

BIBLIOGRAFÍA ANOTADA



EVIDENCIAS

sobre partería
y tareas compartidas
para la atención
en salud materna y
neonatal y salud sexual
y reproductiva

Gynuity
HEALTH PROJECTS

INTRODUCCIÓN

Este resumen está compuesto por una selección de artículos que proporcionan evidencias, lecciones y estrategias en torno a la calidad de atención de salud materna y salud sexual y reproductiva. Una de las estrategias más impulsadas en años recientes por instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Confederación Internacional de Parteras, es la ampliación de la fuerza laboral que puede atender a las mujeres en todas sus necesidades a lo largo de su vida sexual y reproductiva. Mediante la integración de parteras técnicas y profesionales, enfermeras obstetras y perinatales, así como de otro personal clínico existente calificado y preparado, es posible ampliar la gama de opciones en cualquier contexto y permitir el uso más eficiente de estos recursos humanos, beneficiando así tanto a los sistemas de salud como a las mujeres que atienden.

Los trabajos aquí resumidos destacan conceptos innovadores y análisis de experiencias que permiten la reflexión sobre estrategias que están a nuestro alcance para aumentar la calidad de atención a las mujeres, asegurando al mismo tiempo el respeto al ejercicio de sus derechos.

Definición de partería

“La atención calificada, con conocimientos y solidaria, proporcionada a mujeres durante el parto, a recién nacidos y a familias a lo largo de todo el continuo, en el periodo previo al embarazo, el embarazo, el nacimiento, el posparto y las primeras semanas de vida”.

(Renfrew M. et ál, 2014)



1 Renfrew M. et ál. (2014).

“Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care” (*Partería y calidad de la atención: hallazgos obtenidos de un nuevo marco fundamentado en evidencia para el cuidado de la madre y del recién nacido*). *The Lancet*, 384(9948): 1129-1145.

Éste es el primero de cuatro artículos publicados en la serie sobre partería de la revista *The Lancet* (2014), donde se presenta una definición estándar de dicha práctica y un marco para la atención materna y neonatal de calidad. Los autores utilizaron un enfoque de métodos mixtos para resumir estudios cualitativos sobre opiniones y experiencias de mujeres, prácticas basadas en evidencia, opiniones de expertos y estudios de caso para desarrollar y poner a prueba un marco para la atención materna y neonatal, a fin de describir las características clave que conforman la atención de calidad requerida por mujeres, recién nacidos y familias. El marco se estructura en torno a prácticas efectivas y de apoyo, la organización de la atención y la filosofía y los valores de los proveedores que trabajan en el sistema de salud y sus características. Posteriormente, los autores analizaron 461 revisiones sistemáticas de prácticas de parto, de las cuales identificaron 122 que consideraron eficaces y compatibles con su marco de calidad.

Los autores encontraron que 72 (59%) de las prácticas efectivas quedan dentro del alcance de la partería, de las cuales 62% subrayan la importancia de optimizar los procesos normales de reproducción y las primeras semanas de vida y proporcionar apoyo a las propias capacidades de las mujeres. Se encontró que 56 resultados pueden mejorarse mediante intervenciones de partería. Esos resultados incluyen la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, la disminución del uso de las intervenciones, la mejora de los resultados psicosociales y de salud pública y la mejora de los resultados organizativos. Los autores también descubrieron que los servicios de partería se asocian a mejores resultados y al uso eficiente de los recursos cuando los proporcionan parteras capacitadas, autorizadas y reglamentadas que trabajan en equipos interdisciplinarios y ofrecen atención integral en distintos escenarios comunitarios y clínicos.



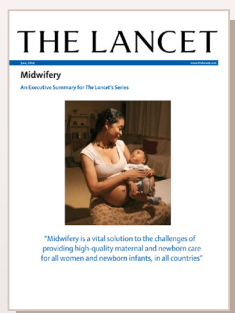
2 Homer C. et ál. (2014).

“The projected effect of scaling up midwifery” (*El efecto proyectado de ampliar la cobertura en partería*). *The Lancet*, 384(9948): 1146-1157.

En este artículo, el segundo de la serie sobre partería de *The Lancet*, se explora el impacto de ampliar las intervenciones de partería en 78 países, donde se registra la carga más elevada de mortalidad materna y neonatal en distintos

escenarios de cobertura de partería. Con el marco desarrollado por Renfrew *et ál*, los autores encontraron que la cobertura universal de dichas intervenciones (incluida la planificación familiar) podría evitar 83% de todas las muertes maternas, fetales y neonatales. Tan sólo con extender los servicios de planificación familiar, se podrían evitar 57% de todas esas muertes. Por otra parte, estudiaron el valor de incluir en la intervención de partería los servicios de especialistas y encontraron que el impacto resultaba menos significativo que el producido por los servicios de parteras.

Sin embargo, encontraron que es sumamente importante en mortalidad materna contar con médicos especializados ya que se pueden prevenir hasta el 20% de las muertes maternas con actividades que requieren de su participación, tales como las transfusiones sanguíneas y las cesáreas. Los autores subrayan la necesidad de que la partería se integre a un equipo que opere dentro de un sistema de salud funcional y habilitador que cuente con instalaciones de fácil acceso, bien equipadas y con médicos especialistas



3 Van Lerberghe W. *et ál*. (2014).
“Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality” (*Experiencias de países en torno al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la utilización de parteras en escenarios de elevada mortalidad materna*). *The Lancet*, 384(9949): 1215-1225.

El tercer artículo de la serie sobre partería de *The Lancet* presenta la experiencia de cuatro países de elevada mortalidad materna (Burkina Faso, Camboya, Indonesia y Marruecos) y los enfoques que utilizan para mejorar los resultados de salud maternos y neonatales. Los cuatro países lograron disminuir de manera sostenida sus tasas de muerte materna y neonatal mediante el uso de cuatro estrategias con características en común: 1) expandir la red de establecimientos de salud y con ello aumentar el número de nacimientos institucionales y la atención hospitalaria de complicaciones; 2) capacitar y emplear grandes grupos de parteras para cubrir la carga de trabajo; 3) disminuir los obstáculos económicos que impiden el acceso a los servicios, y 4) mejorar la calidad de la atención. Lo experimentado por los cuatro países confirma que cuando se fortalece consistentemente a los sistemas de salud, invertir en parteras resulta una estrategia eficaz para disminuir la mortalidad materna y neonatal.

Sin embargo, como señalan los autores, quedan por atender dos áreas débiles que generan preocupación: la falta de promoción de atención respetuosa y centrada en la mujer y la medicalización excesiva reflejada en el gran número de cesáreas practicadas.



- 4 **Hoope-Bender P. et al. (2014).** "Improvement of maternal and newborn health through midwifery" (*Mejoramiento de la salud materna y neonatal por medio de la partería*). *The Lancet*, 384: 1226-1235.

En el último artículo de la serie sobre partería de *The Lancet*, los autores analizan los desafíos inherentes a la implementación exitosa de los enfoques descritos en el resto de la serie. Entre los retos mencionados se encuentra el número creciente de embarazos y nacimientos en África, que podría sobrepasar a la actual fuerza laboral del sector salud, y la necesidad de mejorar la cobertura y la productividad al tiempo de concentrarse en servicios maternos y neonatales de calidad. Los autores proponen tres áreas prioritarias para la investigación: 1) seguir la trayectoria de la movilidad laboral y aumentar el reclutamiento, la utilización y la retención de personal, en particular en áreas que no cuentan con servicios suficientes; 2) entender la productividad de la fuerza laboral de parteras y los modelos de práctica, a la vez que se afina el parámetro de referencia de la OMS, publicado en 2005, de 175 nacimientos por partera por año para que resulte de mayor especificidad al contexto, y 3) desarrollar estrategias encaminadas a mitigar el problema de la comercialización de los nacimientos, mismo que podría llevar a la medicalización excesiva.

Los autores subrayan que, para ofrecer atención de alta calidad, los profesionales de la salud y los diseñadores de políticas necesitan crear un entorno en el cual las 72 prácticas eficaces de partería identificadas por Renfrew et al (ver el primer artículo de esta bibliografía) se puedan implementar consistentemente de acuerdo con valores centrados en la mujer y la filosofía planteada en el marco antes mencionado. El artículo concluye que la partería es una solución crucial a los desafíos encontrados en la provisión de atención materna y neonatal de alta calidad en todo el mundo y se considera vital para el logro de objetivos y metas de salud de la madre y del recién nacido.



- 5 **Miller S. et al. (2016).** "Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based respectful maternity care worldwide" (*Ir más allá de recibir muy poca atención, demasiado tarde o atención excesiva, demasiado pronto: una ruta hacia la atención materna respetuosa y basada en evidencia a nivel mundial*). *The Lancet*, 388: 2176-2192

En este artículo, los autores estudian los dos extremos de la atención a la salud materna asociados con mortalidad y morbilidad prevenibles

en mujeres embarazadas: muy poca atención, demasiado tarde (TLTL, por sus siglas en inglés) y atención excesiva, demasiado pronto (TMTS, por sus siglas en inglés).

El primer caso se refiere al acceso a la atención en momentos desfavorables, es decir, cuando el personal, los suministros y la infraestructura son inadecuados y las normas basadas en evidencia son débiles. El segundo extremo se refiere a la excesiva medicalización rutinaria de embarazos y nacimientos normales, situación que genera tasas demasiado elevadas de cesáreas e inducciones.

Dirigidos a garantizar la dignidad y el respeto y con ello, mejorar la calidad de los servicios de maternidad. Antes se le solía asociar a países de altos ingresos pero ahora se empieza a observar también en otros escenarios y con ello, el consiguiente aumento en nacimientos institucionales. Los autores revisaron sistemáticamente 51 lineamientos de servicios rutinarios de maternidad basados en evidencia y de alta calidad que contemplaban la posibilidad de evitar los extremos TLTL y TMTS; extrajeron 78 intervenciones clasificadas como “se recomienda su uso” y 37 intervenciones en la categoría de “se recomienda no usar”. Según los autores, la observancia de lineamientos basados en evidencia requiere la participación de mujeres y comunidades. Asimismo, recomiendan apoyar a países de bajos ingresos en el desarrollo e implementación de lineamientos específicos y basados en evidencia, a escala local, y advierten que las inconsistencias en los lineamientos pueden restarle valor a su utilización y generar confusiones. En última instancia, los autores sugieren que se implementen tanto lineamientos basados en evidencia como esfuerzos dirigidos a garantizar la dignidad y el respeto y con ello, mejorar la calidad de los servicios de maternidad.



6 Shaw D. et ál. (2016).

“Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centered care?” (Factores que promueven la atención materna en los países de ingresos altos. ¿Los sistemas de salud pueden respaldar una atención centrada en la mujer?). *The Lancet*, 388: 2282-95.

Los países de altos ingresos (HICs, por sus siglas en inglés) registran bajas tasas de mortalidad materna pero se observa gran variabilidad en sus enfoques filosóficos y modelos de atención. Este artículo revisa la evidencia que existe en torno a los principales factores que promueven la atención materna en 14 HIC. También sugiere temas clave que ilustran la situación de países donde la mortalidad materna va en disminución y se registran transiciones en los modelos de atención. Entre sus mensajes clave, los autores afirman que “los HIC con las tasas más bajas de intervención, los mejores resultados y los costos más bajos han integrado

un tipo de atención encabezado por parteras mediante el uso de distintos modelos, incluidos los servicios proporcionados por equipos de proveedores en hospitales de maternidad y en unidades de bajo riesgo conjuntamente con hospitales de maternidad que ofrecen una gama completa de atención, así como los servicios de partería independientes o prestados en el hogar”. Resultan en particular ilustrativos los estudios de caso de Estados Unidos y Suecia: Estados Unidos tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de los HIC (14/100,000) y su modelo de atención predominante incluye atención obstétrica por médicos en hospitales que incluye una estructura de pago de honorarios por servicio, uso extenso de intervenciones y un sistema de responsabilidad médica que contribuye al pago de elevadas primas por negligencia profesional y se asocia a un mayor uso de intervenciones. Por el contrario, el modelo de atención sueco consiste en atención materna financiada y asegurada con fondos públicos, proporcionada en hospitales y encabezada por una partera quien funge como la proveedora principal de atención de embarazos de bajo riesgo, que recurre a pocas intervenciones; la tasa de mortalidad materna en Suecia se encuentre entre las más bajas del mundo (4/100,000) y el costo promedio de un nacimiento es 2/3 menor que en Estados Unidos.



7 Walker D. et al. (2013).

“Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico” (¿Son iguales todos los prestadores de atención calificados que atienden partos? Ensayo controlado y aleatorizado en grupos sobre atención obstétrica brindada por personal no médico en clínicas de atención primaria en México). *Midwifery*, 29(10): 1199-1205.

Las autoras llevaron a cabo un ensayo grupal controlado y de asignación aleatoria para evaluar el impacto de incorporar una partera profesional o enfermera obstétrica a clínicas públicas rurales que ofrecen atención obstétrica básica en Oaxaca y Guerrero, estados de la República Mexicana que registran elevadas tasas de mortalidad materna. Se asignaron aleatoriamente ocho parteras profesionales y cuatro enfermeras obstétricas a 12 clínicas de intervención y 15 clínicas más se designaron como clínicas de control. Durante un periodo de 18 meses, se dio seguimiento a 2254 embarazos y se atendieron 461 partos en los establecimientos de salud participantes. Se evaluó la calidad de la atención mediante revisiones de expedientes médicos y entrevistas mensuales a las proveedoras, cuyas prácticas se analizaron con índices desarrollados a partir de los lineamientos de atención de la OMS para partos y nacimientos normales.

Las autoras encontraron que al incluir enfermeras obstétricas y parteras profesionales en el personal de las clínicas se proporcionó mejor atención y

mayor cobertura que en aquéllas que no contaron con personal obstétrico calificado no médico. Asimismo, recomendaron integrar un nuevo grupo de parteras profesionales y enfermeras obstétricas al sistema de salud pública.

8 Sandall J. et ál. (2016).

“Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)” (*Modelos de continuidad dirigidos por parteras comparados con otros modelos de atención para mujeres embarazadas [Revisión]*). Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas de 2016.



Se llevó a cabo una revisión sistemática Cochrane para comparar los modelos encabezados por parteras con otros modelos de atención, incluidos los dirigidos por médicos, para determinar si existían diferencias en morbilidad y mortalidad, eficacia y resultados psicosociales en mujeres embarazadas/parturientas y sus bebés. Se revisaron sistemáticamente 15 ensayos de gran calidad en los cuales participaron 17,674 mujeres; se excluyeron de la revisión los estudios que evaluaban mujeres con embarazo existente de alto riesgo o con complicaciones de salud. Se encontró que las mujeres que habían recibido atención desde el embarazo hasta el alumbramiento, conforme a los modelos dirigidos por parteras, tuvieron menos probabilidades de experimentar analgesia regional, amniotomía, episiotomía, parto vaginal instrumental, nacimiento prematuro antes de 37 semanas, pérdida fetal y muerte neonatal.

Las mujeres que recibieron atención conforme a dichos modelos tuvieron también más probabilidades de ser atendidas en el parto por una partera conocida, presentar partos vaginales espontáneos, no necesitar analgesia intraparto y una mayor duración, en promedio, del trabajo de parto. La mayoría de los estudios aquí incluidos reportó mayores tasas de satisfacción materna y ahorro de costos al usar modelos de atención con parteras. La revisión sugirió que las mujeres que recibieron atención con parteras, comparada con la de otros modelos, tuvieron menos probabilidades de requerir intervenciones y mayores probabilidades de sentirse satisfechas con los servicios recibidos.



Gynuity Health Projects © 2017
Este proyecto está financiado por la
Fundación John D. & Catherine T. MacArthur.

Para mayor información contactar a:

Mstra. Melanie Peña
mpena@gynuity.org

Mstro. Manuel Bousiéguez
mbousieguez@gynuity.org