tras la iniciativa por una Maternidad Segura lanzada en Nairobi en 1987, por la OMS, la Unicef, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. Sin embargo; las parteras rurales han recibido importante apoyo de algunos gobiernos para convertirlas en visitadoras de las zonas apartadas, con el fin de cumplir un papel adicional de centinelas de la salud. En India se busca mejorar el entrenamiento de las “dais” (parteras analfabetas), quienes han sido reemplazadas lentamente por Activistas de la Salud Social Acreditadas (ASHA), que cumplen similares funciones a las parteras tradicionales africanas. Las normas legales de Japón, lejos de buscar la extinción de las parteras, optimizaron su entrenamiento para mejorar su calidad profesional y social. El censo de 1988 mostró 24 000 parteras activas en ese país.<sup>(13)</sup>

**En China** las normas de salud pública han fortalecido la atención de los partos en los hospitales, lo cual ha producido una masiva desaparición de las parteras rurales, pero existen programas de actualización académica para ellas en las zonas más alejadas de las ciudades.

**Europa:** bajo estrictas normas de seguridad y vigilancia de su ejercicio, las parteras ocupan un papel sobresaliente en la obstetricia de los hospitales y clínicas, al lado de los obstetras. Transmiten su experiencia y recomendaciones en las revistas *Midwifery* y *PractMidwife*, las cuales están indexadas en Medline-PubMed. El estudio COSMOS realizado en Australia y en el Reino Unido, demostró que la ayuda de las parteras al cuidado de las mujeres en trabajo de parto, disminuye el número de cesáreas, de placenta ácreta y otras secuelas de la cesárea.<sup>(11)</sup>

**Estados Unidos:** se reglamentó el oficio de las parteras y se convirtió en una profesión vigilada y con entrenamiento especializado.<sup>44</sup> En la década del 60 del siglo XX se creó el *American College of Nurse-Midwives*, donde se entrenan enfermeras profesionales en esta rama de la salud. Así pues, los partos en EE.UU. atendidos por parteras ocurren en hospitales, al alcance de los recursos avanzados para atender las complicaciones.

**Centro y Suramérica:** en México, las parteras constituyen un gremio fuerte que lucha por el reconocimiento de sus derechos laborales y económicos; en Ecuador y Perú las Wawachachix (parteras quichuas) y en Bolivia las Usuyiri (parteras aymarás) tiene a su cargo gran parte de la atención rural. En Uruguay están protegidas por una norma legal del 1° de octubre de 2002, que obliga el nombramiento de al menos una partera en cada centro donde se atienden partos.<sup>(13)</sup>

**Colombia:** Con soporte en la Ley 39 de 1920 (octubre 22, sancionada por el presidente Marco Fidel Suárez),<sup>47</sup> se estableció la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina; se creó la Escuela de parteras del profesor Rafael Barben, adscrita a la Universidad Nacional de Colombia. Con el Decreto 995 de 1924 del presidente Pedro Nel Ospina, se reglamentó el oficio de partera y se les dio cabida en los hospitales de Colombia. El 1° de junio de 1948 inició labores la Escuela de Auxiliares de Enfermeras Parteras, la cual en 1950 se convirtió en Escuela de Auxiliares de Enfermería General y de Obstetricia. La ley 100 de 1993 produjo notorio deterioro en amplios sectores de la salud pública, pero favoreció las oportunidades en otros.

Particularmente, la atención del embarazo y del parto benefició a las mujeres más pobres y más alejadas de los centros urbanos, quienes tuvieron la posibilidad de ser atendidas en un hospital o en una clínica, en condiciones dignas y adecuadamente seguras.<sup>(13)</sup> La Resolución 0412 del Ministerio de Salud,<sup>8</sup> en el año 2000 obligó a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a establecer una real vigilancia a las gestantes, con protocolos mínimos de calidad.

Estas normas alejaron a las comadronas de sus antiguas pacientes. Las parteras de Santander (Colombia) se encuentran en vía de extinción. En ese departamento, el 74,2% de los municipios no tienen parteras. Esta situación es el reflejo de lo que ocurre en el resto del país. De acuerdo a los registros del DANE, en ese mismo año sólo el 0,2% de los partos de Santander fueron atendidos por parteras.<sup>(13)</sup>

## LA PARTERÍA TRADICIONAL COMUNITARIA EN EL ECUADOR

### Perspectiva etnográfica

En el Ecuador conviven 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos. Cada una de las nacionalidades y pueblos tienen sus propios sistemas médicos, es decir, sus propios recursos humanos y medicinales, tecnologías, concepciones de la salud y la enfermedad, validados por su propia cultura en el curso de su desarrollo histórico<sup>(15)</sup>. En cuanto a los agentes de salud, en nuestro país existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades:

“los **Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Tradición** (o de la **Sabiduría Ancestral**). Estos terapeutas son llamados Yachac Taitas (conocedores o sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsa’chila. En la Amazonía se los conoce como Yagé Juyuquë e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímano (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos) [En la amazonía también se los conoce como Pajuyuk y son herbolarios o yerbateros], Jacuc runas (sobadores) [también conocidos como fregadores], Wachachic (parteras)”.<sup>(16)</sup>

En algunas nacionalidades como la Shuar, Achuar o Huaorani, no existe la figura de parteras tradicionales, dado que, son los mismos esposos o algún otro familiar quien asiste el parto, e incluso, en algunos casos, las mujeres dan a luz solas. Sin embargo, en la mayoría de los pueblos y nacionalidades, el rol de la partera es fundamental. En varias comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras requiere no solo el conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento y en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Aunque en algunas comunidades hay parteros varones, el conocimiento de partería generalmente lo aprenden las mujeres desde muy jóvenes. Lo aprenden de parte de algún familiar cercano (padres, abuelos, tíos, vecinos) que ha sido partera/o o yachak. Algunas familias han tendido la tradición de atender partos, y esta sabiduría la transmiten de generación en generación. La forma de atención del parto se la aprende en la práctica, mirando y ayudando a otra partera mientras atiende partos.<sup>(15)</sup>

En muchos otros casos, la curiosidad o vocación por la partería han motivado a muchas mujeres a aprender este saber, mirando el trabajo de las parteras tradicionales de sus propias comunidades.

En otros casos las parteras tradicionales han aprendido el saber de la partería dando a luz solas; En algunas comunidades afroecuatorianas, las parteras o parteros escogen a la persona a quien van a transmitir este conocimiento, porque necesitan ver alguna cualidad especial en ella: En efecto, como manifiestan muchas parteras, la partería no es para cualquier persona, a veces nace por una profunda vocación y necesita reunir algunas cualidades valoradas en la comunidad. Algunas parteras señalan que esta vocación la han sentido desde niñas: “La partera tiene que tener vocación. El corazón del niño es quien le llama a la persona, pero no puede ser cualquier persona, los que hemos estado caminando con los mayores, desde niños hemos estado aprendiendo, hemos visto cómo atienden, cómo han limpiado”.

### **Rol que desempeñan las parteras en la salud SSR al interior de sus comunidades**

Entre los procedimientos más comunes de la partera realiza durante el embarazo se encuentra la atención de ciertas molestias atribuidas generalmente al frío; para tratar estas molestias, la partera frota el vientre de la madre con manteca caliente de algún animal.<sup>(15)</sup>

Otra de las funciones importantes durante la atención de la embarazada es la identificación de las señales de peligro: “... que le baja sangre, se hincha, los vómitos permanentes. La mamá no alimenta, se pone débil, se pone anémica, ya tenemos cuidado que no nos va a colaborar en la atención del parto. Entonces no va a tener fuerza, el niño va a salir pequeño, débil, va a tener problemas. Otro que nos damos cuenta, es que la mamá se hincha, todo el cuerpiito. En el campo, antiguamente hacíamos la evaporizaciones, igual en caso de que la mamita sangraba hartito, se le daba la hojita de yuca, para que detenga el sangrado y el reposo, tenía que descansar, no tenía que hacer muchas actividades”.

### **Durante el Parto**

Según la cosmovisión andina, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. El nacimiento de una nueva vida

está ligado a profundas creencias y rituales que manifiestan un sincretismo entre la cosmovisión indígena y la tradición religiosa católica.

En algunas comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto tradicional; en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, etc., sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”<sup>(16)</sup>. De cualquier manera, el ambiente de familiaridad o de intimidad se respeta pues hay mujeres que prefieren permanecer sólo con la comadrona en el momento del parto, aunque siempre disponen de sus familiares quienes están cerca pendientes de la labor de parto y que las asisten inmediatamente luego del alumbramiento.<sup>(16)</sup>

### **Durante el Posparto**

Luego del parto las parteras realizan visitas de chequeo y atención a la madre y al recién nacido. En las visitas posparto existe la costumbre de bañar a la puérpera con aguas de variadas plantas medicinales: pumamaqui, quillu yura, aliso, aguacate, arrayan, matico, cerotes, chamanal, capulíes, etc. Y también de realizar la práctica del encadenamiento, que consiste en fajar la cadera de la madre, para que los huesos de la cadera vuelvan a su posición normal.<sup>(16)</sup>

En las visitas posparto también revisan el ombligo del bebé, y aconsejan y supervisan a las madres en las primeras atenciones que el bebé debe recibir. Brindan también consejería práctica para el cuidado alimenticio de la madre y el bebé. Por ejemplo, las dietas o consejos para obtener abundante leche materna.

### **Relación con el personal de Salud**

La percepción generalizada de las parteras tradicionales, dirigentes sociales, incluso del propio personal de salud de las Direcciones Provinciales, es que el personal médico no valora y respeta su trabajo. Por ejemplo, no se les permite la entrada a las unidades operativas para realizar el acompañamiento de las mujeres que refieren a la red de servicios públicos.<sup>(15)</sup> El maltrato muchas veces empieza desde la actitud del conserje de la unidad operativa:

“...si llega una mama partera, el conserje o el guardia del hospital, le dicen que no puede entrar, que si no tiene carnet, que tiene que llamar al médico para que le den autorización para que pase. Entonces desde ahí ya empieza a ser discriminada la compañera, desde la puerta. Y adentro también, las auxiliares, el personal médico no logran entender todavía el rol que deben cumplir”.<sup>(15)</sup> (ECUARUNARI)

Algunas de las parteras tradicionales consultadas pusieron especial énfasis en la confianza que debe existir de parte y parte: “A veces no nos dejan entrar a los centros de salud, dicen que están ocupados. Más bien mandan botando los médicos, y dice ustedes vienen haciendo mal a la parturienta. Y de gana son parteras y mandan botando, en vez de preguntar cómo fue. A veces una no se tiene confianza con los médicos también. Lo bueno sería que los médicos tengan confianza en las parteras y las parteras en los médicos, eso sería lo bueno” (Grupo focal parteras Sucumbíos).<sup>(16)</sup>

Otra de las parteras tradicionales exigía un trato cálido en las unidades operativas, y agregaba que la desconfianza que tienen las parturientas hacia los servicios públicos de salud se debe en gran parte a esto: “Eso cuando yo estuve en foro y me invitaron, gracias a dios, yo les dije, con el perdón de todos ustedes doctores. Qué significa la calidez para ustedes. Calidez es de ponerse ropa buena, estar presentado, para mi la calidez es esto, venga mi vida cómo está, pase, pase, no le puedo atender enseguida, pero ya le atiende, no le pasa nada, está muy bien, todo le va salir bien, eso es calidez. Le da un alivio. Espere va a tener un lindo niño, qué hermoso va a ser, qué importante es ser madre. Parece que le quita un poquito del dolor también.” (Grupo focal parteras Chimborazo)

Además, algunos de los de los asistentes al grupo focal con personal médico en Riobamba afirmaron que muchas veces las parteras tradicionales se sienten usadas por la red de servicios de salud públicos, puesto que su rol se reduce a referir pacientes a las unidades operativas. De igual manera, en ocasiones las unidades operativas no les reconocen como parteras, sino como un acompañante más.

## **PROPUESTAS DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA EN ECUADOR**

La definición del rol de la parteras en el SNS constituye una oportunidad para caminar hacia la creación de un estado plurinacional e intercultural, que satisfaga el derecho legítimo de los pueblos y nacionalidades del Ecuador a preservar y desarrollar sus sistemas tradicionales de salud y fomente la creación de modelos interculturales de salud.<sup>(15)</sup>

Las reformas constitucionales abren paso a la creación de un enfoque que contribuya sustancialmente a garantizar la SSR de mujeres y recién nacidos en el país, en base a la cooperación y complementariedad entre los sistemas de salud ancestrales y convencionales. Para ello partimos de cuatro premisas fundamentales:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización<sup>73</sup> de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

Consecuentemente, la definición del rol de las parteras en el SNS debería inscribirse en el marco de una alianza estratégica de carácter plurinacional e intercultural entre el Estado y los sistemas tradicionales de salud del Ecuador para garantizar los derechos en SSR.

Las líneas estratégicas para la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS incluyen: a) el reconocimiento y fomento de los sistemas ancestrales de salud; b) el fomento de espacios y acciones de carácter intercultural entre los sistemas médicos ancestrales y el convencional; y c) la promoción y apoyo a otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi).<sup>(15)</sup>



## **Línea Estratégica 1: Fomentar los Sistemas Tradicionales de Salud (Plurinacionalidad)**

El reconocimiento de la plurinacionalidad plantea el reto de reconocer y organizar los sistemas tradicionales de salud comunitarios, es decir, institucionalizar los componentes de estos sistemas que históricamente han actuado de acuerdo a sus formas consuetudinarias de funcionamiento social, simbólico y ritual, pero que no han sido formalmente reconocidos.

El fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales es una condición indispensable para que el diálogo intercultural que se requiere establecer entre sistemas de salud diversos se dé de manera horizontal y con equidad. Las acciones de fomento involucran primeramente el rescate, conocimiento y apoyo de los saberes y cosmovisiones en cuanto a salud.

Tomando prestado las nociones que utiliza la institucionalidad para definir el sistema de salud oficial, podemos distinguir también en estos sistemas tradicionales de salud modelos de atención, que incluyen: tipo de relación entre los agentes tradicionales de salud y sus pacientes, saberes, prácticas, sistemas de creencias y ritualidad, etc. Además están organizados en una red de servicios públicos tradicionales/comunitarios que ofrecen un conjunto de prestaciones ancestrales a la población. De ahí que este proceso de institucionalización debe reconocer, respetar y fortalecer los modelos, servicios y prestaciones de salud tradicional<sup>(15)</sup>

Fortalecer los sistemas de salud tradicionales requiere de inversión y apoyo en la investigación de las prácticas de la medicina de salud ancestral, tanto para su rescate y desarrollo.

En este sentido es indispensable aplicar otras medidas complementarias que han surgido de los diálogos sostenidos con las propias parteras y que definirían nuevos roles de estas en sus comunidades, como la creación de:

- Centros de investigación y rescate de los saberes y las prácticas ancestrales
- Centros de formación de parteras
- Casas de salud tradicional para la atención del parto tradicional y el intercambio de conocimientos de las parteras comunitarias, donde podrían articularse las dos iniciativas antes mencionadas.

Esta nueva institucionalidad debe cuidar que, tanto en el diseño como en la aplicación, se respeten y fomenten los sistemas de salud tradicional y las particularidades culturales locales.<sup>(15)</sup> Los sistemas tradicionales de salud deberán implementar también mecanismos participativos para el seguimiento y evaluación, incluyendo el rol de las parteras en sus propios sistemas tradicionales de salud.

### **Línea Estratégica 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y el convencional (Interculturalidad):**

Esta línea estratégica fundamental se refiere al reto de construir un Estado intercultural como lo prescribe la nueva Constitución Política del Ecuador. Básicamente debe trabajar en la consolidación de modelos de salud intercultural en dos espacios diferentes:

1. **En la comunidad.**
2. **En las unidades operativas.**

### **Línea Estratégica 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)**

El Jambi Huasi se creó en Otavalo en 1984 por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), para ofrecer un servicio de salud dirigido a la población indígena excluida del sistema de salud oficial (Rodríguez:2008). Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas a la población de las áreas urbanas y rurales perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que así lo requiera. En estos espacios pueden definirse estrategias múltiples, que ofrezcan la atención tradicional del parto o la atención intercultural (atención conjunta entre el sistema occidental de salud y los sistemas tradicionales de salud).

### **Ámbitos de Aplicación de las Líneas Estratégicas y Roles de las parteras en el SNS:**

El trabajo actual de las parteras tradicionales en el país ocurre alrededor de tres espacios diferentes, dentro de los cuales se debe llegar a definir su rol: a) la comunidad; b) unidades operativas del MSP; y c) Jambi Huasi que conjugan sistemas de salud.<sup>(15)</sup>

Las tres líneas estratégicas expuestas guiarán la definición de los roles de las parteras tradicionales en cada uno de estos ámbitos, generando propuestas que combinen, en cada

espacio con un énfasis diferente, la plurinacionalidad, los derechos colectivos y la interculturalidad.

## **Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Comunitario Ecuatoriano**

### **Roles Tradicionales:**

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.).<sup>(16)</sup>
- Líderesas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades)
- Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria colectiva de las comunidades

### **Nuevos Roles en los Sistemas Tradicionales de Salud:**

- Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales
- Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional
  - Facilitadoras de Talleres de Intercambio de Conocimientos con otros prestadores tradicionales.

### **Roles de Vínculo con los Equipos de Atención Primaria**

El rol de las parteras en el ámbito comunitario incluiría no sólo las prácticas de salud tradicionales que históricamente han venido realizando, sino también su participación en una estrategia de atención intercultural, que involucre el trabajo con los Equipos de Atención Primaria del MSP. Esto implicaría acciones conjuntas entre estos equipos y las parteras en varios aspectos:

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Atención conjunta a mujeres embarazadas;

En la práctica, esta colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y parteras tradicionales se traduciría en una forma de atención conjunta y complementaria.

- Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas;

Las parteras deberían conocer un conjunto de prácticas biomédicas básicas para fomentar un parto seguro, a través del intercambio de conocimientos con el personal de salud occidental que opera a nivel comunitario.

En el ámbito comunitario, un aspecto clave de la articulación con los Equipos de Atención Primaria es el funcionamiento adecuado de un sistema de referencia y contra referencia, incluyendo la disponibilidad de atención de emergencia, y la accesibilidad a la misma, mediante planes comunitarios de traslado, en los que las parteras jueguen un rol protagónico.<sup>(15)</sup>

El sistema de referencia no sólo debe garantizar atención de emergencia disponible, sino sobre todo debe permitir que las parteras que acuden con pacientes a establecimientos de referencia se encuentren con personal de salud amigable, y respetuoso ante su labor y sus conocimientos.

- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Co-coordinación de los planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;

Entre las ventajas que los actores han visualizado en esta propuesta de roles para las parteras en sus propias comunidades, están las siguientes:<sup>(16)</sup>

1. Las parteras pueden brindar cuidados y vigilancia permanente a las mujeres durante el embarazo y el posparto, así como también a los recién nacidos.
2. La partera puede brindar atención domiciliaria a cualquier hora, pero especialmente en las noches, cuando ocurren los partos con mayor frecuencia.

3. Las parteras pueden tener a la mano las plantas medicinales necesarias para la atención, pues muchas parteras tienen huertos en sus casas.
4. La gente de la comunidad se siente familiarizada con las parteras, dado que comparte su misma cultura, cosmovisión e idioma. Además existe un trato más personalizado y cercano, que promueve mayor confianza hacia la atención de la partera.
5. En la atención domiciliaria los familiares pueden estar presentes en todos los momentos del parto apoyando emocionalmente a la parturienta.
6. En la atención domiciliaria las parteras pueden realizar prácticas y rituales tradicionales (masajes, manteos, encaderamiento, baños con plantas medicinales, entierro de la placenta, etc.)
7. Se daría una recuperación más temprana de la parturienta por los cuidados oportunos de la partera y la familia (Reposo de treinta días).
8. Por una adecuada alimentación no se seca la leche. La partera aconseja buena alimentación específica para el puerperio.
9. El trabajo de las parteras en la comunidad puede fortalecer su liderazgo.
10. Se promovería la reproducción del rol de la partera. Transmisión y preservación de los conocimientos de la partería. (Las hijas acompañan el trabajo de sus madres)
11. Las parteras también podrían brindar su atención en otros aspectos como limpiezas del mal aire, espanto (Huasha shungo) y la curación otras dolencias.
12. En un trabajo coordinado con los Equipos de Atención Primaria, las embarazadas identificadas con signos de alarma serían referidas oportunamente hacia unidades de salud del MSP.
13. Las parteras pueden liderar el diseño y ejecución de Planes de Emergencia-Evacuación obstétricos.

## **Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Institucional (Unidades Operativas del MSP)**

### **Roles en las Unidades Operativas:**

- Consultas prenatales relacionadas a la atención de molestias y eventuales riesgos que se puedan presentar durante el embarazo <<atribuidas al frío, “debilidad”, náuseas, amenaza de aborto, etc.>>, consejería sobre la frecuencia y el momento recomendado para tener relaciones sexuales con su pareja, acomodar al bebé que se encuentra atravesado en el vientre de la madre, identificación de señales de peligro, etc.<sup>(15)</sup>
- Atención durante el trabajo de parto, brindando apoyo emocional, infusiones de plantas medicinales, realizando el manto o masajes, procurando el abrigo de la parturienta, y fomentando el acompañamiento de los familiares.
- Atención del parto normal, post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso de presentarse complicaciones obstétricas.
- Atender otro tipo de problemas de salud de acuerdo a la cosmovisión andina (espanto, mal aire, limpias, etc.)
- Promoción y prevención en SSR (planificación familiar), salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;
- Traducción del español al Kichua para usuarias indígenas de los servicios de salud
- Veeduría social para que se garanticen los derechos en SSR de las usuarias de los servicios de salud.

Esta propuesta difiere radicalmente de las experiencias que han tenido algunas parteras en determinadas unidades de salud, donde su rol se ha visto limitado a ejercer como auxiliares de médicos y enfermeras, y brindar apoyo emocional a las parturientas.<sup>(15)</sup>

## Políticas de Fortalecimiento de las prácticas tradicionales de las parteras

El fortalecimiento de la partería ancestral implica el desarrollo de algunas acciones estratégicas para garantizar su continuidad cultural.

- Creación de Centros de Investigación de Prácticas y Saberes Ancestrales
- Creación de Centros de Formación de Parteras Tradicionales:  
  
*“En este momento la mayoría de las parteras son mujeres de muchos años. Debería darse un proceso de garantizar la transmisión de esos conocimientos de madres a hijas, a mujeres jóvenes de la misma comunidad que quieran asumir el rol de las parteras, porque estamos viendo que hay muchas parteras que sus hijas ya no quieren trabajar con ellas” (Casa Campesina Cayambe)*
- Talleres de “Intercambio Continuo de Experiencias y Conocimientos” con parteras de otras provincias y regiones,
- Investigación sobre medicinas ancestrales
- Creación de huertos de plantas medicinales necesarias para la atención del parto:  
  
*“Que cada agente tenga su huertito. Para eso unos alambritos y unos saquitos de abono, unas semillitas y plantas. Eso no nos han dado. Les falta esto, esto, a la final eso también cuesta, cultivar, siquiera en eso [nos deberían apoyar]. Cultivamos las plantas. Yo las plantas que utilizo tengo en huerto.” (Grupo focal parteras Chimborazo)<sup>(16)</sup>*
- Socializar y revalorizar el trabajo que realizan las parteras dentro de sus propias comunidades.

En algunas comunidades, la labor de partería ha perdido reconocimiento intracomunitario, pues los cabildos no valorizan el trabajo que realizan las parteras: “No quieren reconocer las rayas de las mingas. No reconocen nuestro trabajo como trabajo comunitario”.

- Promover y potenciar el rol de liderazgo de las parteras y los agentes de la medicina tradicional en general dentro de las propias organizaciones comunitarias y fomentar la organización de parteras.

### **Políticas de Fomento de relaciones interculturales entre parteras y personal de salud:**

Para garantizar el diálogo, los acuerdos y el éxito de las estrategias para fomentar relaciones interculturales entre parteras y personal de salud, se requiere desarrollar diferentes acciones tanto en la Comunidad como en las Unidades Operativas:

- Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico, sobre diversos temas:
- Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP)
- Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad
- Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido
- Referencia y contrarreferencia
- Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres.<sup>(16)</sup>

La sensibilización al personal de los establecimientos de salud podría incluir el mejoramiento del trato interpersonal por parte del personal de salud, tanto en la comunidad como en las unidades operativas.

Debe incluir tanto a profesionales, como a personal administrativo y de servicio. Se debe tomar en consideración que el personal suele ser rotativo, lo cual implica programas de capacitación y actualización constantes.



## **SITUACIÓN DE LOS PAÍSES QUE TIENEN REPRESENTACIÓN EN ALADEFE CON REFERENCIA A LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN DE ENFERMERAS OBSTÉTRICAS, MATRONAS Y /O PARTERAS -2011**

### **REGION PENINSULA IBERICA**

#### **ESPAÑA:**

La formación en España es como especialidad "laboral" de las graduadas en enfermería, es decir, dependiente del Ministerio de Sanidad, no de las Universidades y tiene una relación con el trabajo, es decir, no se puede ocupar un puesto como Matrona (especialista en enfermería obstétrico-ginecológica) sin haber cursado esta formación, de dos años y en régimen de internado en las Unidades Docentes dependientes de los hospitales públicos autorizados para ello.<sup>(11, 17)</sup>

1. Título: Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), (formación previa: grado universitario en enfermería, 4 años).
2. Legislaciones para la enseñanza y la práctica
  - Legislación específica, tanto de formación como sobre ámbito de actuación, perfil profesional y competencias de la Matrona (según Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de Mayo 2009), que sigue las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre. Para la práctica, se exige la titulación de Matrona en determinados puestos de trabajo, por lo general, vinculados a la asistencia a embarazo, parto y puerperio.
  - Modalidad de enseñanza: En régimen de internado-residencia, en Unidades Docentes multiprofesionales, situadas generalmente en un Hospital de la red pública.
  - Título otorgado: Enfermero/a Especialista en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)
3. Determinaciones de la carga horaria de la formación.
  - Duración: 2 años de jornada laboral efectiva (unas 1.800 horas) en régimen de internado/residencia y contratación efectiva con retribución como enfermera

por parte del hospital. Los estudiantes son seleccionados mediante pruebas únicas a nivel nacional

- La dedicación del estudiante/residente en formación a la adquisición de conocimientos teóricos es el 26% del total de la duración del programa formativo, calculado sobre la jornada anual ordinaria efectiva aplicable a los residentes de la unidad docente de que se trate.

#### 4. Contenidos de los programas en los países

Formación teórica:

- Enfermería Maternal y del Recién Nacido I.
- Enfermería Maternal y del Recién Nacido II.
- Enfermería de la Mujer y la Familia.
- Educación para la Salud de la Mujer.
- Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona).
- Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Legislación y Deontología en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Prácticas clínicas:

##### 1. Atención Especializada (Hospital) en:

- Urgencias Obstétrico-Ginecológicas.
- Unidad de partos.
- Unidad de puérperas.
- Unidades de obstetricia de riesgo: Consultas externas, hospitalización y quirófano.
- Fisiopatología fetal.

- Unidad de neonatología (nidos y cuidados intermedios).
- Unidad de Ginecología: consultas externas.

## 2. Atención Primaria-Comunitaria:

En centros de salud, atención domiciliaria y atención comunitaria donde se realicen programas y subprogramas de salud materno-infantil y salud sexual, reproductiva y climaterio.<sup>(17)</sup>

Actividades mínimas de aprendizaje clínico:

- Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva (obstétrico-ginecológica) de 100 mujeres.
- Control y asistencia de mujeres gestantes que implique por lo menos 100 reconocimientos prenatales.
- Vigilar y asistir a 40 mujeres gestantes de riesgo.
- Llevar a cabo un programa de Educación Maternal en 2 grupos de mujeres.
- Asistir a 100 parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados.
- Asistir a un mínimo de 80 partos normales.
- Asistir a 40 parturientas que presentan factores de alto riesgo.
- Participar activamente en la atención del parto instrumental o cesárea de 20 mujeres.
- Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 puérperas.
- Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 recién nacidos sanos.
- Observación y cuidado de al menos 20 recién nacidos que necesiten cuidados especiales (nacidos pre-término, pos-término, bajo peso o con problemas de salud).

- Realizar toma de muestras cervicales y vaginales, para citologías, exámenes en fresco, cultivos y otros exámenes, en al menos 150 mujeres.
- Asesoramiento y cuidado de al menos 40 mujeres en materia de ginecología.
- Asesoramiento y cuidado de al menos 20 mujeres en materia de climaterio.
- Detección y asesoramiento de 30 mujeres que presenten infecciones de transmisión sexual.
- Asesorar en materia de anticoncepción y sexualidad a 60 mujeres incluido la contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo.
- Atender y asesorar de manera individual a 25 jóvenes en materia de sexualidad y contracepción.
- Participar responsabilizándose en dos intervenciones grupales de educación sexual y reproductiva dirigidas a mujeres y jóvenes en la comunidad.
- Participar activamente en, al menos, un programa sobre el climaterio.
- Realizar visitas domiciliarias al recién nacido y puérpera.

Las funciones/competencias que les da la enseñanza a las Enfermeras Obstetras<sup>(17)</sup>

La matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

- a. Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- b. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- c. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

- d. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- e. Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- f. Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- g. Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno- infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- h. Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- i. Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
- j. Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- k. Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
- l. Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.
- m. Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
  - n. Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.

- n. Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
- o. Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- p. Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- q. Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- r. Desarrollar actividades docentes dirigidas a las propias matronas y a otros profesionales de la salud, así como actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer, del recién nacido y de la familia.
- s. Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible y mantener actualizadas las competencias profesionales

## **REGION ANDINA**

### **COLOMBIA**

Formación en Educación Superior en Enfermería en Colombia, en Áreas de materno infantil. En Colombia no existe actualmente formación de pregrado de “Parteras, obstétricas y/ o Matronas”. La formación de profesionales de enfermería incluye en el desarrollo de sus currículos la atención durante la gestación, el parto, el puerperio, el cuidado al recién nacido y del niño. Además el cuidado a la mujer en cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva. Se puede afirmar que en todos los programas de formación de pregrado se desarrollan asignaturas de cuidado al niño y al adolescente, mujer, adulto y anciano para el desarrollo de las competencias básicas de cuidado de Enfermería. Algunos en el campo profesional siguen una organización tradicional con asignaturas denominadas materno infantil y medico quirúrgica. Por todo ello y con el fin de aportar al estudio se presenta la información referida al postgrado en materno infantil, cuidado de la mujer, niño, adolescente.<sup>(17)</sup>

Situación Actual:

Oferta de Programas de Postgrado relacionados con el área (Materno infantil- Mujer Niño): La información sobre la oferta actual de postgrados de enfermería en Colombia se realiza en especializaciones, maestrías y doctorados.

Se relacionan a continuación los programas de postgrado que se ofrecen por Universidad al año 2011, en lo que hace referencia al cuidado de la mujer, el niño, o como en algunos programas se denomina materno infantil:

Universidad de Antioquia:

Especialización en enfermería de cuidado al niño en estado crítico de salud.

Universidad de Cartagena: Especialización en enfermería materno infantil

Universidad Javeriana: Especialización Enfermería Pediátrica

Universidad de La Sabana:

Especialización en Cuidado Crítico con énfasis en neonatos, pедиатría o adulto.

Universidad del Valle:

Maestría en cuidado Materno Infantil; Maestría Enfermería en cuidado al Niño; Especialización en Enfermería Neonatal; Especialización en Enfermería Materno Perinatal. En la Universidad Nacional de Colombia el doctorado en Enfermería inicia en agosto de 2004 tiene como líneas de investigación: cuidado y practica de Enfermería y Enfermería y salud de colectivos. En la primera de ellas se incluye, entre otras, el cuidado de Enfermería según ciclo vital en la cual se pueden desarrollar investigaciones específicas sobre mujer y niño.

En la Universidad de Antioquia:

Se inicio en 2009 el Doctorado en Enfermeria uno de cuyos objetivos es Generar conocimiento con pertinencia científica, y social eficaz en el mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de la sociedad y de los diversos grupos sociales susceptibles de cuidado.<sup>(17)</sup>

Acreditación de alta calidad:

En Colombia según la legislación existente el Sistema de acreditación es voluntaria. La acreditación es un proceso eminentemente académico constituyéndose como un mecanismo para la búsqueda continua de mayores niveles de calidad. Se enmarca en políticas estatales e institucionales de fomento de la calidad.

A partir de julio de 2011 se iniciara la acreditación de alta calidad de maestrías y doctorados. El procedimiento será similar al que se ha utilizado para los programas de pregrado

## **ECUADOR**

En Ecuador no existe esta formación de enfermera matrona o enfermera obstetra. El recurso que se prepara en algunas universidades es el de Obstetriz, pero es una carrera aparte de la Enfermería. La formación es de nivel de pregrado y básicamente las universidades públicas tienen a su cargo la formación en las Escuelas de OBSTETRICIA.

## **BOLIVIA**

Bolivia se encuentra en un proceso de restitución de la formación de recursos humanos en enfermería obstétrica en 3 carreras del sistema Universitario, iniciado con un proyecto OPS/OMS y UNFPA y el Colegio de Enfermeras de Bolivia, quienes ofertaron a las Universidades para su realización, de ello se obtuvo la participación de 3 Universidades, San Francisco Javier de Chuquisaca- Sucre, con la facultad de ciencias de enfermería y obstétricas, la Universidad Juan Misael Saracho de Tarija y la Universidad de siglo xx.

El título que se otorga es el de enfermera obstétrica. Estamos en el proceso de reconocimiento de esas profesionales en el sistema de salud, ya que desde hace 38 años atrás se dejó de formar este recurso de enfermera obstétrica. El Ministerio de Salud no tiene inscrita en la categoría profesional éste recurso. El perfil de ingreso es el examen de ingreso. El diseño curricular en las 3 carreras tiene el enfoque de competencias y un perfil profesional



único, sin embargo el plan de estudios está diferenciado. Dos carreras ofertan el programa de formación de enfermeras obstétricas separadas de las carreras de enfermería, mientras que una de ellas ofrece un plan de estudios con tronco común, que al tercer año se diversifica la formación de Lic. de enfermería y Lic. en enfermería Obstetriz.<sup>(17)</sup>

## **PERÚ**

La formación de Enfermeras en la era moderna, nace en la escuela anexa a la casa de Salud en Bellavista Callao en 1907. Nace como respuesta a innumerables necesidades de salud que padecía la población peruana que requería la atención de un personal calificado.

Actualmente la formación es a nivel universitario. Se rige por la Ley Universitaria 23733 con una duración de 5 años lectivos y culmina con el título de Licenciada en Enfermería. La formación es generalista y amplia. Las competencias profesionales para el cuidado tiene en cuenta el ciclo vital de la persona; desde la concepción hasta la ancianidad en situaciones de vida y muerte; enfatizando los niveles preventivo promocionales de la salud; así como los niveles recuperativos y de rehabilitación; de la persona individual, en la familia y comunidad. En relación al cuidado de la mujer, la enfermera está preparada para el cuidado desde antes del embarazo, durante la gestación y tiene competencia para la atención del parto normal y durante el puerperio. Cabe enfatizar que el ejercicio de sus funciones se dan en las áreas de: Asistencia, investigación, docencia, administración y gerencia de los servicios de enfermería y de salud; así como se desempeña en los diversos escenarios del sistema de salud, y en los nuevos espacios de práctica: ONG, colegios, fábrica, municipalidades, etc.<sup>(17)</sup>

## **REGION MÉXICO Y EL CARIBE**

### **MEXICO**

Antes de la década de los años 70, en México en la UNAM, existía la carrera de partera que se estudiaba en dos años, pero era requisito que primero se hubiera estudiado la carrera de enfermería de nivel técnico durante tres años, de tal forma que la enfermera partera había sido formada en 5 años. Dichas parteras eran contratadas en las instituciones del sector salud con una plaza específica.<sup>(17)</sup>

Simultáneamente el grueso de la población era atendido por parteras empíricas, es decir personas de la comunidad que tenían una gran formación práctica generalmente heredada por la tradición oral, pero sin una preparación formal.

En la década de los 70, con la expansión de la matrícula en las facultades de Medicina y la formación de médicos especialistas en GinecoObstetricia, en la escuela de Enfermería de la UNAM, se suprimió la carrera de partera y se generó la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, teniendo los primeros tres años de la carrera una formación generalista y en el último año la Obstetricia. En los hospitales, en la medida que se fueron jubilando las parteras, se fueron anulando las plazas de parteras, y generando las de médicos especialistas en GinecoObstetricia.<sup>(17)</sup>

Durante este cambio, estuvo presente el conflicto de la "competencia" de los licenciados en enfermería y obstetricia y los médicos generales o ginecoobstetras por la "atención del parto. Reduciéndose, desde mi punto de vista, la visión a la atención del parto y olvidando la visión integral de la salud reproductiva y la atención perinatal integral al binomio madre-hijo.

## **REGION CONO SUR**

### **URUGUAY**

Situación de Uruguay en referencia a enfermeras y parteras. En Uruguay la Enfermería y la Partería son dos carreras de grado diferentes, obteniendo el título de licenciado en ambas disciplinas. La carrera de Partera se realiza en la Escuela de Parteras, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR).<sup>(17)</sup>

### **América Latina**

Existen muchos términos para las parteras en las Américas, como matrona en Chile y Bolivia, enfermera partera en Puerto Rico, obstetriz en Perú y Ecuador, enfermera obstetra y partera tradicional en Costa Rica y Nicaragua, comadrona en Guatemala, enfermera obstétrica en Brasil, obstetriz licenciada en Paraguay y Perú, etc. Las parteras reconocidas por la OMS incluyen solamente a las que se han graduado de un programa reconocido por sus gobiernos de dos o más años de entrenamiento formal.

En América Latina, las parteras profesionales son bachilleres (graduadas de la escuela secundaria) que después estudian partería.<sup>(17)</sup>

- Matrona (Chile y Bolivia)
- Enfermera partera (Puerto Rico)
- Obstetrix (Ecuador y Perú)
- Enfermera Obstetra (Nicaragua)
- Enfermera Obstetrix (Bolivia, México)
- Obstetrix Licenciada (Paraguay y Perú)
- Obstetrix Técnico (Paraguay)
- Obstetrix Auxiliar (Paraguay)
- Obstetrix Rural (Paraguay)
- Partera Tradicional:  
(Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, México, Panamá y Paraguay)
- Comadrona (Guatemala)
- Enfermeira Obstétrica (Brasil)
- Obstetrix (Brasil)
- Auxiliar de Obstetrix (Brasil)
- Parteira Tradicional (Brasil)
- Sage Femmes (Haití)
- Certified Nurse Midwife, CNM (EE.UU.)
- Certified Midwife, CN (EE.UU.)
- Certified Professional Midwife, CPM (EE.UU.)
- Nurse/Midwife (Caribe inglés)
- Single Trained Midwife (Jamaica, Guyana)
- Auxiliary Nurse/Midwife (Caribe)
- Lay Midwife, LM (EE.UU.)
- Autonomous Midwife (Canadá)
- Rural Health Nurse (Belize)

## **LEGISLACIONES TANTO PARA LA ENSEÑANZA CUANTO EN LA PRÁCTICA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) ha elaborado las Normas Globales para la regulación de la especialidad de matrona (2011) en respuesta a las solicitudes de matronas, asociaciones de matronas, gobiernos, organizaciones de las Naciones Unidas y otras partes interesadas. La meta de estas normas es promover mecanismos reguladores que protejan al público (mujeres y familias), garantizando que matronas seguras y competentes proporcionen altos estándares de atención de la especialidad de matrona a toda mujer y recién nacido.<sup>(18)</sup>

El objetivo de la regulación es apoyar a las matronas para que trabajen de forma autónoma dentro del ámbito total de su práctica. Elevando el nivel de las matronas a través de la regulación de las normas de la atención materno-infantil, se mejorará la salud de las madres y los recién nacidos.

Estas normas se elaboraron en 2010 conjuntamente con las normas globales de la formación de la especialidad de matrona, Juntas, las competencias esenciales de la ICM y las normas globales de regulación y formación proveen un marco profesional que puede ser utilizado por asociaciones de matronas, reguladores de matronas, educadores de la especialidad de matrona y gobiernos, para reforzar la profesión de la especialidad de matrona y elevar el nivel de la práctica de la especialidad de matrona en su jurisdicción.<sup>(18)</sup>

Cuando las matronas trabajan dentro de un marco profesional están apoyadas y posibilitadas para cumplir su rol y contribuir enteramente al suministro de atención materna y del recién nacido en su país. En 2002, la ICM adoptó una declaración de postura titulada, Marco para la Legislación de Partería.

Esta declaración de postura define la legislación y regulación de la especialidad de matrona como:

La regulación de la profesión de matrona es el conjunto de criterios y procesos derivados de la legislación que identifican quién es y quién no es una matrona, y describe el alcance de la práctica de las matronas. El registro o la obtención de licencia es el derecho legal de ejercer y utilizar el título de matrona.<sup>(18)</sup>

La razón principal de la legislación y la regulación es proteger al público de quienes intentan proporcionar servicios de partería indebidamente. La práctica de partería en algunos países está regulada por la legislación de partería mientras que en otros la regulación es a través de la legislación de enfermería. Se ha hecho cada vez más evidente que la legislación de enfermería no es adecuada para regular la práctica de partería

En 2005, la ICM adoptó otra declaración de postura titulada, "Legislación sobre la Profesión de Matrona". Esta declaración de postura proporcionó un juego de declaraciones sobre lo que debe proveer una legislación reguladora de la especialidad de matrona.<sup>(18)</sup>

Declaraciones son las siguientes:

- Permitir a las matronas ejercer libremente en cualquier entorno.
- Garantizar que sean matronas quienes dirijan la profesión.
- Respaldar a la matrona en el uso de técnicas para salvar vidas en distintos ambientes de países donde no hay acceso inmediato a la ayuda de los médicos.
- Permitir a las matronas tener acceso a educación continua.
- Exigir la renovación periódica del derecho a ejercer.
- Adoptar una "Definición de matrona" congruente con la definición de la ICM y apropiada al país del que emana la legislación.
- Conseguir una representación del consumidor en el órgano regulador.
- Reconocer el derecho de toda mujer a recibir el cuidado de una matrona competente.
- Permitir que la matrona ejerza por derecho propio.
- Reconocer la importancia de una regulación y legislación propia de las matronas para respaldar y fomentar su trabajo en la mejora de la salud pública y materno-infantil.
- Garantizar que el acceso a la profesión se base en las competencias y en las normas y que no haya distinción entre las vías de acceso.
- Contemplar el mecanismo de un órgano regulador dirigido por matronas cuyo fin sea el bien público.
- Contemplar la revisión periódica de la legislación para garantizar su idoneidad y actualización, a medida que haya avances en la educación y en
- la práctica de las matronas o en los servicios sanitarios.
- Fomentar el uso de las revisiones de las colegas y el análisis de los resultados perinatales, sobre las madres y los recién nacidos en el proceso de revisión legislativa.

Las normas de la regulación de la especialidad de matrona fueron redactadas inicialmente por un subgrupo de los Grupos de trabajo durante una reunión celebrada en Hong Kong en abril de 2010. Para la elaboración del borrador de las normas, este grupo se basó en información obtenida en los talleres sobre regulación que se llevaron a cabo en India, en el mes de noviembre de 2009, durante la conferencia de la ICM de la región Asia-Pacífico y en la reunión ICM/UNFPA en Bangladesh, Asia Meridional, en marzo de 2010.<sup>(18)</sup>

Se revisó literatura para identificar el propósito, los tipos y las funciones de la regulación de la salud y en especial de la regulación de la especialidad de matrona. Se hizo evidente que en muchos países existe una urgente necesidad de regulación de la especialidad de matrona y que dicha regulación debe apoyar la autonomía de la matrona dentro del enfoque pleno de la práctica de la especialidad de matrona, tal como lo define la ICM, proteger el título de “matrona”, apoyar la formación estandarizada de la especialidad de matrona y garantizar la competencia continua de las matronas.

## **“ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO 2014 HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD, UN DERECHO DE LA MUJER”**

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 (SoWMy 2014): Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer, se inspira en la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños del Secretario General de las Naciones Unidas y en su llamamiento a la acción de septiembre de 2013 a hacer todo lo posible por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 y a trabajar para la elaboración y la adopción de una agenda para el desarrollo después de 2015 basada en el principio de la universalidad.<sup>19)</sup>

El objetivo principal del Estado de las parteras en el mundo 2014, según lo acordado en el Segundo Simposio Mundial sobre Partería celebrado en Kuala Lumpur en mayo de 2013, es generar evidencia sobre el estado de las parteras en el mundo en 2014 que respaldara el diálogo sobre políticas entre los gobiernos y sus colaboradores en el ámbito del desarrollo; acelerara el progreso con respecto a los ODM en materia de salud; identificara desarrollo en los tres años desde la fecha de la publicación del informe El Estado de las

Parteras en el Mundo 2011; e informara acerca de negociaciones y de la preparación de la agenda para el desarrollo después de 2015.

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 se centra en 73 de los 75 países de bajo ingreso y de ingresos medianos que se incluyen en los informes de la “Cuenta atrás para 2015 (countdown to 2015)”. Mas del 92% de todas las muertes maternas y neonatales y mortinatos del mundo tienen lugar en estos 73 países. Sin Embargo, solo el 42% de los médicos, personal de partería y enfermería del mundo está disponible en estos países para las mujeres y los niños recién nacidos (en adelante, “recién nacidos”).<sup>(19)</sup>

La partería es un elemento clave de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) y se define en este informe como los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién nacidos: Entre estos servicios se incluyen la salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal. Esto permite el análisis de las diversas formas de prestación de servicios de partería por parte de la amplia gama de personal de salud y profesionales asociados.<sup>(19)</sup>

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 ha sido coordinado por el fondo de población de las Naciones Unidas, la Confederación Internacional de Matronas y la Organización Mundial de la salud en nombre de los representantes del gobierno y otros agentes nacionales en cada uno de los 73 países y además, en nombre de los 30 organismos de ayuda al desarrollo que han colaborado en este informe.

Se ha logrado un progreso tangible en el desarrollo de la partería en muchos países desde el informe El Estado de las Parteras en el Mundo 2011: 33 de los 73 países (el 45%) han informado sobre esfuerzos intensos por mejorar la retención del personal en zonas remotas; 20 países (el 28%) han comenzado a aumentar la contratación de parteras y su asignación a puestos de trabajo; 13 países (el 18%) han preparado planes para establecer antes reguladores; y 14 países (el 20%) cuentan con un nuevo código de practica y/o marco normativo. Quizás sea uno de los avances mas importantes el incremento en la calidad de la información sobre las fuerza de trabajo y la mejora de los mecanismos de rendición de cuentas. 52 países (71%) han informado de mejoras en estos dos puntos.

Las evidencias y el análisis presentados en El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 están organizados en cuatro áreas que determinan si un sistema de salud y su

personal sanitario están proporcionando cobertura efectiva, es decir, si las mujeres obtienen la atención que desean y necesitan en lo referido a los servicios de SSRMN. Estas cuatro aéreas son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>(19)</sup>

**Disponibilidad:** El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 proporciona nuevas estimaciones de los servicios esenciales de SSRMN requeridos por las mujeres y los recién nacidos. Esta necesidad de servicios, en cada país, puede expresarse en términos de la necesidad de personal de partería.

Las parteras, cuando cuentan con la educación y reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales, tienen las habilidades profesionales para satisfacer el 87% de esta necesidad de servicios. Sin embargo, las parteras sólo integran el 36% del personal de partería que los países han declarado: no todos los países tienen un cuadro de profesionales exclusivamente centrados en prestar apoyo a mujeres y recién nacidos. En cambio, existe diversidad en las tipologías, las funciones y la composición de los agente de salud que contribuyen a la prestación de servicios de partería, aunque muchos de ellos dedican menos del 100% de su tiempo a los servicios de SSRMN.

Las nuevas evidencias sobre la diversidad del personal presentado en el Estado de las Parteras en el Mundo 2014 permite aportar información útil para las políticas y la planificación. En primer lugar, la disponibilidad del personal de partería y las funciones desempeñadas por el personal no puede deducirse de las denominaciones de los puestos. El segundo lugar, el personal de partería equivalente a tiempo completo representa menos de dos tercios de todos los agentes de salud que dedican su tiempo a los servicios de SSRMN.

Por lo tanto, cualquier análisis que compare o establezca una correlación entre el personal de partería y los rendimientos/resultados de SSRMN debería considerar la contratación de personal equivalente a tiempo completo como medida de la disponibilidad de fuerzas de trabajo.<sup>(19)</sup>

Las evidencias muestran que existen oportunidades de alinear puestos, funciones y responsabilidades; fortalecer las conexiones entre la educación y el empleo; mejorar la eficiencia; y evaluar y reducir los niveles elevados de movimiento de personal y la eliminación de puestos de trabajo. En especial, se requieren avances en la identidad, la condición y los salarios de las parteras, eliminando la discriminación por razón de género y



abordando el déficit de atención política en los temas que afectan exclusivamente a las mujeres.

**Accesibilidad:** Aunque de los 73 países que participaron casi todos reconocen la importancia de la accesibilidad financiera y cuentan con la política que ofrece al menos algunos de los beneficios esenciales de la atención de SSRMN gratis en el punto de acceso, solo 4 países ofrecen un “conjunto de prestaciones mínimas garantizadas” para SSRMN que incluyen todas las intervenciones esenciales. Los déficits en las intervenciones esenciales incluyen los que reducen las cuatro causas principales de mortalidad materna: hemorragia grave; infecciones; hipertensión durante el embarazo (pre eclampsia y eclampsia); y aborto en condiciones de riesgo.<sup>(19)</sup>

La falta de datos geográficos sobre establecimientos de salud y personal de partería impide la evaluación certera de si todas las mujeres tienen acceso a un agente de salud cuando lo necesitan. Para el incremento de la accesibilidad es necesario que todas las zonas urbanas y rurales sean atractivas para los agentes de salud, y asegurar la eliminación de todas las barreras contra la atención, incluyendo la falta de transporte de medicamentos básicos y de agentes de salud.

**Aceptabilidad:** La mayoría de los países tienen políticas instauradas para prestar servicios de atención de SSRMN que contemplan las necesidades sociales y culturales. Sin embargo, los datos sobre las percepciones de las mujeres respecto de las atenciones de partería son escasos, y los países confirman la necesidad de un trabajo de investigación más solididad en el tema. Los colaboradores de los talleres de El Estado de las parteras en el Mundo 2014 indicaron que el problema de las aceptabilidad esta estrechamente ligado a la discriminación y la condición de la mujeres en general como usuarias de servicios y agentes de salud.<sup>(19)</sup>

La **calidad** de la atención y de los proveedores de salud puede incrementarse mediante el aumento de la calidad de la educación del personal de partería y el desarrollo de la reglamentación y de las funciones de las asociaciones profesionales.

El Estado de las parteras en el Mundo 2014 indican que aunque los currículos de la mayoría de los países son adecuados y están actualizados, aun existen déficits generalizados en la infraestructura, los recursos y los sistemas educativos, en especial para los programas de ingreso directo a la partería.

## **TERCER INFORME DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.**

### **OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA GUATEMALA**

#### **Razón de muerte materna: la reducción de la mortalidad materna, un camino lento y difícil hacia 2015**

Para el análisis de la evolución de este indicador, se parte de la RMM observada en el año base (1989), la cual fue de 219 x 100 mil nacidos vivos (NV). En la década de los años 90 del siglo XX, la cifra de mortalidad materna reflejó cambios positivos con una reducción del 30%.<sup>(20)</sup>

En la siguiente década, el cambio ha sido muy lento y poco perceptible, observándose que, entre 2000 y 2007, se reporta una disminución de apenas 8%, con un registro de RMM de 136 por 100 mil NV.

Para la elaboración de este Informe, se realizó previamente el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, estudio retrospectivo en el que se investigaron todas las muertes maternas y las muertes de mujeres en edad fértil sospechosas de serlo, acaecidas en el año 2007, fecha última para la cual se cuenta con datos, tanto para muertes de mujeres como para nacimientos.<sup>(20)</sup>

Este esfuerzo conjunto entre Segeplan y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con el respaldo instituciones nacionales y de la cooperación internacional permitió actualizar los datos de mortalidad materna del país por primera vez desde el año 2000.<sup>(20)</sup>

Para el año 2007, las estadísticas vitales del país registraron 315 muertes maternas; luego de realizado el estudio, se encontraron 207 muertes adicionales, las cuales estaban subregistradas por una mala clasificación de causa básica de muerte y por no estar registradas en el Instituto Nacional de Estadística. Esta información permitió calcular el subregistro de mortalidad materna para el país, el cual se establece en 39.7%. Esto implica un incremento de 2.1% respecto al dato reportado para el año 2000. El Estudio 2007 también permite calcular un factor de corrección para aplicar a las estadísticas vitales de los años siguientes, el cual se establece en 1.66.

En el Estudio nacional de mortalidad materna 2007, el perfil de la mujer guatemalteca mayormente afectada es el de la mujer indígena (70%); con escasa educación (46% analfabetas); múltipara (56% de las muertes); generalmente el sitio de ocurrencia de la muerte es el hogar (46%); en la tercera parte de casos no fue posible identificar quién la atendió durante su muerte. El rango de edad mayoritario en las mujeres fallecidas fue de 25 a 34 años (43%). La mayor frecuencia de muertes (moda) fue en la edad de 30 años, con el 5.7 % de casos; el promedio de edad de las fallecidas se registró en 29 años. De las 522 mujeres que fallecieron, al menos 413 madres dejaron en la orfandad a 1,716 niños y niñas, sin que se haya obtenido el dato de las edades de éstos. <sup>(20)</sup>

En 2007, la muerte materna hospitalaria alcanzó el 43%; esa proporción aumentó 2 puntos en relación con el año 2000, cuando se presentó una ocurrencia de 41%. De esta cifra, el 38% se suscitó en servicios públicos y el 5% en privados. En el caso de las muertes hospitalarias es necesario considerar varias situaciones: primero, el lugar de la muerte materna no significa que haya sido también el lugar del parto; más bien la complicación del parto es lo que determina el traslado al hospital. Segundo, no todas las muertes se relacionan con el momento del parto, algunas ocurren antes y otras después. Tercero, la gravedad en el estado de las mujeres pudo haber rebasado las capacidades de resolución de los servicios locales de atención.

Para analizar estas muertes se registró la ocurrencia de demoras (cuatro fases) en la atención al embarazo, parto o puerperio de las mujeres. La ocurrencia de una demora no es excluyente de las otras y puede registrarse más de una en el mismo caso. Para el año 2000, no se reportó este dato. En el año 2007 se documentó que el 35% de muertes ocurrió en la primera demora, que consiste en la falta de reconocimiento a tiempo de las señales de peligro; un 30% de los casos reportó la segunda demora, que tiene que ver con la decisión del traslado de manera tardía; el 23% de las entrevistas reportó la tercera demora, porque el traslado no se concretó por falta de recursos económicos, por falta de vehículo o por la distancia e infraestructura de acceso hacia el centro de atención. En un 41% se detectó la cuarta demora, porque el centro de atención no tuvo las condiciones necesarias para atender la emergencia de forma apropiada. <sup>(20)</sup>

De acuerdo con el Estudio nacional de mortalidad materna 2007, aunque la familia y la comunidad reconocieron señales de peligro que presentaban las mujeres embarazadas (hemorragia abundante, fiebre o visión borrosa), en una proporción importante de casos (38%), se tomó la decisión de no llevarlas a un centro asistencial. Algunas veces se las

trasladó cuando se agravaron; pero además, no fueron las mujeres propiamente dichas quienes decidieron ser trasladadas o no, como se observará más adelante. En la práctica, a muchas de ellas se las llevó a los centros de atención en situación de alto riesgo, incluso después de haber sucedido el parto.

De las muertes maternas investigadas (478) a nivel domiciliario, 223 no accedieron a un servicio de salud y del total de respuestas posibles sobre por qué no llegó al servicio de salud, en el 33% de los casos no había transporte o dinero disponible para pagar el traslado, ligado a la lejanía de los servicios de salud y, en el 29%, la señora o la familia no estuvieron de acuerdo con el traslado, sin tener información específica sobre la causa.<sup>(20)</sup>

Al comparar las principales causas de muerte materna en el año 2000, con las estudiadas en 2007, las hemorragias se mantienen como la principal causa biológica; la hipertensión ocupa el segundo lugar, desplazando a las infecciones, y el aborto continúa en cuarto lugar. Esa situación se agrava cuando las mujeres tienen enfermedades pre-existentes u otros problemas, principalmente, de índole nutricional o derivadas de esta. A ello se suma la falta de periodicidad en los controles prenatales, situación que se evidencia en una mínima proporción de mujeres que reportan realizar este control en el tercer trimestre del embarazo, circunstancia que podría ayudar a diagnosticar problemas de hipertensión que terminan complicando el parto.<sup>(20)</sup>

### **PORCENTAJE DE PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES MATERNAS, CON BASE EN CIE 10(2000 Y 2007)**

Principales causas	Año 2000	Año 2007
Directas		
Hemorragia	53.3	42.3
Hipertensión	12.1	17.8
Infección	14.4	15.5
Aborto	9.5	5.2
Resto causas	1.2	9.4
Indirectas	9.5	9.8
Total	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la *Línea basal de mortalidad materna 2000* y del *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*.

Al respecto, según la Encuesta nacional de condiciones de vida 2006 (Encovi 2006), el 14.8% del total de la población femenina se encontraba en situación de subnutrición<sup>(20)</sup>. A esto se suma, como factor que interviene, el bajo nivel educativo de las mujeres de 15 años o más, que alcanzaba 4.6 años promedio de escolaridad, así como la alfabetización reportada solamente en el 68.9% de las mujeres.<sup>(20)</sup>

Asimismo, en la muerte materna incide la falta de acceso a la red de los servicios de salud y la calidad con la que éstos responden a las necesidades que presentan las mujeres en la etapa reproductiva, tales como: la oferta apropiada de métodos anticonceptivos, el control prenatal sistemático y la atención calificada del parto. Esta última tiene que ver directamente con el tratamiento oportuno de las urgencias obstétricas, para lo cual se hace indispensable contar con los servicios de manera permanente —las 24 horas—, con suficiente recurso humano y con el ambiente habilitante mínimo (infraestructura, equipo, medicamentos e insumos) para afrontar las emergencias y resolverlas satisfactoriamente.

La debilidad en cualquiera de estos elementos, por parte del sistema de salud, hace más vulnerable al segmento de mujeres que requiere de atención obstétrica urgente.

Con ese escenario de fondo, a pesar de que el resto de indicadores de este objetivo ha tenido una evolución positiva, especialmente los que se refieren a la atención de partos con personal médico y enfermera, al uso de anticonceptivos y a la atención prenatal, como se podrá observar más adelante, la brecha para alcanzar la meta para este indicador en particular sigue siendo sumamente alta (81 casos por 100 mil NV). Por lo tanto, es posible inferir que, sin las modificaciones necesarias a nivel estructural y en el sistema de salud, será difícil provocar la reducción planteada como meta para 2015 (55 x 100 mil NV).<sup>(20)</sup>

## **HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

En 1840 un grupo de vecinos quetzaltecos y religiosos inicio las gestiones para su fundación, en 1943 se le dio el nombre de Hospital General “San Juan de Dios” se ubicaba donde hoy se encuentra la sede de la policía y el hogar San Vicente de Paul, en la 14 avenida y calle Rodolfo robres de la zona 1, fue absorbido por el estado en 1945.<sup>(21)</sup>

El traslado a la Dirección actual se realizo el 12 de Marzo en 1996 por problemas técnicos y falta de equipo en las antiguas instalaciones. Ya con el nombre de Hospital

Regional de Occidente, actualmente sus servicios son requeridos por nacionales y extranjeros, se convirtió en hospital escuela que incluye postgrados.

Hospital Regional de Occidente, es categoría 3 según la clasificación del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Y es uno de los 43 hospitales que existe a nivel nacional. Atiende diversas especialidades medicas en emergencia, consulta externa y en encamamiento.

Entre su cartera de servicios se encuentra servicios de Medicina Interna, Traumatología y ortopedia, Pediatría, Radiología, Cirugía y Ginecología y obstetricia, contando para los mismos estudiantes de post grado de cada especialidad y jefes de servicio para la mejor atención de los pacientes que acuden a este centro asistencial<sup>(21)</sup>

El hospital Regional de Occidente es un centro de referencia para pacientes del suroccidente del país.

En el Año 2009 fue declarado hospital solidario, uno de los 9 que existen a nivel nacional.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la condición de ingreso de pacientes referidas por comadronas al servicio de emergencia de obstetricia.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Conocer las características obstétricas de las pacientes que son referidas por comadronas cuando llegan al servicio de emergencia de obstetricia.
- I.2.2 Determinar las características de la referencia oportuna realizada por la comadrona.
- I.2.3 Determinar las complicaciones más frecuentes que llevan las pacientes que son referidas por comadronas cuando llegan al servicio de emergencia de obstetricia.

## IV DISEÑO Y METODO

**4.1 TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo – Prospectivo

### **4.2 POBLACIÓN:**

Pacientes referidas por comadrona que estén embarazadas que consulten a la emergencia de Ginecología y Obstetricia 2011

#### **4.2.a CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Toda paciente embarazada que consulte a la emergencia de labor y partos que haya sido evaluada, tratada y referida por comadrona y que sean ingresadas al servicio.

#### **4.2.b CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes embarazadas que consulten a la emergencia de labor y parto que no tengan antecedente de haber estado con la comadrona.
- Pacientes referidas por comadronas que no estén embarazadas.

#### **4.2.c EJECUCION DE LA INVESTIGACION**

Se procedió a llenar la boleta a toda paciente que fue referida a la emergencia del hospital Regional de Occidente y que haya sido evaluada y manejada por comadrona, la información será proporcionada por la comadrona si acompaña a la paciente, del familiar o de la paciente de ser posible.

Luego se procedió a tabular las boletas y luego analizar los resultados que se obtuvieron de las mismas para identificar el estado clínico de las pacientes que se incluyeron en la investigación.

#### **4.2.d Recursos**

Materiales:

- Boleta recolectora de datos
- Registro y estadística de HRO
- Hospital Regional de Occidente
- Internet



- Computadoras

Humano:

- Pacientes que son referidas por comadrona a la emergencia de Labor y parto de Ginecología y Obstetricia.
- Personal médico y paramédico del HRO involucrado en la atención de las pacientes que son referidas por comadronas a la emergencia de labor y parto de Ginecología y Obstetricia
- Comadronas que acompañan a las pacientes.

Económicos:

- Impresión de informes
- Fotocopias
- Lápices y lapiceros
- Computadoras
- Tinta de impresoras
- Hojas para impresión

#### 4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
<b>Edad</b>	Años demostrables por documento de identificación ( fe de edad y /o cedula)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 54 años</li> </ul>
<b>Comadrona</b>	Persona que tiene conocimientos ancestrales y/o empíricos y se encargan del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en su comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adiestrada</li> <li>▪ no adiestrada</li> </ul>
<b>Tiempo</b>	El tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 hora</li> <li>2 horas</li> <li>3 o más horas</li> </ul>

<b>Indicación De Referencia</b>	Razón o motivo por la cual se envía a pacientes para su interrogación reevaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Complicación materna</li> <li>▪ Complicación fetal</li> <li>▪ Complicación materno fetal</li> <li>▪ Complicación pos-parto</li> </ul>
<b>Estado Clínico</b>	Estado de salud que lleva la paciente al momento de su evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin morbilidad</li> <li>▪ Morbilidad</li> <li>▪ Morbilidad extrema</li> </ul>
<b>Complicaciones</b>	Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas que llevan a toma de decisiones urgentes.	<p>1. Maternas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fetales</li> <li>▪ Materno fetales</li> </ul>
<b>Evolución Clínica</b>	Desarrollo de las cosas o de los organismos, por medio del cual pasan gradualmente de un estado a otro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adecuada</li> <li>▪ Mortalidad materna</li> <li>▪ Morbilidad extrema</li> <li>▪ Morbilidad neonatal</li> <li>▪ Mortalidad neonatal</li> </ul>
<b>Demoras</b>	Retraso en la atención de la mujer embarazada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconocimiento de signos de peligro</li> <li>▪ Toma de decisiones</li> </ul>
<b>Paridad</b>	Numero de gestaciones que ha tenido la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primígesta</li> <li>▪ Multigesta</li> <li>▪ Gran multigesta</li> </ul>

## V RESULTADOS

Cuadro No.1

### Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 años	2	1.55%
16 -20 años	21	16.27%
21 - 25 años	24	18.60%
26 - 30 años	45	34.88%
31 - 35 años	18	13.95%
> 35 años	19	14.72%
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

Fuente: base de datos trabajo de campo

Cuadro No. 2

### Paridad de las Pacientes

Características	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	40	31%
Multigesta	74	57%
Gran multigesta	15	12%
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 3**

**Descripción de las Características de la Comadrona**

<b>Características</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Acompaña a la paciente (n =129)</b>	<b>73</b>	<b>56.6 %</b>	<b>56</b>	<b>43.4%</b>
<b>Comadrona presenta carné (n=73)</b>	<b>15</b>	<b>20.5%</b>	<b>58</b>	<b>79.5%</b>

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 4**

**Condiciones de Atención Realizadas por Comadrona**

<b>Características (n=129)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Tiempo de atención por comadrona</b>		
<b>1 hora</b>	<b>37</b>	<b>28.7%</b>
<b>2 horas</b>	<b>32</b>	<b>24.8%</b>
<b>3 horas o mas</b>	<b>60</b>	<b>46.5%</b>
<b>Tiempo de traslado</b>		
<b>1 hora</b>	<b>84</b>	<b>65.1%</b>
<b>2 horas</b>	<b>26</b>	<b>20.2%</b>
<b>3 horas o mas</b>	<b>19</b>	<b>14.7%</b>

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 5****Motivo de Referencia de la Comadrona**

<b>Referencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>No nace el Bebe</b>	28	22.5%
<b>Debilidad de la paciente</b>	25	19%
<b>Dolores de parto</b>	20	16%
<b>Dolores de parto débiles o irregulares</b>	15	12%
<b>No sale la Placenta</b>	10	8%
<b>Hemorragia Genital</b>	7	5%
<b>Mala posición del bebe</b>	5	4%
<b>Dolor de Cabeza</b>	4	3%
<b>Presión alta</b>	3	2%
<b>AQV después del parto</b>	3	2%
<b>Ataques o convulsiones</b>	3	2%
<b>Dolores de parto antes de tiempo</b>	2	1.5%
<b>Expulso un brazo</b>	2	1.5%
<b>Desmayos después del parto</b>	2	1.5%
<b>total</b>	129	100%

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 6****Condición de la Paciente al llegar a Emergencia**

<b>Condición de llegada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Trabajo de parto</b>	88	68.2%
<b>Periodo expulsivo</b>	23	17.8%
<b>Pos parto</b>	12	9.3%
<b>Sin trabajo de parto</b>	6	4.7%
<b>Total</b>	129	100%

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 7****Estado Clínico de la Paciente a su Ingreso a Emergencia**

<b>Estado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Consciente y S/V Normales</b>	77	<b>59%</b>
<b>deshidratada</b>	22	<b>17%</b>
<b>Consciente y S/V Anormales</b>	18	<b>14%</b>
<b>Somnolienta</b>	4	<b>3%</b>
<b>Somnolienta y diaforética</b>	3	<b>2%</b>
<b>inconscientes</b>	2	<b>1.5%</b>
<b>En Shock</b>	2	<b>1.5%</b>
<b>Hemorragia activa y en shock</b>	1	<b>1%</b>
<b>total</b>	129	<b>100%</b>

Fuente: base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 8****Complicaciones Obstétricas que presenta la Paciente a su Ingreso**

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hipertensión</b>	14	<b>10.8%</b>
<b>Agotamiento Materno</b>	14	<b>10.8%</b>
<b>Desproporción cefalopélvica</b>	12	<b>9.3%</b>
<b>Sufrimiento Fetal</b>	11	<b>8.5%</b>
<b>Presentación Anómala</b>	10	<b>7.7%</b>
<b>Retención Placentaria</b>	6	<b>4.6%</b>
<b>Alumbramiento incompleto</b>	4	<b>3.1%</b>
<b>Eclampsia</b>	4	<b>3.1%</b>
<b>Trabajo de parto pretérmino</b>	2	<b>1.5%</b>
<b>Placenta Previa Sangrante</b>	1	<b>0.7%</b>
<b>Shock hipovolémico</b>	1	<b>0.7%</b>
<b>Hematoma vulvar</b>	1	<b>0.7%</b>
<b>Sin complicaciones</b>	49	<b>38.5%</b>
<b>Total</b>	129	<b>100%</b>

Fuente. Base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 9**

**Protocolos de Manejo Utilizados**

<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Protocolo de atención del parto y puerperio</b>	73	56.6%
<b>Tratamiento Quirúrgico</b>	33	25.6%
<b>Protocolo de Hipertensión Inducido por embarazo</b>	14	10.9 %
<b>Extracción manual de placenta</b>	5	3.9%
<b>Protocolo de trabajo de parto pre termino</b>	2	1.6%
<b>Protocolo de manejo de shock hipovolémico</b>	2	1.6%
<b>Total</b>	129	100%

Fuente. Base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 10**

**Evolución de la Paciente**

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Adecuada</b>	123	96.1 %
<b>Con Morbilidad Extrema</b>	6	3.9 %
<b>Total</b>	129	100 %

Fuente: Base de datos trabajo de campo

**Cuadro No.11**

**Condiciones del Producto de la Gestación**

<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>RN buenas condiciones</b>	122	96%
<b>Óbito Fetal</b>	2	1.6%
<b>Mortinatos</b>	2	1.6%
<b>RN malas condiciones</b>	1	0.8%
<b>Total</b>	127	100%

Fuente: Base de datos trabajo de campo

**Cuadro No. 12**

**Demoras Presentadas**

<b>CARACTERÍSTICAS (n=129)</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Reconocimiento de signos de peligro</b>	16	12 %	113	88%
<b>Toma de decisión de referencia</b>	104	80.6%	25	19.4%

Fuente: base de datos trabajo de campo



## VI. DISCUSION Y ANALISIS

Es importante resaltar el papel que juega la comadrona en la salud materna y neonatal de Guatemala.<sup>(5)</sup> “Son las comadronas las que atienden alrededor del 50% de los Partos y ven por lo menos una vez o más veces alrededor del 75% de todos los embarazos en el país”.<sup>(5)</sup> Por lo tanto es importante conocer el trabajo que realiza para poder saber cómo insertarlas de la forma más positiva y productiva en los Planes del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, MSPAS. Sobre todo en su rol para la reducción de la mortalidad materna y mortalidad neonatal.

A través del estudio se pudieron determinar las condiciones de ingreso de las pacientes referidas por comadrona al servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, identificándose que el 56.6 % de estas pacientes fueron acompañadas por las mismas al momento de su ingreso al servicio de labor y partos, de ellas el 20.5 % contaban con carné de aval del MSPAS, a quienes se les ha capacitado y por lo tanto autorizado el manejo de pacientes obstétricas según “decreto No.74: del 9 de mayo de 1955 artículo 15 incisos F: Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales previo examen de aptitud”.<sup>(9)</sup> por lo que en el 79.5% que no presento carné es incierto su adiestramiento y por lo tanto no confiable el manejo de las embarazadas a su cuidado (cuadro 3).

En relación a las características de las pacientes referidas por comadronas se evidencio que la edad más frecuente en 34.88% fue entre la edad de 26 - 30 años. Estos datos coinciden con los presentados por el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 donde se documenta que “la mayor frecuencia de muertes (moda) fue en la edad de 30 años, con el 5.7 % de casos; el promedio de edad de las fallecidas se registró en 29 años”.<sup>(20)</sup> por lo que la edad joven de la paciente manejada por comadrona sigue siendo un factor de riesgo importante en la presencia de morbi-mortalidad materno fetal.

Se determino en el estudio que en el 57% de las pacientes son multigestas y el 31% primigestas siendo las primeras, las que mayor riesgos obstétricos presentan y en quienes es mandatorio el control y atención institucional. Ya que según el Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, objetivo 5 que mejorar la salud materna de Guatemala “el perfil de la mujer guatemalteca mayormente afectada es el de la mujer indígena (70%); con escasa educación (46% analfabetas); múltipara (56% de las muertes)”.<sup>(20)</sup>

Dentro de la condición obstétrica de llegada se encontró que 68.2% corresponde a pacientes con trabajo de parto, el 17.8% a pacientes en periodo expulsivo y el 9.3 % pacientes en el tercer periodo del trabajo de parto. (Cuadro 4). Dentro del motivo de la referencia de la comadrona al servicio de emergencia de Obstetricia se encontró que un 22.5% fue porque en palabras de la comadrona, “No nace el bebe”, el 19% “Debilidad de la paciente”, 12 % por “Dolores de parto débiles”, 8% fue porque “No sale la Placenta” un 5% por “Hemorragia Genital”, el 2% referida por “presión alta” al igual que “Ataques o convulsiones”, y el 1.5 % por “Desmayos después del parto” y por “expulsión de un Brazo” (cuadro 5), cada uno de estos motivos de referencias fueron proporcionados por la comadrona.

Al ingreso de la paciente referida a emergencia de Obstetricia se evidencio que 59% de pacientes se encontraban conscientes y con signos vitales normales, 17% de ellas deshidratadas, 14% conscientes y signos vitales Anormales, 3% somnolientas y Diaforéticas, 1.5% Inconscientes y el mismo porcentaje en Shock, el 1% de las pacientes con Hemorragia Activa y en Shock. Por lo que pudimos evidenciar con respecto al estado clínico de las pacientes el 41% presentaban compromiso hemodinámico establecido a su llegada a la emergencia de obstetricia cuyo porcentaje coincide con el Estudio nacional de mortalidad materna 2007, “aunque la familia y la comunidad reconocieron señales de peligro que presentaban las mujeres embarazadas (hemorragia abundante, fiebre o visión borrosa), en una proporción importante de casos (38%), se tomó la decisión de no llevarlas a un centro asistencial. Algunas veces se las trasladó cuando se agravaron”.<sup>(11)</sup>

Dentro de las complicaciones obstétricas que presentaba la paciente a su ingreso se encontró que el 10.8% presentaba Hipertensión Arterial al igual que agotamiento materno, el 9.3 % Desproporción Cefalopelvica, 8.5% Sufrimiento fetal, el 7.7% presentación anómala, 4.6% Retención Placentaria, 3.1% Eclampsia 1.5% Trabajo de parto pretermino y el 0.7% Placenta previa sangrante, shock hipovolemico ó Hematoma vulvar. Al comparar las principales causas de muerte materna estudiadas en 2007, “las hemorragias se mantienen como la principal causa biológica; la hipertensión ocupa el segundo lugar, desplazando a las infecciones a la tercera posición y el aborto continúa en cuarto lugar”.<sup>(20)</sup> Es por eso que es de trascendental importancia la identificación de los Signos de peligro así como la referencia oportuna para el inicio oportuno del tratamiento o manejo adecuado de las pacientes. (cuadro 8).

Al analizar el cuadro de demoras presentadas se identifico que en un 88% no se identifico los signos de peligro, pero aunque no se haya detectado estos signos la decisión de referencia fue por la comadrona en un 80.6 % lo cual suena contradictorio, ya que las referencias fueron por otras razones tales como la “debilidad de la paciente” y que “no nació el bebe” en un 22.5 % y 19% respectivamente entre otras. Sin embargo en el manual de intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales del programa Nacional de Salud reproductiva del Ministerio de Salud pública de Guatemala indica “dentro de las funciones y responsabilidades de la comadrona: Detectar señales de peligro en el embarazo, parto y posparto y Recién Nacido y su referencia oportuna, además de asistir a capacitaciones en las fechas establecidas para mantener su competencia técnica”<sup>(6)</sup>. Y como se pudo evidenciar que la comadrona no pudo identificar la complicación obstétrica y por ello se puede decir que la falta de capacitación adecuada de la misma fue una deficiencia determinante para la evolución y pronóstico de la paciente obstétrica antes de llegar a un servicio de salud institucional.

En cuanto a la evolución de las paciente se encontró que 3.9 % presentaron morbilidad extrema (6 pacientes) y el resto presentaba una adecuada evolución (cuadro 10), dentro de las condiciones y evolución del producto de la Gestación se encontró que el 1.6% fueron mortinatos, 2 fueron óbitos fetales que representan el 1.6% y el resto (96%) tuvieron una evolución satisfactoria.

## 6.1 CONCLUSION

- 6.1.1 Se determinó que las condiciones de ingreso de las pacientes referidas por comadrona según su estado clínico en su mayoría se encontraban deshidratadas y conscientes con signos vitales anormales, y en un porcentaje menor diaforéticas, somnolientas y en estado de Shock y con hemorragia activa.
- 6.1.2 La edad más frecuente encontrada es de 26-30 años seguidos por pacientes mayores de 35 años y dos menores de 15 años, a si mismo se determino que siguen siendo las multigestas las que acuden con mayor frecuencia a la comadrona y en quienes se documento mayor incidencia de complicaciones obstétricas.
- 6.1.3 Las complicaciones encontradas al ingreso de la paciente obstétrica fueron hipertensión inducida por el embarazo; también se encontró sufrimiento fetal, desproporción céfalo-pélvica, y con menos frecuencia se presentaron casos de retención placentaria, prolapso de miembro, mortinatos y eclampsia.
- 6.1.4 Se determino que dentro de las características de la referencia, la mayoría estuvo bajo el cuidado de la comadrona tres o más horas, y que el tiempo de traslado que se encontró con mayor frecuencia fue no más de una hora del Hospital Regional de Occidente, y es el tiempo un factor que determinara el tratamiento oportuno y pronostico en la morbi-mortalidad materno fetal.
- 6.1.5 Se concluye que la comadrona no detecto los signos de peligro que presentaba la paciente bajo su cuidado y que la decisión de traslado de la misma fue por otra causa ajena a la complicación real que presentaba la paciente.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Continuar las capacitaciones impartidas por el ministerio de salud pública y asistencia social de carácter obligatorio para todas las comadronas y reforzar los conocimientos básicos de atención a una mujer embarazada todo esto para poder alcanzar el objetivo 5 de las metas del milenio.
- 6.2.2 Se deben realizar más estudios sobre las condiciones de trabajo, los lugares de referencia y el conocimiento de la comadrona sobre las complicaciones obstétricas para poder mejorar la atención en salud y velar por el cumplimiento de las normas de atención del ministerio de salud.
- 6.2.3 Fortalecer los planes de emergencia ante una complicación obstétrica en la comunidad para mejorar el pronóstico y evolución de la paciente.
- 6.2.4 Se debe promover la colaboración entre las parteras o comadronas tradicionales y profesionales de la salud con el fin de alentar a las mujeres a que busquen asistencia profesional durante el parto.
- 6.2.5 Buscar la profesionalización de las comadronas como lo están realizando otros países a través de la confederación internacional de matronas implementando normas globales para la regulación de la especialidad de matrona.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carbon D. Libro del artes de las comadronas o Madrinas, del regimiento de las preñadas y paridad y de los niños. Resumen. (site en Internet. Mainz: Vicente García Editores S.A: 1992 (citado em 2005 Out 20).
2. Garcia AC, Garcia NJ, Valle JI. Registro y control de la comadronas en la iglesia Hispalense. Hiades Revista de Historia de la Enfermería.
3. Ortiz T. la educación de las matronas en la Europa moderna: In: segura C, editor. Madrid: Asociación cultural al- Mudayma.
4. Martinez Duran Carlos. *Las ciencias médicas en Guatemala: origen y evolución.* Editorial aseca 2004.
5. Ministerio de salud pública república de Guatemala, Organización Panamericana de la salud, Expanding Opciones en Salud Reproductiva, 2002.
6. Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala, editorial ASECSA: 2002.
7. Ministerio de salud pública y asistencia social. Manual Para la Intervención Corta En La Capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala: s.n. 2010.
8. Manual de capacitación y atención de recién nacido con complicaciones para la comadrona, programa nacional de salud reproductiva, ministerio de salud pública, Guatemala 2009
9. Texto de estudio y consulta a la guía para capacitar a Comadronas Tradicionales en Planificación Familiar Ministerio de salud pública Guatemala 2009
10. Calatrava PM. Resumen. Murcia: Distinciones a los investigadores de la Universidad de Murcia, 2005 (citado 2005 mar 11). Disponible en: <http://www.um.es/investigacion/distinciones/marzo04/paloma.php>.
11. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA . El Consejo de la Confederación Internacional de Matronas aprobó una nueva Definición de la Matrona. Madrid, España: s.n. 2005, 50. P
12. Programa Nacional De Salud Reproductiva. Componente de Comadronas Tradicionales. Guatemala, Guatemala: s.n. 2011.

13. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • “las parteras, patrimonio de la humanidad” (pag. 188-195).
14. Sánchez Torres F. Historia de la Gineco Obstetricia en Colombia; 1993. Reedición: Valencia y Universidad Complutense de Madrid; 2000.
15. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador Dirección Nacional De Normalización Del Sns Subproceso De Salud Intercultural *Informe De La Consultoría Preparada Por CHS Para UNFPA/Ecuador: “DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR”* Preparado Por: Daniel González G. – Jorge Corral F. marzo 2010
16. Armendáriz, Rubén, “Modelos Interculturales en Salud”, Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, junio del 2008.
17. Mg. María Cristina Cometto. Situación de los países que tienen representación en ALADEFE con referencia a la educación y formación de enfermeras obstétricas, matronas y/o parteras -2011 Informe preliminar Versión 13
18. Confederación Internacional De Matronas Normas globales para la regulación de la especialidad de matrona (2011). Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20SPA.pdf>
19. UNFPA. El Estado De las Parteras En El Mundo 2014 “Hacia El Acceso Universal A La Salud, Un Derecho De La Mujer”. 605 Third Avenue New York, NY 10158 [www.sowmy.org](http://www.sowmy.org)
20. Secretaría de planificación y programación de la presidencia república de guatemala. Tercer Informe de Avances en el Cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio : Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna. Guatemala, Guatemala : Serviprensa Editores, 2010. p. 19.
21. Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios, Quetzaltenango <http://www.hospitalregionaldeoccidente.gob.gt/Inicio/Historia.aspx>

## VIII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO EN MEDICINA  
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS  
CON ESPECIALIDAD EN GINECOOBSTETRICIA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

### **CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR COMADRONAS A OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011.**

Boleta No. \_\_\_\_\_

#### DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad con DPI/cedula No. \_\_\_\_\_ manifiesta que ha sido informada sobre la entrevista para poder realizar el estudio de investigación titulada “ condiciones de las pacientes que son referidas por comadronas a obstetricia del hospital regional de occidente 2011.” Con el fin de determinar mi estado clínico al llegar a este centro hospitalario.

He sido informada que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá utilizarse únicamente por el investigador a cargo.

Tomando ello en consideración OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta investigación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos específicos en el trabajo ejecutado.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO EN MEDICINA  
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS  
CON ESPECIALIDAD EN GINECOOBSTETRICIA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

**BOLETA RECOLECTORA DE DATOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ BOLETA: \_\_\_\_\_

FECHA INGRESO \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_

1. Paciente acompañada por comadrona?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

2. Comadrona presenta su carnet:

SI: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

3. Paridad de la paciente referida:

Primigesta \_\_\_\_\_ Multigesta \_\_\_\_\_ Gran multigesta \_\_\_\_\_

4. Tiempo en que estuvo la paciente con comadrona?

1 hora \_\_\_\_\_ 2horas \_\_\_\_\_ 3 o más horas \_\_\_\_\_

5. Motivo de referencia de la comadrona? \_\_\_\_\_

6. Tiempo trascurrido en llegar a la emergencia de labor y partos?

1 hora \_\_\_\_\_ 2horas \_\_\_\_\_ 3 o más horas \_\_\_\_\_

7. Paciente se presenta en estado de?

Sin Trabajo de parto \_\_\_\_\_ Trabajó de Parto \_\_\_\_\_ Periodo Expulsivo: \_\_\_\_\_

Pos Parto \_\_\_\_\_

8. Estado clínico de la paciente?

▪ consciente : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



- S/V Normales. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Diaforética: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Somnolienta: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Hidratada: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- En Shock: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Hemorragia Activa: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

9. Complicación obstétrica que presenta la paciente?

- Maternas: Hipertensión\_\_\_\_ Hipovolemia\_\_\_\_ Sepsis:\_\_\_\_  
Agotamiento materno\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_
- Fetales: Sufrimiento fetal: \_\_\_\_\_ Presentación anómala\_\_\_\_\_  
Prolapso:\_\_\_\_\_ Óbito Fetal:\_\_\_\_\_
- Materno fetales: DCP \_\_\_\_\_ Retención placentaria:\_\_\_\_\_ Otras:\_\_\_\_\_

10. Se le realizó algún procedimiento o se utilizó algún protocolo a la paciente a su ingreso?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ cual:\_\_\_\_\_

11. Evolución de la paciente en el servicio de labor y partos?

- Adecuada:\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_
- Morbilidad extrema:\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_
- Mortalidad Materna:\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_
- Condición del Recién nacido:\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_
- Mortalidad Neonatal:\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_

12. Demora presentada en la referencia.

- Reconocimiento de los signos de peligro: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- decisión de referencia tomada por comadrona: SI\_\_\_\_ No:\_\_\_\_\_

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**CONDICIONES DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR COMADRONAS**”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.