



# HERRAMIENTAS PARA

Lineamientos para Tomadores de Decisiones y

# EL FORTALECIMIENTO

Planificadores para Fortalecer la Regulación, Acreditación y

# DE LA PARTERÍA

Educación de las Parteras Profesionales

# PROFESIONAL

2ª edición



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA  
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA  
CLAP/SMR**

Publicación Científica CLAP/SMR N° 1578



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA

# HERRAMIENTAS PARA EL

Lineamientos para Tomadores de Decisiones y

# FORTALECIMIENTO DE

Planificadores para Fortalecer la Regulación,

# LA PARTERÍA PROFESIONAL

Acreditación y Educación de las Parteras Profesionales

2ª Edición



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA  
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA  
CLAP/SMR**



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente:

Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1578). Edición revisada y aumentada por el CLAP/SMR.

- I. CLAP/SMR
- II. Título
- 1. Tocología
- 2. Servicios de Salud Reproductiva
- 3. Enfermería Obstétrica
- 4. Partería Profesional
- 5. Bienestar Materno

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

**Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant No. LAC-G-00-07-00001-00. Las opiniones expresadas corresponden al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva, Área Salud Familiar y Comunitaria de OPS, y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.**

# Indice

PRÓLOGO DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL .....	4
COORDINACIÓN TÉCNICA Y COLABORADORES DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL .....	6
HERRAMIENTA 1: Introducción.....	7
HERRAMIENTA 2: Legislación y reglamentación de la partería .....	33
HERRAMIENTA 3: Competencias para el ejercicio de la partería .....	59
HERRAMIENTA 4: Formulación de normas para mejorar el ejercicio de la partería y lograr un embarazo y un parto con menos riesgos .....	83
HERRAMIENTA 5: Elaboración de un programa de estudios de partería profesional para la maternidad segura .....	113
HERRAMIENTA 6: Elaboración de programas eficaces para la preparación de profesoras de parteras profesionales.....	183
HERRAMIENTA 7: Monitoreo y evaluación de la competencia continua de los proveedores de partería profesional .....	219
HERRAMIENTA 8: Supervisión de las parteras profesionales .....	317

# PRÓLOGO

## DE LA 2ª VERSIÓN EN ESPAÑOL

A partir de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas llevada a cabo en el año 2000, la comunidad internacional ha elevado a niveles sin precedentes su compromiso con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a través del apoyo a iniciativas internacionales, nacionales y locales, entre ellas, los esfuerzos hacia la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. Las tendencias en la reducción de la mortalidad revelan que los avances son lentos y que persisten las desigualdades en el acceso a la atención de salud materna y perinatal, y en la atención calificada del parto y el neonato.

De todos los ODM es precisamente el número cinco, destinado a mejorar la salud materna, el que se encuentra con más rezago en todas sus metas.

Las cuales son: Meta 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y Meta 5.B. Lograr, para el año 2015, al acceso universal a la salud reproductiva.

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería profesional surgió hace varios años, a partir del momento en que se reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia de personal de atención de salud con una amplia gama de competencias de partería (WHO, 1999).

Muchos estudios indican que el fortalecimiento de las competencias de partería es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas contribuyendo de esta manera al logro del ODM 5. Por lo tanto, la iniciativa de la OMS “Reducir los riesgos del embarazo” centra su propuesta, entre otras, en el fortalecimiento del sistema de salud para tener la certeza de que todas las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención del embarazo, parto y posparto de personal con competencias obstétricas y neonatales.

Esta colección de ocho documentos, conocidos en conjunto como Herramientas para el fortalecimiento de la partería, ofrece orientación a los gobiernos que se esfuerzan por cumplir con normas elevadas de calidad de la atención y buenos servicios de partería. Cada documento trata un elemento diferente que se debe fortalecer para tener un cuadro competente de parteras profesionales.

Este documento intenta actualizar y ampliar la primera edición de este documento que fuera distribuida en el 2006. Esto ha sido nuevamente posible gracias al esfuerzo y al empeño decidido del equipo de profesionales de la Iniciativa Regional de Reducción de Mortalidad Materna, de la Unidad/Centro Latino Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS (CLAP/SMR), en colaboración con la red de socios, entre ellos la Alianza Colaborativa para el Fortalecimiento de la Enfermería y Partería, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Este equipo convocó a consulta técnica a colegas parteras de la región. Se sometieron a consulta dos nuevos capítulos producidos por el equipo técnico de OMS en Ginebra a fin de asegurar su pertinencia a la práctica de la

partería en América Latina. Por esta razón el grupo de expertas decidió solo incorporar a esta nueva versión en español el capítulo “Supervisión de las parteras profesionales”.

En el manual se destaca la función imprescindible de las parteras profesionales en la promoción de la salud reproductiva y, en particular, en la reducción de las razones y tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales de alta prevalencia en muchos países de la Región.

Las herramientas contienen medidas para fortalecer los servicios de partería. Expertos en diversos campos han colaborado en su desarrollo, basándose en las lecciones aprendidas por los países que han establecido servicios de partería de calidad accesibles a todas las mujeres. Las directrices se pueden usar para establecer o examinar programas de partería conforme a las necesidades y prioridades de cada país, e incluyen los siguientes elementos de educación y ejercicio de la partería:

- Introducción.
- Legislación y reglamentación para hacer viable la maternidad segura.
- Normas para la elaboración de los programas de educación en partería.
- Competencias para el ejercicio de la partería.
- Pautas para el establecimiento de las normas para el ejercicio de la partería.
- Pautas para la creación de programas para la formación de profesores de partería.
- Pautas para el monitoreo y evaluación del desempeño de las competencias.
- Supervisión de las parteras profesionales

Estas ocho herramientas se presentan como instrumentos esenciales para apoyar a los países en el fortalecimiento de los servicios de partería, y para la provisión universal de una profesional capacitada en atender los partos como parte de su estrategia general para mejorar la salud reproductiva. De este modo se podrán reducir las razones y tasas altas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales, fortalecer la atención primaria y seguir sustentando el marco de colaboración y trabajo en equipo.

Se espera, con la amplia difusión de estas pautas, contribuir a fortalecer el ejercicio de la partería profesional y mejorar la atención de la salud de las mujeres, niños y familias, lo que sin duda alguna contribuirá a disminuir los índices de mortalidad y apoyará el avance de los países de la Región hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

**Dr. Ricardo H. Fescina**

Director de Centro/Coordinador de Proyecto  
Centro Latinoamericano de Perinatología  
y Desarrollo Humano/  
Salud de la Mujer y Reproductiva  
Área de Salud de la Familia y la Comunidad  
Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud

**Dra. Gina Tambini**

Gerente  
Área Salud de la Familia y la Comunidad  
Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud

# Coordinación

## TÉCNICA Y COLABORADORES

**La versión original en inglés** de la caja de herramientas es una compilación del trabajo realizado por muchos contribuyentes, un tanto numerosos para mencionarlos individualmente. Cada módulo en esta caja de herramientas fue desarrollado originalmente por un experto en la materia, y luego presentado para su minuciosa revisión, comentarios y observaciones por parte de expertos. Los insumos fueron recibidos de numerosos expertos internacionales en “partería” que trabajaban en los temas de la educación en “partería” y en práctica clínica, particularmente en entornos de escasos recursos. Parteras y otros expertos que trabajan en los campos de la política, legislación, investigación y evaluación, y el grupo de la OMS asociadas para la Reducción de los Riesgos del Embarazo y sus organizaciones aliadas (UNICEF, UNFPA, ACNM, JHPIEGO y otros) que también han contribuido a la realización de esta Caja de Herramientas. La versión definitiva de la misma representa la asociación colaborativa de la ICM y la OMS.

**La primera Edición en español** contó con el trabajo de las siguientes profesionales:

Lic. Alicia Cillo, Lic. Ulrica Rehnstrom, Lic. Marli Mamede, Lic. Hilda Bonilla, Lic. Ivelise Segovia, Lic. Ana Ayala González, Lic. Patricia Garay, Lic. Bernardita Baeza, Lic. Ma. Griselda, Ugalde Salazar, Lic. Ana Sofía de Abrego, Lic. Ma. Teresa Ayala, Lic. Edelma Fonseca, Lic. Brunilda Benitez Sanabria, Lic. Hilda Baca Neglia, Lic. Irene de la Torre, Lic. Ana Labandera, Lic. Maria Cristina Guevara, Dra. Virginia Camacho, Dra. Sandra Land, Lic. Rachel Kauffman, Obst. Gabriela Ammatuna, Dra. Marisa Matamala, Dra. Margareta Larsson.

**La presente edición (2ª) contó con la revisión de:**

Lic. Alicia Cillo, Lic. Marli Mamede Villela, Lic. Ivelise Segovia, Lic. Hilda Bonilla, Lic. Bernardita Baeza, Lic. Edelma Miranda, Lic. Hilda Baca Neglia, Lic. Ana Labandera, Dra. Sandra Land, Dr. Bremen De Mucio, Dr. Ricardo Fescina.

### **Agradecimientos**

Valoramos el tiempo y la dedicación de cada uno de los y las participantes en este proceso de preparación, adaptación y validación del manuscrito en sus diferentes etapas, así como la participación activa de las asociaciones profesionales de partería y enfermería, y de las universidades y escuelas de partería y enfermería de diferentes países de la Región de las Américas. De manera especial agradecemos a la Matrona Hilda Bonilla y su equipo de la Escuela de Obstetricia en la Universidad de Chile, quienes tuvieron a su cargo la revisión del documento tanto en aspectos técnicos específicos y formales de terminología. Así como a la Dra. Sandra Land por su rol articulador con las colegas de la Alianza.



# Indice

1	INTRODUCCIÓN .....	10
2	LOS CONCEPTOS DE LA MATERNIDAD SEGURA Y LA SALUD REPRODUCTIVA .....	11
3	LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER .....	14
4	LA FUNCIÓN DE LA PARTERA PROFESIONAL .....	16
5	EL COMPROMISO DE LAS PARTERAS PROFESIONALES CON LA INICIATIVA PARA UNA MATERNIDAD SEGURA .....	17
6	EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN EN PARTERÍA PARA MEJORAR SU EJERCICIO .....	18
7	EL FORTALECIMIENTO DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA. ....	20
8	LA ÉTICA Y EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA.....	21
9	EL FORTALECIMIENTO DEL APOORTE DE LAS PARTERAS PROFESIONALES A LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS .....	22
10	EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PARTERÍA: UNA CARPETA DE MATERIALES .....	23
	REFERENCIAS.....	27
	APÉNDICE 1. Marco para evaluar el análisis de la situación y determinar las necesidades de fortalecimiento de la partería en el país .....	28

## 1. INTRODUCCIÓN

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería surgió hace varios años, a partir del momento en que se reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia de personal de atención de salud capacitado en una amplia gama de aptitudes de partería (WHO, 1999). El interés internacional en la función de la partera profesional sigue siendo evidente en las estrategias mundiales para la salud de la mujer. De hecho, el fortalecimiento de la función y la participación de las parteras profesionales<sup>1</sup> es un componente central en el aporte especial de la OMS a la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, Reducir los Riesgos del Embarazo. Esta se lanzó en 2000, después de la Consulta Técnica de 10 años para examinar la iniciativa para una maternidad segura, en Colombo, Sri Lanka, en 1997. En dicha consulta mundial sin precedente se trabajó arduamente en examinar las intervenciones eficaces para obtener mejores resultados en el embarazo y el parto. La conclusión fue que sin proveedores de servicios sanitarios con determinadas aptitudes y competencias de partería, sobre todo las aptitudes para salvar vidas, no se pueden alcanzar las metas de la salud de la madre y el recién nacido (Starrs, 1998). Muchos estudios indican que el fortalecimiento de la capacidad en partería, es decir, prestar atención por personal capacitado durante el nacimiento a todas las madres, es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, en particular, y promover la salud reproductiva, en general. Por lo tanto, la iniciativa de la OMS, Reducir los riesgos del embarazo, se centra en el fortalecimiento del sistema de salud, para tener la certeza de que todas las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención de personal asistencial con aptitudes de partería para reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Los componentes fundamentales del enfoque estratégico para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, así como para promover la salud de la mujer desde el principio hasta el final de su vida reproductiva, son:

- La redefinición de la función de la partera profesional.
- La actualización de los programas educativos para atender las necesidades de la comunidad.
- El establecimiento de normas precisas para el ejercicio de la partería a fin de determinar las competencias esenciales que deben tener los profesionales clínicos y los educadores, así como para el sistema de salud que se necesita para apoyar el funcionamiento de una partera profesional.
- El establecimiento de un marco legislativo y normativo favorable al ejercicio de la partería profesional.

El alcance del ejercicio de la partería se describe en la definición de partera profesional que se emplea en el mundo desde 1972. Sin embargo, las responsabilidades tradicionales de la partera profesional han evolucionado con el transcurso del tiempo, y en la actualidad otros temas han cobrado más importancia, como la salud reproductiva, la orientación comunitaria y la educación. Por necesidad, la partera profesional también se ha convertido, en diferentes

1 *El término 'partera profesional' se utiliza en el presente documento para referirse a las personas que cumplen con la definición internacional de partera profesional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), de 1992. No obstante, cabe aclarar que puede ser que en los países se emplee un nombre o título distinto para esta persona.*

épocas y lugares, en gerente, investigadora, educadora y defensora de la causa, a veces incluso en una figura política en el campo de la salud de la mujer, capaz de evaluar una situación, detectar problemas y sus soluciones y asignar un orden de prelación a las intervenciones. La esfera de acción de la partera profesional se extiende más allá del embarazo y el nacimiento; por ejemplo, abarca la regulación de la fecundidad y la menopausia. Por consiguiente, dotadas con un conjunto tal de aptitudes, las parteras profesionales tienen posibilidades de satisfacer las necesidades de las mujeres, desde la lactancia hasta la menopausia, y prestar atención esencial al recién nacido y educación y asesoramiento básicos a los nuevos padres, además de fomentar las aptitudes para la crianza apropiada de los hijos a fin de que todos los lactantes comiencen sanos su vida.

Para ayudar a los Estados Miembros, expertos de diversos campos han preparado cinco directrices que contienen medidas para fortalecer los servicios de partería, y se han basado para ello en las lecciones aprendidas por países capaces de establecer servicios de partería de calidad accesibles a todas las mujeres. Las directrices se pueden usar para establecer o examinar programas de partería conforme a las necesidades y prioridades de un país. Abarcan los siguientes elementos de la educación y el ejercicio de la partería:

- Legislación y reglamentación para hacer viable la maternidad segura.
- Normas para la elaboración de los programas de educación en partería.
- Competencias para el ejercicio de la partería.
- Pautas para el establecimiento de las normas para el ejercicio de la partería.
- Pautas para la creación de programas para la formación de profesores de partería.

En el presente documento se tratan brevemente los conceptos de maternidad segura y salud reproductiva, así como la justificación de las cinco directrices sobre diversos componentes de fortalecimiento de la partería. Para tales efectos, se hace una reseña de la participación de las parteras profesionales en la Iniciativa para una Maternidad Segura desde su comienzo, en 1987, hasta la fecha.

## 2. LOS CONCEPTOS DE LA MATERNIDAD SEGURA Y LA SALUD REPRODUCTIVA

**2.1.** La Iniciativa Mundial sobre Maternidad Segura se lanzó en una conferencia internacional que tuvo lugar en Nairobi, Kenya, en 1987, con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Fondo de Población de Naciones Unidas para las Actividades de Población (UNFPA). Desde entonces, las parteras profesionales, junto con otros profesionales, organismos, gobiernos y comunidades, estuvieron luchando para alcanzar la meta de reducir las defunciones maternas a la mitad en el año 2000. Aunque el progreso no ha sido el esperado, se ha aprendido mucho acerca de la complejidad del problema y de las dificultades relacionadas con la ejecución de diversas estrategias para mejorar la salud reproductiva.

Una de las estrategias que se considera más eficaz es la provisión de personal suficiente en la comunidad, debidamente capacitado y competente y con aptitudes de partería (WHO, 2000, Ginebra, Tunes). Sin embargo, en casi todos los países hay escasez de parteras profesionales y las que ejercen, a menudo no trabajan en la comunidad, a pesar de

que es donde la mayor parte de las mujeres dan a luz. Además de la escasez de parteras profesionales, muchas de ellas no cuentan con la capacitación debida para cumplir con eficacia su función y responsabilidades, en particular con respecto a las aptitudes para salvar vidas, la orientación y la educación. El fortalecimiento de los servicios de partería, por consiguiente, se juzga esencial para la promoción de la maternidad segura, uno de los componentes centrales de la salud reproductiva.

Feuerstein (1993) ofrece la siguiente definición de maternidad segura:

**“Maternidad segura significa crear las circunstancias en las que una mujer pueda elegir si se va a embarazar y, en ese caso, garantizar que reciba atención para la prevención y el tratamiento de las complicaciones del embarazo, tenga acceso a la atención calificada durante el parto, tenga acceso a la atención obstétrica de emergencia, si la necesita, y a la atención después del nacimiento, a fin de evitar la muerte o las discapacidades por las complicaciones del embarazo y el parto.”**

Esta definición coincide con la de la OMS, la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD) y la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Mujer (1995) de las Naciones Unidas. Recalca que **toda mujer debe tener la opción del embarazo** y, si decide concebir y tener hijos, hay que velar porque reciba el control prenatal debido, la atención por personal capacitado durante el nacimiento y el puerperio y por alejarla de situaciones de peligro y discapacidad maternas (WHO, 1997).

**2.2.** La **salud reproductiva** es un concepto adoptado por la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994, y abarca la salud de la mujer desde el nacimiento hasta la menopausia.

La salud reproductiva se define como:

**“La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, en todo lo que se relaciona con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Por lo tanto, la salud reproductiva supone que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia lo hacen. Implícito en esta última condición está el derecho de los hombres y las mujeres a informarse de los métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, de su elección y acceso a ellos, así como a los métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no sean contra la ley, y el derecho a tener acceso a servicios asistenciales apropiados que promuevan la seguridad de las**

**mujeres durante el embarazo y el parto, y proporcionen a las parejas las mejores perspectivas de tener un hijo sano. De acuerdo con la definición anterior, la atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar mediante la prevención y solución de los problemas de salud reproductiva. También comprende la salud sexual, cuya finalidad es el perfeccionamiento de la vida y las relaciones personales y no solo la orientación y la atención relacionadas con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual”.**

(Programa de Acción de la CIPD, A/CONF.171/13, párrafo 7.2)

A la par de la evolución de este concepto de la salud reproductiva, la función de la partera profesional se ha ampliado más allá de los límites de la salud maternoinfantil y la planificación de la familia. Esto tiene que reflejarse en la educación y la capacitación de las parteras profesionales.

**2.3.** La maternidad segura es un componente central de la salud reproductiva y muchos países han comenzado actividades nacionales o locales para mejorar y ampliar los servicios de salud de las madres y los recién nacidos. Aunque ha habido una reducción insuficiente, hasta el momento, de las razones mundiales de mortalidad materna desde que se puso en marcha la Iniciativa para una Maternidad Segura, en 1987 y los países que se han comprometido son muchos, pero aún persisten varios países en la región que no contemplan la formación de recursos de partería profesional, o aquellos que teniéndolas no actualizan sus planes de formación, ni garantizan los espacios clínicos necesarios. Las mejoras en la salud de la madre y el recién nacido se han logrado, por lo general, cuando las parteras profesionales han tenido educación continua para perfeccionar sus aptitudes y prestar atención comunitaria, y cuando han habido planes de aseguramiento con acceso gratuito al parto y a la atención perinatal y sistemas eficaces implantados para apoyar los servicios de partería, que se aseguran de que haya enlaces y mecanismos eficaces para el envío de las mujeres y los recién nacidos con complicaciones a servicios de atención integral obstétrica y neonatal.

**2.4.** Con objeto de ayudar a los países a que elaboren estrategias eficaces para sus programas de maternidad segura, la OMS produjo el Módulo de la Madre y el Lactante (WHO, 1994a). Esta guía para implementar acciones destinadas a lograr una maternidad segura en los países, abarca los elementos esenciales de un programa para promover el embarazo y el parto con menos riesgos. El módulo sugiere que las personas más aptas para prestar atención tecnológicamente apropiada y económica a las mujeres durante sus vidas reproductivas son las que tienen aptitudes de partería y viven en la comunidad cerca de sus clientes, y que en general, son las parteras profesionales. Esta sigue siendo una recomendación vigente de la OMS, como se describe en la estrategia para Reducir los Riesgos del Embarazo (WHO, 2004). En comparación con 1994, en la actualidad son mucho más precisos los elementos del sistema de salud y las aptitudes centrales y capacidades indispensables para que las parteras profesionales puedan desempeñar una labor más eficaz. *Estos elementos se tratan en Making Pregnancy Safer: Critical Issues of Skilled Attendants: A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO* [Reducir los riesgos del embarazo: Cuestiones cruciales de las parteras profesionales capacitadas. Declaración conjunta de la OMS, la ICM y la FIGO (OMS/ICM/FIGO, 2004)].

**2.5.** Las “*aptitudes de partería*” reciben ese nombre ya que son las aptitudes que suelen tener las parteras profesionales que ejercen la profesión. Como profesión, la partería data del siglo XVII, cuando ciertos países europeos, por ejemplo, Suecia, Francia, Bélgica y Países Bajos, se dieron cuenta de que las matronas tradicionales necesitaban educación especializada, ayuda para mejorar sus aptitudes y supervisión apropiada. Otros países europeos —como el Reino Unido— a la larga emularon el ejemplo en el siglo XIX y a principios del siglo XX. Sin embargo, los orígenes de la tradición de la partería se fundamentan en los valores de muchos curanderos anteriores. El principio cardinal del ejercicio de la partería es la ética profesional, en la que las parteras profesionales basan todo lo que hacen y la manera como desempeñan su función en la sociedad. Lo fundamental de esta ética es la relación de las parteras profesionales con las mujeres (el significado literal de partera profesional es con-mujer), que por consenso general de la familia mundial de parteras profesionales se entiende como una alianza y una creencia en los procesos normales del embarazo y el parto. Las parteras profesionales creen que el embarazo y el parto son eventos del ciclo de vida normal, pero que, en algunos casos (la minoría), se pueden complicar y dar lugar a un evento que podría ser mortal.

Por consiguiente, las parteras profesionales basan su responsabilidad profesional y su función primaria en tomar medidas sistemáticas para asegurar el bienestar de la parturienta y su bebé. Las parteras profesionales creen que, para cumplir su misión, es preciso empoderar a la mujer a fin de fortalecer sus capacidades y aptitudes que le permitan tomar decisiones saludables para ella y su familia. Un valor central de la asistencia de partería es que las parteras profesionales tienen confianza, respeto y fe en las mujeres y sus capacidades en el parto (ICM, 2003, *Draft Statement on the Philosophy and Modelo of Midwifery Care*) [ICM, 2003, Proyecto de declaración sobre La filosofía y el modelo de asistencia de partería].

### 3. LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER

**3.1.** Las metas de la maternidad segura, al igual que el ejercicio de la partería como profesión, se relacionan con la condición de mujer. Esta relación surge no solo de que actualmente casi todas las parteras profesionales son mujeres (situación que se mantiene desde hace muchos años) sino, como se explicó anteriormente, de que la partería como arte y ciencia se ocupa de trabajar con las mujeres y cuidarlas durante el proceso de vida que repercute sobre todo en su salud, y que también tiene consecuencias en las vidas de los hombres y la sociedad completa. Lamentablemente, en muchos países hay factores políticos, sociales, culturales y religiosos que impiden a las mujeres tener libre acceso a los servicios sanitarios, aparte de que limitan las oportunidades educativas y económicas que mejorarían su nivel socioeconómico. La condición inferior de la mujer suele tener sus raíces en las tradiciones culturales y los dichos, como lo ilustra debidamente un poema que se encontró en el consultorio de una enfermera-partera profesional en Malawi, durante unas elecciones multipartidistas, en 1993:

*“Recé y canté,*

*Reí y lloré,*

*pero hasta ahora nunca tuve voz”*

En un simposio de maternidad segura patrocinado por ICM, que tuvo lugar en Entebbe, Uganda, en 1995, la primera

Vicepresidenta de Uganda, Dra. Speciosa Wandira Kazbwe, declaró:

*“Si nos olvidamos de las mujeres, nos olvidamos de la nación entera”.*

(Bennett y Thompson, 1996)

Esta afirmación es un reconocimiento de que las mujeres deben estar a la par de los hombres en las políticas que rigen una nación, en el desarrollo económico y en la evaluación de la fuerza laboral, hoy y en el futuro (WHO, 1997). Por desgracia, a pesar de años de trabajo para promover la equidad de género, hay demasiados países donde muy pocas mujeres gozan de esa condición o de oportunidades. La Dra. Kazbwe también insistió en que las parteras profesionales modernas asumieran la responsabilidad de participar en política, además de ser competentes desde el punto de vista profesional.

**3.2.** Además del acceso y el uso de servicios de salud para la madre y el recién nacido y los servicios de planificación de la familia, se necesitan estrategias para empoderar a las mujeres y el mejoramiento de su salud general. Mediante la educación y las oportunidades económicas también se pueden lograr otras metas:

- Mejorar sustancialmente la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres.
- Fortalecer el acceso de las mujeres a sus propios ingresos y al control de los mismos.
- Elevar la demanda de mejores servicios sanitarios, sobre todo de salud materna.
- Aumentar la utilización de los servicios sanitarios afines existentes, entre otros, de salud reproductiva y maternoinfantil.
- Habilitar a las mujeres para que reconozcan las complicaciones del embarazo, el parto y el periodo posnatal, y busquen atención inmediata, cuando la necesiten, a fin de reducir el riesgo de muerte.
- Potenciar el cuidado de las mujeres de sus recién nacidos.

Asimismo, se ha comprobado que las tasas de fecundidad son más bajas entre las mujeres con escolarización media o superior y que tienen acceso a los servicios de planificación de la familia de buena calidad. Estas mujeres suelen retrasar la edad en la que comienzan una vida sexual activa, se casan más tarde y se embarazan con menos frecuencia (Schulz, 1989). Los mensajes de educación sanitaria claros sobre temas como nutrición adecuada e higiene, así como el acceso oportuno a los servicios médicos preventivos y curativos mejorarían la salud general.

**3.3.** La aplicación de leyes sobre la mujer que promuevan la equidad de género también es indispensable para elevar la condición de la mujer en la sociedad. En la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, celebrada en Beijing, en 1995, se hizo hincapié en darle voz a la mujer y en potenciar su poder de decisión para que pueda tener control de su salud reproductiva. La participación de las mujeres —junto con otros miembros de la comunidad— en la planificación de los servicios sanitarios en sus localidades que satisfagan sus necesidades, ha demostrado su eficacia en un número creciente de países (Bender et al., 1995).

## 4. LA FUNCIÓN DE LA PARTERA PROFESIONAL

**4.1.** Se reconoce la función que desempeñan las parteras profesionales en casi todos los países donde prestan servicios sanitarios de primera línea durante el embarazo y el parto. Como proveedoras de dichos servicios, a menudo se las describe como el eje de la maternidad segura (Thompson, 1996), y como personas con una función y responsabilidades especiales de promoción de la salud reproductiva. La función de la partera profesional se describe con precisión en la definición citada, formulada por la ICM en 1972. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) aprobó esta definición en 1973, la que posteriormente adoptó la OMS. En 1990, la ICM formuló una enmienda, que ratificaron la FIGO y la OMS en 1991 y 1992, respectivamente.

La definición de *partera profesional* aceptada internacionalmente en la actualidad es:

**“Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería. Ella\* debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicar en hospitales, consultorios, centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio”.**

*\* El uso del femenino refleja el hecho de que en muchos países la partería es vista como exclusivamente abierta a las mujeres; sin embargo, en algunos países los varones están entrando en esta profesión y la definición se está actualizando para que el texto sea más neutral con respecto al género.*

### Nota

- 1 Se sugiere adoptar este enunciado como definición de “partera profesional”, y como visión y misión en los documentos que se elaboren en el ámbito académico profesional y gremial, en los diferentes países de LAC.
- 2 Se sugiere que, además de las competencias mencionadas, se incluyan otras de acuerdo al rol que ejerce la partera en los perfiles epidemiológicos de cada país. Por ejemplo incluir la etapa preconcepcional y ciclo vital de la mujer y su familia.

**4.2.** Para afrontar el desafío de prestar atención de calidad a las mujeres y sus recién nacidos, hay que mejorar la formación académica y educación inicial y continua de las parteras profesionales. Las mejoras que se han de lograr son:

- Competencias técnicas, incluidas las aptitudes que salvan vidas.
- Aptitudes de comunicación, educación en orientación y sanitaria para ayudar a la partera profesional a establecer buenas relaciones y a trabajar con la comunidad.
- Introducción a todos componentes del concepto de la salud reproductiva.
- Acceso al equipo, los suministros y los medicamentos que se tienen que administrar para prestar atención de calidad y manejar las afecciones en la mujer y el recién nacido que pueden causar la muerte.
- Educación continua regular para conservar y ampliar las aptitudes de partería y promover la responsabilización.
- Apoyo de los supervisores y evaluaciones de desempeño habituales y constructivas.

Además de su función clínica, las parteras profesionales deben ser políticamente astutas y capaces de adoptar medidas apropiadas y prudentes para promover la salud reproductiva y los derechos y el bienestar de las mujeres. La partera profesional también debe poder funcionar eficazmente como un miembro plenamente responsable en un equipo multidisciplinario, y entablar relaciones de trabajo colaborativas con otros miembros del equipo de servicios de maternidad, prestadores de asistencia sanitaria y trabajadores de la comunidad, como parteras profesionales tradicionales calificadas (capacitadas) y con experiencia.

**4.3.** Las condiciones políticas, culturales y socioeconómicas prevalentes repercuten de forma considerable en la prestación de servicios de partería. Cabe recordar que en la actualidad casi la mitad de las mujeres del mundo no cuentan con un prestador de asistencia capacitado para atender el parto. Las leyes, los criterios para la concesión de licencias y las políticas nacionales y locales deberían cambiarse para que las parteras profesionales puedan ampliar su función y sus responsabilidades a los campos que anteriormente eran del dominio de los médicos y personal de otra índole. Esto es esencial donde no hay personal médico disponible de inmediato para hacer frente a las emergencias. Sin atención inmediata y capacitada, las mujeres o sus recién nacidos —o ambos— morirán o tendrán problemas médicos a largo plazo. Las actitudes del personal médico, los políticos, el personal administrativo, otros colegas y la comunidad deberán cambiar a medida que se derriben las barreras profesionales para dar cabida a la función más amplia de las parteras profesionales.

## 5. EL COMPROMISO DE LAS PARTERAS PROFESIONALES CON LA INICIATIVA PARA UNA MATERNIDAD SEGURA

**5.1.** Inmediatamente después del lanzamiento de la Iniciativa para una Maternidad Segura, la ICM, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) patrocinaron un taller previo al congreso que se celebró en La Haya, Países Bajos, con objeto de movilizar a las parteras profesionales como prestadoras de asistencia sanitaria de primera línea para reducir la mortalidad materna y determinar las intervenciones esenciales necesarias para alcanzar esta meta. En ese taller se acordó que:

*“El carácter único de la posición de partera profesional proviene del hecho de que ha decidido prepararse para estar ‘con las mujeres’ en el evento más crucial de su vida. Aceptó, después de su formación y capacitación, la responsabilidad de cuidar a las mujeres a lo largo de sus años reproductivos y encargarse por cuenta propia de la promoción de la salud en las familias y en las comunidades. La maternidad segura, por lo tanto, es su único interés.” (Adaptado de Women’s Health and the Midwife. A Global Perspective, WHO, 1987).*

En el taller de 1987, las parteras profesionales prepararon una Declaración para la Acción, que fue posteriormente adoptada por el Consejo de la ICM. Las recomendaciones se pueden resumir como sigue:

- Mejorar la calidad y cantidad de parteras profesionales y profesores de partería.
- Educar a las parteras profesionales para que realicen investigaciones dirigidas a detectar problemas y mejorar los servicios a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.
- Promover las actividades en colaboración con todos los grupos profesionales y organizaciones interesadas para alcanzar la meta común de la maternidad segura.

La ICM celebra un congreso internacional cada tres años y, después de la introducción de la Iniciativa para una Maternidad Segura, se han celebrado talleres previos al congreso sobre diferentes elementos del fortalecimiento de la partería para promoverla.

**5.2.** En un intento más de movilizar a las parteras profesionales para promover la maternidad segura, la ICM planificó una serie de talleres subregionales. El primero tuvo lugar en Ghana, en enero de 1989, . Cabe señalar que Ghana fue luego uno de los primeros países en introducir en sus parteras profesionales la capacitación para salvar vidas.

## 6. EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN EN PARTERÍA PARA MEJORAR SU EJERCICIO

**6.1.** La necesidad de fortalecer la educación en partería para apoyar la maternidad segura se reconoció ampliamente y fue el foco de un taller previo a un congreso que tuvo lugar en Kobe, Japón, en 1990, nuevamente patrocinado por la ICM, la OMS y el UNICEF. El taller reconoció que:

- El número de parteras profesionales disponibles es insuficiente para apoyar el nivel primario y proporcionar las aptitudes esenciales necesarias que salvan vidas, y de esta forma lograr la meta de reducir la mortalidad materna en 50% en el próximo decenio.
- Actualmente las parteras profesionales no reciben educación adecuada de partería para proporcionar atención de salud reproductiva a las familias y las comunidades.
- Se precisa el apoyo nacional, regional e internacional para fortalecer el desarrollo de recursos humanos para la partería a fin de aliviar la grave escasez y la utilización inapropiada de las parteras profesionales plenamente capacitadas.

**6.2.** El taller recomendó que se fortaleciera el objetivo de lograr la meta de la maternidad segura en el próximo decenio mediante la educación en partería y los programas de salud maternoinfantil, debido a que este objetivo aún no se ha cumplido estas recomendaciones siguen vigentes. Algunas de ellas se relacionaron con el mejoramiento de la educación básica y continua de las parteras profesionales y su bienestar económico. Otras propuestas fueron que:

- Donde no existan, se establezcan órganos normativos destinados a las parteras profesionales, para que brinden su asesoramiento en asuntos de capacitación y códigos de conducta a fin de elaborar y mantener normas aceptables del ejercicio de la partería.
- Se elaboren protocolos de normas para el tratamiento de las condiciones obstétricas de emergencia de manera de dar protección legal a las parteras profesionales.
- Las parteras profesionales establezcan y participen en alianzas con grupos comunitarios para promover la maternidad segura.
- Se afiancen métodos para compartir y difundir la información.

**6.3.** Uno de los problemas principales en el fortalecimiento de la educación en partería es la escasez apremiante, y a menudo la calidad deficiente, de los profesores de partería. En muchos países estos profesores carecen de formación docente y tampoco han tenido suficiente experiencia clínica. Por lo tanto, no pueden enseñar eficazmente en el aula ni impartir conocimientos clínicos. En las zonas en las que no hay ningún profesor de partería, se pretende que otros profesionales sin el menor conocimiento especializado ni la experiencia clínica en partería y obstetricia formen a las parteras profesionales. Después del taller de Kobe, la OMS produjo cinco módulos de educación en partería para que los profesores pudieran enseñar de manera más eficaz las aptitudes necesarias para el tratamiento de las afecciones mortales (WHO, 1996). El primer módulo trata temas comunitarios y los otros cuatro cubren las causas principales de la muerte materna: hemorragia, eclampsia, trabajo de parto obstruido y sepsis puerperal. Recientemente se han producido un módulo de partería sobre el manejo del aborto incompleto; además, esos primeros módulos se han actualizado para ajustarlos a las prácticas óptimas, incorporar contenido adicional sobre el VIH/sida e incorporar, en el módulo del manejo del trabajo de parto obstruido, aptitudes para el alumbramiento con aparatos de extracción por vacío.

**6.4.** En 1992, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería para apoyar las estrategias de salud para todos. Luego se estableció un Grupo Consultivo Mundial (GAG), que ha formulado recomendaciones específicas para alcanzar las metas de la resolución (WHO, 1995). Una encuesta mundial para vigilar el progreso en el fortalecimiento de la enfermería y la partería reveló que 41% de los países han fortalecido el contenido de atención primaria en los programas de estudios para las parteras profesionales, con lo cual promueven la salud reproductiva en la comunidad. Otro resultado alentador fue que 43% de los países indicaron un aumento, desde 1992, del acceso a la educación universitaria **de las enfermeras y las parteras profesionales**.

Sin embargo, solo 28,4% de los países notificaron un aumento en los recursos financieros para la educación básica de enfermería y partería y 10% confirmaron que habían observado una disminución. Es difícil ver cómo los países pueden realizar mejoras reales en la educación en partería si no se cuenta con los recursos para apoyarlas.

## 7. EL FORTALECIMIENTO DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

**7.1.** El ejercicio correcto de la partería debe cimentarse en una base sólida de conocimientos y aptitudes y en la inculcación de una ética profesional firme, que abarque rasgos del comportamiento que muestren el respeto a las creencias y los deseos de las mujeres, y promuevan la alianza con ellas. La educación de calidad fomenta normas altas para el ejercicio de la profesión, en especial cuando se dispone de los servicios de apoyo, los suministros y el equipo necesarios. Sin embargo, el cumplimiento de las normas se tiene que vigilar, no solo por medio de los supervisores y los clientes, sino también de las mismas parteras profesionales, las cuales deben revisar y reflexionar sobre el ejercicio de la partería con regularidad, para aprender del análisis y la evaluación y detectar los aciertos y las deficiencias. A escala mundial, son pocas las parteras profesionales que han adquirido estas aptitudes.

**7.2.** Por consiguiente, el tema del siguiente taller copatrocinado por la ICM, la OMS y el UNICEF, previo al congreso de Vancouver, en 1993, fue **El ejercicio de la partería: medición, desarrollo y movilización de la atención de calidad**. En la reunión se llevó a cabo un foro donde las parteras profesionales de los países con una mortalidad materna inadmisiblemente alta pudieron expresarse e intercambiar ideas acerca de las formas de lograr una maternidad segura a través de la medición y la promoción de la calidad en la atención de la salud.

Los participantes declararon su convicción de que:

*“ El ejercicio de la partería de gran calidad, sujeta a evaluación sistemática y mejoramiento continuo, es una fuerza potente para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas”.*

Las recomendaciones del taller se dirigieron a los gobiernos y a las parteras profesionales en ejercicio, en la educación, la gestión o el nivel político. Es importante recalcar que, lamentablemente, en muchos países las parteras profesionales no participan en absoluto en la formulación de políticas, aunque es posible que sean las profesionales más afectadas. La mayor parte de las 18 recomendaciones se refirieron a temas básicos que deben abordarse para que se reduzca más el número de defunciones relacionadas con el parto. Varias de ellas apuntaban a:

- Maneras de darles a las parteras profesionales más libertad, apoyo y educación para que puedan evaluar y mejorar el ejercicio de su profesión y promover la maternidad segura.
- Eliminación de las restricciones innecesarias que impiden a las parteras profesionales el ejercicio de las aptitudes que salvan vidas en situaciones de urgencia.
- Participación de las parteras profesionales en la formulación de políticas.

- Participación de las parteras profesionales en los equipos multidisciplinares para que provean servicios de salud materno-infantil y planificación de la familia a nivel nacional, regional y local. Para ello deben utilizar la referencia y contrareferencia de partera a partera en los diferentes niveles de atención, con la finalidad de dar continuidad a la atención humanizada y a la coordinación de servicios.
- Incentivar el reconocimiento del rol y los premios para promover que las parteras profesionales se trasladen del hospital a las zonas de la comunidad que están más necesitadas de sus servicios.
- Motivar a las parteras profesionales para que se acerquen a las mujeres necesitadas donde la captación de servicios es deficiente, y que las incorporen con sus familias en la elaboración de programas asistenciales apropiados para una maternidad saludable, además de los ya existentes en los diferentes niveles (WHO, 1994b).

**7.3.** Otras estrategias para fortalecer el ejercicio de la partería son el examen y la redacción de leyes apropiadas, así como la adopción mundial generalizada de competencias para el ejercicio de la partería (ambas comprendidas en el presente conjunto de normas) y que reflejan una función más importante de las parteras profesionales en la salud reproductiva.

## 8. LA ÉTICA Y EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

**8.1.** Los profesionales suelen hacer explícitos sus valores fundamentales en un código de ética, que sirve de fuerza unificadora y guía. En 1993, el consejo de la ICM adoptó un Código Internacional de Ética para las Parteras Profesionales, una guía moral en educación, ejercicio profesional e investigación. Thompson y Thompson (1997) afirman:

*“El código de la ICM proporciona la orientación para adoptar decisiones, y para relacionarse con las mujeres, las familias, quienes formulan las políticas, otras parteras profesionales y otros profesionales de la salud”.*

Los valores fundamentales del código son:

- Seguridad para la mujer durante la prestación completa de la asistencia de partería.
- Autonomía para la mujer; mediante el suministro de información precisa y suficiente para que sea capaz de elegir entre las opciones acerca de su cuidado y aceptar la responsabilidad de sus elecciones.
- Cumplimiento de las obligaciones profesionales, entre ellas:
  - respetar la confidencialidad.
  - asumir la responsabilidad de sus propias acciones y decisiones.
  - fomentar el conocimiento y ejercicio de la partería mediante investigación.
  - proteger los derechos de la mujer.

**8.2.** El ejercicio de la partería plantea muchos dilemas éticos, especialmente cuando las parteras profesionales están tratando de prestar atención eficaz y humanitaria en situaciones difíciles y con recursos insuficientes. Todos los programas de educación para las parteras profesionales deben incluir la enseñanza de la ética en base a la exploración de muchos de los problemas que surgen en el ejercicio de la partería, no solo en situaciones emotivas, como el aborto y el VIH, sino también en la provisión de la atención normal. Aunque la inclusión de la ética en el programa de estudios de partería no cambiará las situaciones difíciles ni la falta de recursos, sí fortalece la capacidad de las parteras profesionales de tratar de resolver los desafíos en el ejercicio diario de su profesión. Por lo tanto, la ética ha sido parte de las normas para la elaboración de un programa de educación en partería, que también se encuentran en esta carpeta de material.

## 9. EL FORTALECIMIENTO DEL APOORTE DE LAS PARTERAS PROFESIONALES A LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

**9.1.** La participación de las parteras profesionales en la formulación de los planes para promover la maternidad segura en los países es esencial para que se comprometan plenamente con el mejoramiento de la salud reproductiva y, por consiguiente, salven vidas. En algunos países, las parteras profesionales participan en los comités de maternidad segura a nivel nacional o local, en donde pueden hacer un aporte a la formulación y la aplicación de las políticas para reducir los riesgos del embarazo. Es probable que su aporte se base en su conocimiento directo de los problemas, y eso puede influir en que se formulen propuestas realistas y aceptables para la comunidad. El tema del taller previo al congreso de Oslo, Noruega, en 1996, fue **La preparación de las parteras profesionales para afrontar el reto de la maternidad segura**. El objeto de este taller fue:

*“... fortalecer la capacidad de las parteras profesionales para desempeñar una función de liderazgo en la elaboración y ejecución de los planes nacionales de acción para la maternidad segura de sus países”. Este taller fue único, en el sentido de que la participación se limitó a un equipo pequeño de tres o cuatro parteras profesionales provenientes de 16 países.*

Se analizaron los siguientes temas:

- Maternidad segura y los organismos internacionales.
- Fortalecimiento de la partería mediante los procesos políticos.
- Aptitudes que salvan vidas: implicaciones para la educación en partería.
- Pensamiento crítico en la gestión de la partería.
- Reglamentación/legislación de la partería.

En lugar de recomendaciones, los equipos de país prepararon planes de acción para que las parteras profesionales pudieran hacer un aporte más eficaz al compromiso de una maternidad segura de su país (WHO, 1997b).

**9.2.** En 1997, el año del cincuentenario de la Organización Mundial de la Salud, la revista *La salud en el mundo* publicó un volumen sobre la función esencial de las parteras profesionales (WHO, 1997a). El Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS en esa época, escribió:

*“... las personas más aptas para prestar atención tecnológicamente apropiada y económica a las mujeres durante sus vidas reproductivas son las que tienen aptitudes de partería y viven en la comunidad, cerca de las personas a las que atienden. En casi todas partes estas personas son las parteras profesionales... En los sitios con baja mortalidad materna, una proporción alta de los nacimientos son asistidos por las parteras profesionales. Algunos estudios han revelado que la mortalidad materna y la discapacidad se han reducido hasta en dos tercios cuando se incorporan parteras profesionales bien capacitadas en la comunidad”.*

Estas afirmaciones destacan la necesidad de fortalecer los servicios de partería para lograr un cambio real en la salud reproductiva de las mujeres.

**9.3.** En 2000, las parteras profesionales dirigentes de las regiones se unieron a los representantes de otros organismos interesados en mejorar la salud de las madres y sus recién nacidos, en Ginebra y luego en Túnez, con el fin de debatir estrategias para aumentar el número y la calidad de las parteras profesionales calificadas dispuestas a prestar atención a las mujeres en el embarazo y el parto.

## 10. EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PARTERÍA: UNA CARPETA DE MATERIALES

**10.1.** La presente serie sobre fortalecimiento de la partería es el resultado lógico de los numerosos debates, talleres e iniciativas relacionados con el mejoramiento de los servicios de maternidad descritos anteriormente. De ellos se desprende que el fortalecimiento de los servicios de partería para mejorar la salud reproductiva y salvar las vidas de las mujeres y sus recién nacidos exige un enfoque holístico. Esta colección de seis documentos, conocidos en conjunto como *Carpeta de materiales para el fortalecimiento de la partería*, ofrece orientación a los gobiernos que se esfuerzan por cumplir con normas elevadas de calidad de la atención y buenos servicios de partería. Cada herramienta trata un elemento diferente que hay que fortalecer para tener un cuadro profesional competente de parteras profesionales, y varias listas de verificación o una guía sencilla rápida de evaluación, cuya finalidad es ayudar a las personas encargadas de fortalecer la partería, o a las que apenas están buscando ideas de donde partir. Al final de este documento de antecedentes hay un cuadro para evaluar el análisis de situación,

o un “examen de salud” de la partería (véase apéndice 1). Esta evaluación rápida la pueden hacer los líderes de partería en un grupo pequeño o individualmente, y luego reunirse a compartir ideas para llegar a un consenso. La evaluación tiene por objeto provocar la discusión sobre la elaboración de un programa para preparar un plan de acción para el fortalecimiento de la partería. El examen de salud ayudará a detectar rápidamente las esferas en las cuales hace falta trabajar. Los criterios que se usaron para esta evaluación rápida se han elaborado con los aportes de una amplia gama de líderes profesionales en materia de políticas, educación y gestión en países en desarrollo y desarrollados.

## 10.2. El fortalecimiento de la legislación y la reglamentación: Para hacer posible la maternidad segura

La legislación y la reglamentación eficaces en la partería son indispensables para el ejercicio de calidad y el mejoramiento de las normas de la atención. En este artículo se considera la finalidad de la legislación para las parteras profesionales, se exponen las condiciones que se exigen para establecer un órgano normativo y se describen sus funciones principales. También comprende un análisis de las leyes generales que influyen en la asistencia de la partería y la salud reproductiva, incluidas las leyes sobre la discriminación por razones de género. Por último, suministra información útil para las personas encargadas de la formulación o la reforma de las leyes que rigen la educación y el ejercicio de la partería.

## 10.3. Normas para elaboración de programas para la educación en partería

Actualmente prevalece la situación de la educación en partería que describieron Kwast y Bentley a comienzos de los años noventa. En muchos países en desarrollo, los programas de estudios de educación y capacitación en partería están obsoletos. Por lo tanto, las parteras profesionales no cuentan con la preparación adecuada para cumplir con su función y sus responsabilidades. La carpeta de materiales para el fortalecimiento de la partería ofrece un contexto para la educación y la capacitación en partería que se puede adaptar para satisfacer las necesidades de los países. El marco propone un programa de educación comunitario, ya que se ha comprobado que las parteras profesionales pueden lograr un cambio real en la salud reproductiva cuando trabajan en la comunidad. No obstante, se presentan algunas experiencias clínicas en los hospitales de referencia puesto que los estudiantes de partería deben aprender a reconocer y controlar las complicaciones eficazmente y ser competentes en las aptitudes que salvan vidas. El programa de estudios se basa en la solución de problemas, haciendo que los estudiantes participen en su propia instrucción durante el programa de formación y capacitación completo. El programa se presenta en forma de módulos, cada uno de los cuales es independiente. Esto significa que aunque la educación y la capacitación básica en la partería comprenden los ocho módulos, cada uno de ellos se puede adaptar a las necesidades de educación continua de las parteras profesionales que necesiten actualización, a través de las asociaciones, entidades académicas y ministerios de salud.

## 10.4. Definición de las competencias para el ejercicio de la partería

El documento sobre Competencias para el ejercicio de la partería se basa en la publicación Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería, producido por la ICM en 1999 y aprobado por el Consejo de la ICM en 2002. Las competencias se elaboraron después de una consulta mundial extensa y un estudio científico detallado de tipo Delfos, y dan respuesta a la pregunta “¿Qué es capaz de hacer una partera profesional?”. Las competencias deben satisfacer las necesidades de las mujeres y sus recién nacidos en el embarazo, el parto y el periodo posnatal, e incluir aptitudes críticas que salvan vidas. La lista exhaustiva es importante, ya que las competencias:

- Proporcionan la base para la elaboración de un programa para la educación en partería.
- Orientan con precisión a las parteras profesionales acerca de las competencias que deben poseer para cumplir con su función y sus responsabilidades.
- Orientan con precisión a los profesores acerca de los conocimientos y las aptitudes esenciales de partería.

- Suministran información a los gobiernos y encargados de adoptar decisiones (que a menudo necesitan comprender mejor lo que hacen exactamente las parteras profesionales y la forma de prepararlas para el ejercicio de la profesión).

### **10.5. La elaboración de normas para mejorar el ejercicio de la partería**

Las normas profesionales explícitas son un componente importante de un programa de garantía de calidad en atención de salud por las razones siguientes:

- Definen claramente las tareas fundamentales que las parteras profesionales deben llevar a cabo.
- Proporcionan a las parteras profesionales orientación sistemática en la prestación de la asistencia de partería de calidad.
- Informan a los clientes, las familias y las comunidades acerca del nivel de calidad que pueden esperar de la asistencia de partería.
- Informan a las instancias normativas y a los encargados de adoptar decisiones acerca del nivel de calidad que pueden esperar de la asistencia de partería.
- Ofrecen un punto de referencia bien definido para las prácticas óptimas.
- Promocionan las competencias y el alcance de la partería para que los clientes elijan optar por la partera profesional.

### **10.6. Normas para la elaboración de los programas para la educación de los profesores de partería**

Un número suficiente de profesores de partería debidamente capacitados, que también sean competentes en el ejercicio de la partería, es esencial para la educación y la capacitación eficaces de las parteras profesionales. Lamentablemente, hay una gran escasez de profesores debidamente formados en muchos países en desarrollo. Esto significa que los instructores de las parteras profesionales a menudo son otros profesionales, que no comprenden plenamente la partería, la filosofía de la profesión, o la cultura, la función y las responsabilidades de una partera profesional. Por lo tanto, no siempre se ha comprendido bien la partería; en algunos países las parteras profesionales graduadas no poseen el conjunto completo de competencias de partería o no se basan en la ética profesional. Las normas para la elaboración de los programas para la educación de los profesores de partería se encuentran en la presente colección de artículos. Las directrices abarcan la teoría avanzada de la partería y algo sobre el ejercicio de la profesión, así como estudios educativos y ejercicios didácticos supervisados. Esto obedece a que los profesores deben ser profesionales competentes y versados, además de estar capacitados para enseñar, evaluar y atender otros componentes de los estudios del programa. Se presentan varias opciones para la provisión de programas para la educación de los profesores de partería de manera que se considere su uso en los países, ya que puede haber problemas para obtener los recursos necesarios para entregar programas apropiados de educación.

La puesta en marcha de modelos especiales de capacitación de docentes de partería e interculturalidad tal como viene haciendo CLAP/SMR OPS, UNFPA y la Escuela de Matronas de la Universidad de Chile, puede ser un modelo a replicar.

## 11. CONCLUSIONES

En este documento de antecedentes se destaca la función imprescindible de las parteras profesionales en la promoción de la salud reproductiva y, en particular, en la reducción de las altas razones y tasas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal prevalentes en la mayor parte de los países en desarrollo.

Además, se hace una reseña del compromiso de las parteras profesionales con la Iniciativa para una maternidad segura y su participación en ella, y se destaca la necesidad de fortalecer la educación y el ejercicio de la partería, que se deben sustentar en el código de ética profesional. También hay que formar a las parteras profesionales para que tengan habilidades en política y puedan hacer un aporte eficaz a la formulación y la aplicación de estas a la salud reproductiva. Una vez calificadas, las parteras profesionales deben adherirse a las normas estrictas para el ejercicio de la profesión y trabajar en la comunidad, ya que se ha comprobado que allí es donde pueden lograr un cambio real en la salud reproductiva y con ellos, salvar vidas. La legislación y la reglamentación de las parteras profesionales deben facilitar —no restringir— el ejercicio de su profesión, sobre todo en situaciones que puedan ser mortales, cuando sea esencial proporcionar atención de urgencia sin dilación.

Estos artículos de la OMS se presentan como instrumentos para ayudar a los países en el fortalecimiento de los servicios de partería y la provisión universal de una partera profesional capacitada para atender los partos como parte de su estrategia general para mejorar la salud reproductiva y reducir las altas razones y tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales. Asimismo, para fortalecer la atención primaria y seguir sustentando el marco de colaboración y trabajo en equipo.

## REFERENCIAS

- Bender D, Santander A, Balderrama A et al. Transforming the process of service delivery to reduce maternal mortality in Cochabaamba, Bolivia. *Reproductive Health Matters* 1995; 6: 52–59.
- Bennett VR, Thompson JE. Vision with action –midwives and safe motherhood. Proceedings of the Safe Motherhood Symposium, Entebbe, Uganda, 13-14 de enero, 1995. Londres, ICM, 1995.
- Berer M, Ravindran TKS. *Safe Motherhood Initiatives: critical issues*. Oxford, RU, Blackwell Science Ltd, 1999.
- Boud DJ, Feletti G. *The Challenge of Problem-Based Learning*, Londres, Kogan Page, 1991.
- Feuerstein MT. *Turning the Tide: Safe Motherhood – A district action manual*. Londres, McMillan, 1993.
- International Confederation of Midwives. *Planning Action by Midwives*. Informe del taller Enhancing National Midwifery Services, celebrado en Accra, Ghana, 16-21 de enero, 1989. Londres, ICM, 1989.
- Kwast BE, Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery Education--Action for Safe Motherhood. *Midwifery*. 1991 Mar;7 (1):8-9.
- Nakajima, H. Midwives: guardians of the future. *World Health* No 2:3, marzo-abril 1997.
- Schulz TP. *Returns to Women's Education*. WPS001. Washington, DC, World Bank, Population and Human Resources Department, 1989.
- Starrs A. *The Safe Motherhood Action Agenda; report of a technical consultation*, Sri Lanka. Nueva York, FCI, 1999.
- Thompson A. *Safe Motherhood at risk? Midwifery* 1996; 12:159-164.
- Thompson JE, Thompson HO. *Ethics in Midwifery Practice*. *World Health*, No 2:14-15, marzo-abril 1997.
- World Health Organization. *Women's Health. A Global Perspective*. Report of a collaborative pre-congress workshop, The Hague, Netherlands. WHO/ MCH/ 87.5. Ginebra, OMS, 1987.
- World Health Organization. *Strengthening Nursing and Midwifery 1992-1995. A Progress Report*, WHO/ HRH/ NUR/ 95.2. Ginebra, OMS, 1995.
- WorldHealthOrganization. *MidwiferyPractice:Measuring,DevelopingandMobilizingQualityCare*. Reportofacollaborative WHO/ICM/UNICEF pre-congress workshop, Vancouver, Canada. WHO/FHE/ MSM/ 94.12. Ginebra, OMS, 1994b.
- World Health Organization. *Mother-Baby Package: implementing safe motherhood in countries*. WHO/FHE/MSM/94.11. Ginebra, OMS, 1994a.
- World Health Organization. *Midwifery education for safe motherhood. Material didáctico para profesores de partería, módulos 1-5*, WHO/FRH/MSM 96.1-5. Ginebra, OMS, 1996.
- World Health Organization. *World Health, Editorial: Midwives: guardians of the future*. 50th aniversario, No 2: 3, marzo-abril 1997.
- World Health Organization. *Strengthening Midwifery within Safe Motherhood*. Report of a collaborative ICM/WHO/ UNICEF pre-Congress workshop, Oslo, Norway, 23-26 mayo, 1996. WHO /RHT/ MS M/ 97.3. Ginebra, OMS, 1997b.
- World Health Organization. *Meeting report on Skilled Attendant at Birth*. Geneva and Tunisia. 2001
- World Health Organization *Making Pregnancy Safer: A Strategy for Improving Maternal and Newborn Health*. Ginebra, OMS, 2004.
- WHO/ICM/FIGO *Making Pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant*. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra, OMS, 2004.

**APÉNDICE 1/ Figura 1. Marco para evaluar el análisis de situación y determinar las necesidades de fortalecimiento de la partería en el país**

Estado actual	0	1	2	3
1. Hay reglas/leyes en vigor que proporcionan el marco/definición de la licencia para ejercer la partería	No hay ninguna ley sobre el derecho a ejercer la partería ni la licencia	Hay reglas, pero no están en vigor	Hay reglas en vigor que rigen la licencia para el ejercicio de la partería, pero no se consideran eficaces	Hay leyes en vigor que rigen la licencia para ejercer la partería según la definición de la parteraprofesional, y se considera que funcionan bien
2. El procedimiento para la renovación de licencias comprueba que se conserva la competencia	No hay ningún procedimiento de renovación de licencias en vigor	Hay un procedimiento de renovación de licencias en vigor, pero no se relaciona con la comprobación de la competencia para ejercer la partería	Se están elaborando/ ejecutando planes para asegurarse que los procedimientos de renovación de licencias se relacionen con el ejercicio competente de la partería	El procedimiento de renovación de licencias se relaciona con la competencia continua para ejercer la partería. Funciona y se considera eficaz
3. Los programas de estudio se basan en el criterio de la idoneidad para la finalidad <sup>2</sup>	No hay ninguna norma central establecida para el programa de estudios de partería	Hay normas centrales establecidas para el programa de estudios, pero no se ha comprobado que satisfagan las necesidades actuales del país	Revisadas de acuerdo con la idoneidad para la finalidad, pero en espera de aprobación o ejecución	Los programas de estudio se basan en actualizaciones idóneas para la finalidad, se aplican y se examinan con regularidad
4. Normas basadas en pruebas (BP) científicas establecidas para el ejercicio de la partería (basada en la competencia)	No se han establecido normas BP para la asistencia de partería	No se han elaborado normas BP, no se ha implantado ningún sistema para su actualización regular ni se han revisado	Se están elaborando/ aplicando actualmente normas BP	Hay normas BP en vigor que se revisan con regularidad, y se toman medidas basadas en los resultados de la revisión.

<sup>2</sup> La idoneidad para la finalidad significa que el programa de estudios está concebido para satisfacer las necesidades socio etnográficas y epidemiológicas del país, así como la competencia profesional (En Sherratt DR. 1998. *Improving women's health in South-east Asia: the need for midwifery trained personnel*)

Estado actual	0	1	2	3
5. Los campos clínicos evaluados proporcionan servicios de calidad (atención apoyada en normas basadas en pruebas científicas) y la experiencia clínica es apropiada para que los estudiantes adquieran competencia en partería	No se ha evaluado ningún campo clínico	Los campos clínicos no prestan atención de calidad o la experiencia necesaria para adquirir competencia para el ejercicio de la partería	Se evaluaron los campos clínicos y pueden proporcionar asistencia de partería de calidad, pero no proporcionan la experiencia total necesaria para adquirir competencia	Los campos clínicos prestan asistencia de partería de calidad y toda la experiencia necesaria para los estudiantes de partería, incluida la supervisión de apoyo a los estudiantes.
6. Hay normas realistas establecidas para el número de parteras profesionales que se necesitan en cada distrito	No hay ninguna norma de personal establecida para los distritos, o las normas para las parteras profesionales en general no se conocen a nivel distrital	Hay normas establecidas, pero el nivel actual está por debajo del que se necesita para satisfacer las necesidades de las mujeres y los recién nacidos en el distrito/país	Se está elaborando/ revisando un plan nacional para establecer las normas necesarias para satisfacer las necesidades actuales	Hay normas establecidas y se cumplen en todos los distritos con poca escasez de personal de partería en algunas zonas
7. Número de parteras profesionales en cargos clínicos (gobierno y sector privado) conocidos y ubicadas según el lugar real de trabajo	No se ha buscado la ubicación de las parteras profesionales recientemente en la práctica clínica, y no se sabe realmente el número total de parteras profesionales que trabajan en la actualidad (incluida la práctica privada)	Se conoce el número de parteras profesionales en la práctica clínica, pero hay muchos cargos vacantes y no hay ningún plan realista para subsanar la escasez	Se está averiguando la ubicación de las parteras profesionales en la práctica clínica, como parte del plan nacional para satisfacer las necesidades y subsanar la escasez	Se tiene un conocimiento realista de la ubicación de todas las parteras profesionales actualmente en ejercicio al nivel nacional y distrital, y se están adoptando medidas especiales para satisfacer las necesidades de los cargos vacantes difíciles de llenar a largo plazo
8. Hay suficientes profesores de partería enseñando, basándose en las normas para la razón estudiantes: profesor (RE: P)	No se ha convenido ninguna norma sobre la RE: P, o esta es poco realista	Se estableció una RE: P realista, pero no se aplica en casi ninguna zona	Actualmente, se está elaborando el plan basado en una RE: P realista para subsanar la escasez de profesores de partería	Se ha establecido una RE: P realista y se está cumpliendo en casi todos los lados

Estado actual	0	1	2	3
9. Existe un programa para la formación de profesores de partería para comprobar que sean competentes en todas las esferas del ejercicio y la educación, incluidas la enseñanza y el aprendizaje de estrategias	No se ha determinado el número de cargos de profesores de partería que se necesitan y /o ocupar un cargo de profesor de partería no depende de haber terminado con éxito un programa/ curso de profesor especialista	Muy pocos profesores de partería han recibido capacitación, y en la evaluación se les ha considerado competentes en las distintas esferas de la partería, así como para enseñar	Actualmente, se están elaborando/ ejecutando planes para asegurarse de que los profesores de partería, sin excepción, sean competentes como tales	Hay suficiente material para la E y A en el país, variado y de buena calidad, que se usa en todos los centros
10. Se dispone de recursos de calidad para la enseñanza y el aprendizaje (E y A)	No hay recursos para la E y A, o son escasos en todas las facultades/ instituciones educativas de parte	Se dispone de recursos para la E y A limitados en casi todos los centros, pero muchos son anticuados	Actualmente, hay planes de elaborar material para la E y A apropiado de calidad en el país para que dispongan de él todos los centros	Hay suficiente material para la E y A en el país, variado y de buena calidad, que se usa en todos los centros
11. La descripción de cargo de la partera profesional a todos los niveles de servicio (incluida la comunidad), se actualiza/ revisa con regularidad e incorpora la norma mínima para el ejercicio de la partería necesaria para ocupar el cargo	No hay ninguna descripción de cargo particular para la persona que proporciona asistencia de partería, o no se preparan descripciones de cargo para las posiciones en todos los niveles de servicio	Las descripciones de cargo de los cargos clínicos de partería son demasiado vagas, no especifican las necesidades particulares en partería o son anticuadas	Las descripciones de cargo se están examinado/ actualizado, para asegurarse de que incorporen los elementos particulares del ejercicio de la partería, incluidas las normas BP de la atención y el ejercicio de la profesión	Las descripciones de cargo especifican en particular las condiciones del ejercicio de la partería que hay que reunir, basándose en las normas BP para la prestación de la atención. Están en vigor en todos los niveles, incluida la comunidad

Estado actual	0	1	2	3
12. Está en ejecución el programa de capacitación en el servicio/ actualización	No se ha adoptado ninguna medida para la actualización o la capacitación en servicio y en el empleo	Se dispone de actualización limitada para algunos profesionales de partería en ciertas zonas	Se está elaborando un plan para poner en práctica el programa regular de actualización para todos los profesionales de partería en todas las zonas, incluidas las rurales de difícil acceso	Todos los profesionales de partería participan en el programa regular de actualización. Todos han recibido alguna actualización en los últimos tres años
13. Están en ejecución y funcionando debidamente los programas de educación continua (PEC) para el fortalecimiento de los servicios de partería, la capacidad de liderazgo de las parteras profesionales del país y el desarrollo profesional	Hay pocas o ninguna oportunidad de que los profesionales de la partería participen en PEC/programas de educación avanzados, y/o de investigación y desarrollo, gestión, política y liderazgo	Se están considerando oportunidades para que las parteras profesionales en ejercicio participen en PEC/ programas de educación avanzados de manera de incorporar la investigación y la gestión, aumentar su capacidad de planificar y prestar servicios de partería de buena calidad	Actualmente, se están haciendo/ejecutando planes para ampliar el acceso a los PEC/programas de educación avanzada, incluidas la gestión en partería y la investigación	Los profesionales de partería a todos los niveles del servicio tienen la oportunidad de participar plenamente en PEC/ programas de educación avanzados, incluidos los estudios de partería especializados de maestría y doctorado y programas de especialización en liderazgo, gestión, investigación y desarrollo y formulación de políticas

PUNTUACIÓN TOTAL:

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

0 = bajo

3 = más alto (Lo ideal es obtener una calificación de 3 en cada criterio)

## Indice

1. INTRODUCCIÓN .....	36
1.2. El reto .....	36
2. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL CAMINO LEGISLATIVO.....	38
2.1. El valor de la reglamentación y la legislación .....	38
2.2. Centrada en la usuaria .....	39
2.3. Se requiere algo más que legislación.....	39
3. REGLAMENTACIÓN, LEGISLACIÓN Y LA PARTERA PROFESIONAL .....	40
3.1. Finalidad de la reglamentación.....	40
3.2. Establecimiento de un órgano normativo para la partera profesional .....	42
4. NORMAS DE INGRESO Y ALCANCE DE LA PRÁCTICA .....	44
4.1 Instrumentos estatutarios .....	44
4.2 Preparación para el ejercicio profesional.....	44
4.3 Mantenimiento de las normas de calidad. ....	46
4.4. Faltas de ética profesional.....	46
4.5. Mantenimiento de un registro eficaz.....	47
5. LEGISLACIÓN GENERAL .....	47
5.1. Barreras a la legislación sobre la partería .....	47
5.2. La legislación y la condición de la mujer.....	47
5.3. La voluntad política es esencial .....	48
5.4. La legislación puede ser fundamental para salvar la vida de mujeres y recién nacidos. ....	49
6. LA FORMULACIÓN DE LA LEGISLACIÓN.....	49
6.1. Un marco para reformar o examinar la reglamentación o legislación.....	49
6.2. Elementos para incluir dentro de un buen sistema normativo .....	50
7. LOS ENCARGADOS DE LA REGLAMENTACIÓN .....	52
8. CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS .....	53
APÉNDICE 1. Realización de cambios en la legislación y la reglamentación sobre la partería con miras a la asistencia de partería sin riesgos .....	54
APÉNDICE 2. Ocho pasos para la reforma reglamentaria de la partería .....	57

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente documento busca esbozar las maneras de aprovechar la reglamentación profesional y la legislación para reforzar los esfuerzos nacionales tendientes a reducir las defunciones maternas y neonatales y mejorar la salud reproductiva. Si bien el artículo pone énfasis en la legislación que apoya el ejercicio de la partería, también debe considerarse para otros trabajadores de salud que laboran en el ámbito de la salud reproductiva, y en particular para quienes prestan asistencia durante el embarazo y el parto. Igualmente, debe considerarse la legislación sobre salud reproductiva en relación con otras leyes que influyen en la posición de la mujer en la sociedad en general.

Esta herramienta se ha preparado como parte de la serie Herramientas para el fortalecimiento de la partería, de Reducción de los riesgos del embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y trata los temas relacionados con la acreditación profesional, y el registro o la concesión de licencias para el ejercicio de la partería.

En los últimos años se han visto esfuerzos crecientes tanto por combatir las inaceptables cifras de mortalidad materna, como por hacer realidad el acceso a la salud reproductiva para todas las mujeres. Sin embargo, aún queda mucho por hacer (Starrs, 1998). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han dado a la salud materna un lugar central; además, para alcanzar los ODM para la salud infantil, será necesario prestar mayor atención a las necesidades del recién nacido. Por consiguiente, las altas metas acordadas por los jefes de los Estados Miembros en 2000 ofrecen la oportunidad para renovar y redoblar los esfuerzos por mejorar la salud de la madre y el recién nacido.

Para alcanzar las metas de maternidad segura y salvación de vidas de recién nacidos, es crucial contar con un marco legislativo actualizado para el fomento y mejoramiento de la salud reproductiva. **Tal marco permite a la partera profesional aprovechar las posibilidades que ofrece su función en el sentido de lograr mejoras notables en las razones y tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales, mediante una mejor calidad de la atención de salud a las madres y recién nacidos.** Esta idea no surge de una visión estrecha de proteccionismo profesional, sino de realidades históricas y del hecho de que la función de la partera profesional abarca un lapso en la vida de la mujer que encierra varios riesgos grandes a su salud y vida (Louden, 1992). En el siglo XXI “acompañar a la mujer” (que es la traducción literal de la palabra midwife, o “partera profesional”, en inglés) debe incluir estar con ella en cualquier circunstancia durante su embarazo y parto, especialmente cuando en el embarazo surgen complicaciones potencialmente mortales.

### 1.2. El reto

Las razones y tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales se ven afectadas por una gama amplia de factores, muchos de los cuales residen fuera del sector salud. Entre ellos se cuentan los recursos disponibles (tanto humanos como financieros), el actual estado económico y nutricional de la población, el grado de estabilidad política del país (así como el grado de consagración política a la salud materna y neonatal), la posición de la mujer en la sociedad, el nivel de alfabetismo femenino y muchos otros.

Parece lógico identificar primero el resultado deseado y en segundo lugar las barreras que se oponen al logro de dicho resultado, antes de considerar, en última instancia, el camino legislativo para producir el cambio y apoyar las buenas prácticas. En medio del contraste entre la reducción de la mortalidad materna en el mundo industrializado y en muchos países en desarrollo, destaca el reto que enfrentan aquellos países, donde el nivel de defunciones maternas es causa de inquietud.

En 1998 se publicó el documento Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the Netherlands (Averiguaciones confidenciales sobre defunciones maternas en los Países Bajos) para 1983-92. La razón de defunciones maternas fue 9,7 por 100.000 nacidos vivos. Las causas principales de muerte materna fueron: preclampsia, tromboembolia, hemorragia obstétrica y septicemia del aparato genital. En el 78% de esas defunciones hubo atención de calidad insuficiente, juzgada según un protocolo normal. También se presentaron resultados similares en la averiguación confidencial sobre defunciones maternas en el Reino Unido (2001) y en muchos otros países. Las averiguaciones confidenciales son un poderoso recurso para quienes buscan identificar los factores evitables representados por atención de calidad insuficiente en casos que dan lugar a la muerte materna. Se están buscando modalidades de investigación para aquellos eventos que actualmente no son evitables, por ejemplo la eclampsia fulminante.

Tales esfuerzos, en países donde la disponibilidad de recursos es relativamente fácil y donde se ha dado prelación a la salud materna desde hace muchos años, sirven de contraste con el progreso lento en muchos países en desarrollo. En Nepal, el ratio de mortalidad materna se estima en 1.500 por 100.000, y en Uganda es cerca de 1.200 por 100.000 (OMS, 1996). Tomando los países en desarrollo en su totalidad, el 75% de las defunciones maternas (378.250 por año) se deben a hemorragia, septicemia, aborto, eclampsia y trabajo de parto obstruido. La mayoría de estas defunciones son prevenibles. La tragedia de esta situación fue enunciada por la OMS: *“La mortalidad materna es un síntoma del descuido fundamental de la salud y el bienestar de la mujer. Las defunciones durante el embarazo y el parto son casi totalmente prevenibles con las aptitudes y tecnologías existentes; sin embargo, no existe el acceso universal a los servicios que proporcionarían atención de salud materna apropiada e intervenciones obstétricas seguras. Toda mujer debe tener acceso a atención prenatal, de parto y de posparto de gran calidad en el contexto de la atención primaria de salud, incluido el acceso a servicios de referencia para las complicaciones obstétricas”* (OMS, 1995).

Varios organismos de las Naciones Unidas, ONG internacionales y otros, han emprendido ya muchísimo trabajo en el lanzamiento de programas para mejorar la salud reproductiva en los países en desarrollo. No obstante, según cálculos recientes de la mala salud reproductiva, especialmente los cálculos recientes de la mortalidad materna (OMS, 2004), parece que solo se ha llegado a la superficie del problema.

En 1999, OMS destacó las claras discrepancias entre las cifras de mortalidad materna en los países en desarrollo y las del mundo industrializado (Brundtland, 1999). Se recalcó la naturaleza prevenible de estas defunciones, ya que generalmente bastan intervenciones sencillas y económicas para salvar a las mujeres. El escándalo de la razón de mortalidad actual en los países en desarrollo es que se sabe cuáles son las causas y cómo tratarlas (OMS, 1994), pero los servicios de salud aún no logran responder al reto de dar acceso universal a tales intervenciones sencillas.

A escala mundial los recursos están disponibles, pero con demasiada frecuencia falta la voluntad política para tomar medidas eficaces.

En relación a América Latina, en Bolivia, por ejemplo, la razón de mortalidad materna ajustada entre 1990-2005, fue de 290 por 100.000 nacidos vivos; en El Salvador es de 170 por 100.000 nacidos vivos; y en Ecuador de 110 por 100.000 nacidos vivos (Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008, PNUD).

En cambio en Chile, los logros sin duda se deben al exitoso modelo de atención primaria de la segunda mitad del siglo XX, enfocando en la atención maternoinfantil. Hay muchos otros factores que explican este éxito; como el notable empuje de grupos de médicos a lo largo de toda la primera mitad de siglo, y la expansión del papel de las matronas en los cuidados del embarazo y el parto. Pero, más allá de la institucionalidad, el factor central es la integración y el protagonismo de las mujeres en el control del embarazo, el control médico de los niños y las niñas, la prevención de enfermedades, las campañas de vacunación, la información sanitaria y otras medidas que contribuyeron a reducir las principales causas de muerte.

La atención del parto se ha modificado, pasando del empirismo al profesionalismo. Los registros señalan que la atención profesional del parto sufrió modificaciones en la primera mitad del siglo pasado. Es así como en el año 1925, el 12% de atención del parto era dado por matrona; un 75% por partera tradicional y un 5% por médico. El año 1955 se aumentaron a un 37% los partos atendidos por matronas y descendieron a un 12% los atendidos por parteras tradicionales; un 43% estuvo a cargo de auxiliares de enfermería y 9% por médicos. En el año 1960, el 60% de los partos ocurrían en hospital o clínica y la mortalidad materna se encontraba en 299 por 100.000 nacidos vivos. Actualmente (2007) se encuentra en 18,2 por 100.000, con una cobertura del 99.8% de partos institucionalizados y, de estos, el 70% es atendido por una matrona. Lo anterior de algún modo ha influido en el descenso de la mortalidad infantil desde 333 en 1900 a 8,3 por 1.000 recién nacidos vivos en 2007. (OPS IB 2009)

## 2. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL CAMINO LEGISLATIVO

### 2.1 El valor de la reglamentación y la legislación

Las causas de la mortalidad materna son muchas y variadas y en ellas influyen ciertos factores sociales generales que afectan a las personas de escasos recursos, particularmente a las mujeres. Los modos de abordar las causas deben ser lo bastante amplios para atacar tanto las causas de fondo, como las inmediatas. La razón por la cual muchos de los esfuerzos de los últimos 10 años han tenido escaso impacto en la mortalidad materna, pareciera ser que se debe a que no se ha llegado a las causas fundamentales (Starrs, 1998). Por ejemplo, el trabajo de parto obstruido bien puede ser la causa inmediata de muerte de una mujer, pero es más probable que la causa fundamental haya sido su juventud, o una pelvis deformada por efecto del raquitismo u otra manifestación de la desnutrición. Ahora bien, es indudablemente necesario mejorar la educación y el adiestramiento de las parteras profesionales en lo relacionado a identificar y manejar un parto obstruido. Sin embargo, ciertos cambios legislativos pertinentes, por ejemplo elevar la edad mínima legal para contraer matrimonio en un intento por elevar la edad de la mujer en su primer embarazo, tendrán un efecto positivo sobre la razón de mortalidad por esta causa.

Se pueden establecer leyes para rectificar injusticias, para facilitar ciertos comportamientos o para prohibirlos, ya sea para toda la población o para ciertos sectores. La legislación, según puede argumentarse, es esencialmente una herramienta con finalidades sociales. La finalidad social aquí está clara: debe asegurar una reducción notable y sostenida de la mortalidad y morbilidad maternas. Es importante también fijar un contexto a la legislación, considerando el panorama más global de la ley que opera en diferentes sociedades. Como declaran David y Brierley (1985):

“Cada sociedad política en el mundo tiene sus propias leyes, y a menudo sucede que dentro del mismo Estado coexisten varias leyes. Así, además de una ley federal puede haber leyes de los estados, provincias o distritos... Por otra parte, hay leyes de comunidades que no tienen organización política alguna, como el derecho canónico, la ley musulmana, la ley hindú y la ley judía. Está también el derecho internacional, que busca regir las relaciones entre estados y el comercio internacional en una escala mundial o regional”.

El punto aquí es que la ley de un país suele ser más que su legislación y se ve de modo distinto en cada país. Si tiene carácter religioso o sagrado, puede ser más difícil de cambiar, mientras en otros países puede tener carácter netamente secular. La ley de un país no refleja toda la amplitud de la autoridad que influye en la vida de su población.

## 2.2 Centrada en la usuaria

La legislación debe operar en general mediante la amenaza de sanciones, aunque estas suelen emplearse solo como último recurso. Por ejemplo, en muchos países es delito penal que alguien diferente de una partera profesional o un médico asista a una mujer en el parto, pero esta ley muy raramente se aplica. La mayoría de las personas se sirven de una partera profesional o un médico no por temor a sanciones penales, sino porque creen que les conviene hacerlo.

Puede redactarse una legislación para defender lo que más conviene a la mayoría de las personas, pero tal legislación también puede chocar con la resistencia de muchas de esas personas.

## 2.3 Se requiere algo más que legislación

A veces existe la legislación pero las posibilidades que encierra no siempre se traducen en realidad. Por ejemplo, varios países cuentan con el marco legislativo que permite que las parteras profesionales trabajen como profesionales autónomas prestando una amplia gama de servicios de partería desde la preconcepción hasta el final del periodo posnatal. Sin embargo, muy pocas parteras profesionales trabajan así. El cambio real ha sido poco, no obstante las diversas iniciativas en los últimos años que han mejorado las oportunidades de las parteras profesionales de trabajar más independientemente. De Vries (1996) compara la situación en ciertos estados en los EE. UU., donde las parteras profesionales “empíricas” educadas tienen libertad legislativa para practicar en forma autónoma, con aquella en Los Países Bajos, donde hay una base legislativa similar para el ejercicio de la partería. Aunque la legislación en ambos países les permite a las parteras profesionales practicar en forma autónoma, el sistema de seguro en ciertos estados de los EE.UU. conspira contra el ejercicio de su profesión. En los Países Bajos, en tanto, el sistema de seguros funciona de tal modo que apoya la función central de las parteras profesionales en la prestación de servicios de maternidad. En otras palabras, la legislación es una condición necesaria para el ejercicio autónomo de la partería, pero no es suficiente, ya que tal ejercicio puede verse obstaculizado por factores no legislativos.

Es necesario hacer abogacía para lograr decisiones y voluntad política de los gobernantes, pero principalmente para

que tomen conciencia de la necesidad de impulsar la salud de la mujer y el niño.

Aun así, el fundamento esencial para el desarrollo eficaz de los servicios de salud es una legislación apropiada. Como afirma Roemer (1992):

*“Los gobiernos en todo el mundo han respaldado el concepto de salud para todos y han adoptado muchas estrategias para ponerlo en práctica, pero en varias esferas la legislación que pudiera dirigir los servicios de salud hacia esta meta, o bien está ausente, o es inapropiada, anticuada, o demasiado débil para proporcionar el impulso necesario para reorientar la asistencia sanitaria...”*

La legislación en relación con el ejercicio de la partería solo puede considerarse en el contexto de una legislación asociada que repercuta sobre la salud reproductiva. En la publicación *Achieving Health for All (Lograr salud para todos)* (OMS, 1995), se declaró:

*“La buena salud reproductiva para todos solo se logrará mediante un método que coloque a las personas, no los problemas ni las intervenciones, en el primer plano de la acción”.*

La próxima sección se centra en la legislación que sustenta un buen ejercicio de la partería, y en el sentido más amplio, es necesaria para hacer más segura la maternidad.

## 3. REGLAMENTACIÓN, LEGISLACIÓN Y LA PARTERA PROFESIONAL

### 3.1 Finalidad de la reglamentación

Al examinar cualquier legislación para la maternidad segura o para el ejercicio de la partería, es esencial definir su finalidad o intención. En teoría, la finalidad aquí está clara: producir una reducción significativa y sostenida de la mortalidad y la morbilidad maternas e infantiles. Para hacerlo, los proveedores de asistencia sanitaria, específicamente las parteras profesionales, necesitan un marco legal y normativo claro que les permita practicar las intervenciones esenciales que salvan vidas y promueven la salud. Entre estas se incluyen aptitudes salvadoras de vidas, así como toda la gama de competencias que caben dentro del alcance del ejercicio de la partera profesional (véase Competencias para el ejercicio de la partería). Estas competencias son necesarias para que ella pueda prestar asistencia de alta calidad a las mujeres en edad de procrear y sus recién nacidos.

En la práctica, si bien la ley busca principalmente proteger a la usuaria y mantener las normas para el ejercicio profesional, a veces resulta innecesariamente restrictiva. Por varias razones, los proveedores de asistencia sanitaria que no son médicos suelen estar impedidos para realizar procedimientos sencillos como establecer una flebotomía, practicar una episiotomía, prescribir anticonceptivos o antibióticos, o administrar ciertos medicamentos, aunque tales intervenciones sean cruciales y puedan salvar vidas.

Los datos provenientes de muchos estudios de evaluación materna demuestran claramente que la gran mayoría de las defunciones relacionadas con el embarazo y parto son evitables, pero se requiere la presencia de una persona capacitada para prestar asistencia de calidad, lo cual debe incluir licencia para realizar ciertas intervenciones de vida o muerte. Vale la pena examinar la “definición de partera profesional” internacionalmente aceptada, la cual indica qué aptitudes debe tener la partera profesional para cumplir esta definición y considera qué aptitudes entre las necesarias pueden incluirse dentro de las que suelen estar restringidas a los médicos.

Una fuerza laboral de parteras profesionales dotadas de los conocimientos y las aptitudes esbozadas en esta definición podría tener una notable repercusión sobre la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. La aplicación de tales conocimientos y aptitudes a las causas principales específicas de defunción materna (hemorragia, sépsis, trabajo de parto obstruido, eclampsia y aborto) podría reducir notablemente las defunciones por estas causas. Sin embargo, esto solo funcionará una vez implantado el marco legislativo necesario que disponga una fuerza laboral de parteras profesionales adiestradas, apoyadas por un sistema eficaz de reglamentación profesional.

Affara y Madden-Styles (1993) definen la reglamentación profesional como “...*Los medios por los cuales se introducen orden, constancia y control en una profesión y su ejercicio*”. Las razones para crear un mecanismo reglamentario, capaz de cumplir con una o más de las siguientes tareas, son las siguientes:

- Proteger al público contra las prácticas peligrosas.
- Asegurar la calidad de los servicios.
- Informar al público de los servicios que pueden esperar a fin de que puedan elegir.
- Fomentar el desarrollo de la profesión.
- Conferir responsabilización, identidad y categoría a la partera profesional.
- Promover el bienestar socioeconómico de las parteras profesionales.

## LEGISLACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE LA PARTERÍA PROFESIONAL

**Declaración de postura y política** (adaptado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo de 1999).

- La Confederación Internacional de Matronas cree que debe haber una legislación adecuada sobre el trabajo de las matronas en todos los países.
- La legislación que se aplica a la práctica de las matronas debe:
  - Garantizar que la profesión esté dirigida por matronas.
  - Apoyar a la matrona que en diversos entornos usa sus conocimientos y técnicas para salvar vidas, especialmente en lugares donde no hay acceso a apoyo médico.
  - Respaldo la aplicación de una formación continuada.
  - Exigir una renovación periódica y regular de los registros.
  - Adoptar una “definición de matrona” apropiada para su país y que esté dentro de la legislación.
  - Reconocer que todas las mujeres tienen derecho a ser atendidas por una matrona competente.
  - Permitir que la matrona desarrolle su trabajo por derecho propio.
  - Fomentar la revisión y el análisis regular, a cargo de las propias matronas, de los resultados perinatales, maternos y del recién nacido, dentro del proceso legislativo.
  - Identificar la importancia de la regulación de matronas y legislación para matronas, que fomente y aumente su trabajo para mejorar la salud materna, infantil y pública.
  - Suministrar un conjunto regulador gobernado por matronas cuyo objetivo es proteger los derechos de la paciente.
  - Conseguir una revisión periódica de la legislación para comprobar que continúa siendo adecuada y no anticuada mientras sigue avanzando la formación, la práctica de la matronería y los servicios.
  - Fomentar el uso de evaluación y análisis de resultados perinatales, maternos e infantiles dentro del proceso de análisis legislativo.
  - Proporcionar programas de formación intermedios en relación con la adopción de una legislación nueva que exija de las matronas un grado de competencia superior.

### 3.2 Establecimiento de un órgano normativo para la partera profesional

Las funciones principales de un sistema normativo profesional son:

- 1 Fijar las normas de ingreso a la profesión.
- 2 Asegurar el mantenimiento de las normas.
- 3 Proporcionar un mecanismo para tratar la falta de ética profesional.
- 4 Mantener un registro eficaz de quienes son los habilitados para ejercer.
- 5 Fortalecer la formación de colegios profesionales y asociaciones gremiales.

Para establecer un mecanismo de reglamentación para lograr lo anterior, el primer requisito es una legislación que establezca un órgano normativo para las parteras profesionales y defina su formación, composición y funciones

principales. En muchos países esto precisará una **legislación primaria**, o una ley del Parlamento (o del órgano nacional equivalente facultado para establecer legislación/leyes nacionales) que establezca el órgano normativo, a menudo conocido como Consejo de Partera Profesional o de Enfermería y Partería, aunque a veces puede ser un consejo conjunto de profesionales de la asistencia sanitaria destinados a supervisar la reglamentación y la concesión de licencias a todos los proveedores de salud.

El contenido de la legislación primaria debe tener en cuenta que tramitar o enmendar este tipo de legislación puede ser un proceso largo y costoso. Por consiguiente, a menudo resulta mejor tener una legislación de autorización general planteada con la mayor amplitud posible. Esto significa que, aparte de su contenido amplio, también autoriza la promulgación de legislación derivada, ya que a veces esta es más fácil de enmendar o revisar.

La legislación derivada también se denomina legislación delegada. A menudo adopta la forma de un “instrumento estatutario” y puede llevar el nombre de regla, reglamento, orden u otro. Toda legislación derivada o subordinada debe ajustarse a los límites explícitos o implícitos establecidos en la ley de autorización. Si estos límites se exceden, la validez del instrumento puede impugnarse en los tribunales y puede declararse “ultra vires”, lo que significa que se ha extralimitado.

La preparación de la legislación tanto primaria como derivada es una tarea compleja y exige aptitudes legales especializadas. Como se indicó antes, un órgano normativo se establece mediante legislación primaria. La legislación derivada aporta los detalles de cómo el órgano normativo logrará su finalidad. La definición internacional de partera profesional sirve de fundamento sobre el cual pueden estructurarse otros aspectos de la legislación, la prestación de servicios y la enseñanza según las necesidades de la población de un determinado país.

Es esencial que las parteras profesionales participen en el examen de la legislación y los reglamentos actuales, y en la consideración de caminos nuevos. Peters (1997) lo subrayó al declarar:

*“Pocos planificadores de atención de salud intentan examinar el programa sanitario de una nación sin incluir a los médicos en el proceso. En cambio, en muchos países parece que no se incluye automáticamente a los profesionales de la partería en la formulación de planes nacionales de acción para la maternidad segura, aunque las parteras profesionales son quienes deberán ejecutar el plan, en colaboración con los obstetras”.*

Bennion (1980) ha identificado varios principios que se deben tener presentes al preparar legislación. Entre ellos se incluyen el requisito de:

- legitimidad procesal
- inteligibilidad
- aceptabilidad
- eficacia legal
- certidumbre
- compatibilidad legal

Actualmente se está probando sobre el terreno un marco de referencia preparado dentro de la OMS para evaluar reglamentos y leyes de un país con relación a la prestación y el acceso equitativo a la atención de salud materna y neonatal de calidad.

## 4. NORMAS DE INGRESO Y ALCANCE DE LA PRÁCTICA

### 4.1 Instrumentos estatutarios

Como se indica en la sección anterior, la legislación a menudo adopta la forma de instrumentos estatutarios, reglas y reglamentos y como tal incluye, por ejemplo, los requisitos para el programa de educación y adiestramiento para una profesión. Allí donde se acepta la definición internacional de partera profesional, se desprende que el programa de enseñanza, adiestramiento y capacitación para ese país debe preparar a la partera profesional con las competencias necesarias para desempeñar la gama amplia de funciones allí indicadas a fin de convertirse en partera profesional registrada o legalmente autorizada. Los requisitos de ingreso, así como el contenido y estructura de los programas de educación en partería, deben reflejar las necesidades actuales de la población y también preparar a la partera profesional para afrontar nuevos retos en el futuro. Este es un asunto cuya definición incumbe al órgano normativo conjuntamente con otros grupos e individuos pertinentes, incluidos los que controlan los recursos y los consumidores del servicio. El órgano normativo es responsable de la idoneidad para el ejercicio profesional de los registrados, y por consiguiente debe asegurar que en los programas de enseñanza y adiestramiento se conceda tanta importancia a la práctica como a la teoría. Para que el proceso normativo sea eficaz y satisfaga las necesidades de la población, puede ser necesario estipular un periodo de práctica en zonas rurales antes del registro (para más información sobre el ingreso a programas de enseñanza de la partería, véanse también las Directrices para los programas de enseñanza en partería dentro de estas herramientas). La formación debe estar regulada por órganos acreditados de la calidad de la enseñanza de acuerdo a la realidad de cada país.

### 4.2 Preparación para el ejercicio profesional

Como ya se ha dicho, el programa de enseñanza y adiestramiento se determinará según el alcance o amplitud propuesta para la práctica de la partera profesional. Este es un tema importante, en el cual vale la pena ahondar. Es imprescindible prestar atenta consideración al alcance del ejercicio de la partera profesional a fin de asegurar que sus conocimientos y aptitudes sigan respondiendo a las necesidades de las madres, los bebés, sus familias y la comunidad local. La legislación debe definir el alcance del ejercicio profesional de manera habilitadora, en lugar de restrictiva.

Sin embargo, otros factores —como la disponibilidad de personal médico— también influirán en el alcance del ejercicio de una partera profesional. En la mayoría de países industrializados, por ejemplo, la partera profesional se ha visto limitada por muchos años a prestar asistencia a mujeres embarazadas con trabajo de parto y puerperio normales. Generalmente, se le ha exigido a la partera profesional que recurra a la ayuda de un médico matriculado si algo se aleja de lo normal. Tal limitación no sería práctica en muchos países en desarrollo donde hay una grave escasez de personal médico, ni en países con poblaciones rurales dispersas donde el personal médico, por razones legítimas y económicas, ejerce principalmente en los establecimientos ubicados en centros densamente poblados.

En tales países, el alcance del ejercicio de la partería debe permitir que la partera profesional preste asistencia eficaz no solo a mujeres que pasan por un embarazo y parto normales, sino también a aquellas que sufren complicaciones, muchas de las cuales son potencialmente mortales (OMS, 2004a; OMS, 2004b). Es esencial, por consiguiente, establecer apropiadamente los límites del alcance del ejercicio de una partera profesional.

Los documentos sobre el alcance del ejercicio profesional suelen trazar límites, no solo entre lo que pueden hacer legisladores, sino también entre lo que pueden hacer los miembros de las diferentes profesiones. En muchos países, por ejemplo, el alcance del ejercicio para médicos es muy amplio, a la vez que puede ser muy estrecho para las llamadas profesiones paramédicas. Esto puede dar lugar a situaciones ilógicas. Finocchio et al., (1995) abogan por la eliminación de tales barreras a fin de liberar la plena competencia de los profesionales de la salud. La situación actual facilita demasiado las “guerras territoriales” y las “batallas fronterizas” y no puede ser conveniente para el público. Los autores sostienen que el adiestramiento, los exámenes y la reglamentación de los profesionales de la salud permiten que diferentes profesiones presten los mismos servicios cuando se ha demostrado la competencia basada en conocimientos, adiestramiento, experiencia y aptitudes.

En el caso de la partera profesional que se enfrenta a las causas principales de mortalidad y morbilidad, ¿Cuál debe el alcance de su ejercicio profesional? ¿Qué gama de conocimientos y aptitudes necesita tener? Una profesora experimentada de partera profesional en África Occidental plantea en términos generales su visión de las necesidades educativas de la partera profesional en el futuro:

*“El programa de estudios debe ser uno que estimule a la partera profesional a adquirir los conocimientos y las aptitudes que la harán competente para cumplir sus múltiples responsabilidades en la asistencia a las madres, los bebés y las familias. Estos deben incluir específicamente las aptitudes que salvan vidas y que le permitan llevar a cabo ciertas funciones obstétricas esenciales en los entornos rurales”.*

—(Betts, 1996).

Lo anterior hace eco de las afirmaciones repetidas que se oyeron durante varios talleres colaborativos precongreso de Maternidad segura de la OMS/ICM/UNICEF, las cuales recalcan la urgencia de permitir que las parteras profesionales ejerzan toda la gama de sus competencias esenciales dentro en un marco legal propicio.

El Módulo para la Madre y el Lactante (OMS, 1994), así como muchos de sus documentos producidos por la nueva iniciativa Reducir los riesgos del embarazo, en particular el titulado Reducir los riesgos del embarazo: La función crucial del ayudante capacitado. Una afirmación conjunta de la OMS, la ICM y FIGO (OMS, 2004a), que contiene directrices claras sobre muchas de las aptitudes y sobre la profundidad y amplitud del conocimiento necesario para que la partera profesional pueda funcionar eficazmente para reducir la actual razón de defunción materna. Es importantísimo asegurar que no haya barreras legislativas que impidan a las parteras profesionales lograr tal nivel de práctica profesional eficaz. La OMS ha comisionado una serie de Módulos de educación para los profesores de partería profesional sobre las causas principales y manejo de estados que con demasiada frecuencia conducen a la muerte materna si no se tratan eficazmente. La legislación debe permitir que las parteras profesionales presten esta

asistencia y tratamiento vitales. Si, por ejemplo, la legislación impide que alguien distinto de un médico administre inyecciones o infusiones intravenosas, la partera profesional no podría tratar eficazmente una hemorragia en el posparto tal como se plantea en las directrices para el ejercicio profesional eficaz (véase *Managing complications in pregnancy and childbirth: a practical guide for midwives and doctors —Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto: una guía práctica para parteras profesionales y médicos* (WHO, 2000). Y la hemorragia es la principal causa de mortalidad materna, representando el 25% de las defunciones maternas en los países en desarrollo.

La Escuela de Matronas de la Universidad de Chile en colaboración con el CLAP/SMR de la OPS, han publicado una guía de formación curricular en partería diseñada para modelos de preparación de profesionales en 3 y/o 5 años, la cual se encuentra disponible en [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org).

### 4.3 Mantenimiento de las normas de calidad

Aunque la partera profesional sea idónea para ejercer en el momento del registro, es importantísimo que conserve y desarrolle sus conocimientos y aptitudes durante todo el ejercicio de su profesión. Esto suele presentar un grave problema en países donde no hay ningún desarrollo profesional continuado y constante para las parteras profesionales. No es raro encontrar una partera profesional en ejercicio que no haya recibido ninguna educación continua desde que la calificaron, lo cual pudo ser muchos años atrás. Para mantener las normas de calidad, la partera profesional necesita oportunidades adecuadas para ejercer a fin de: a) conservar las aptitudes clínicas necesarias, en particular las que usa rara vez, como la reanimación cardiopulmonar, b) actualizar sus conocimientos y aprender aptitudes nuevas, c) reflexionar periódicamente sobre el ejercicio clínico y aprender de su experiencia y d) comprender y practicar la responsabilización ante sus usuarias y sus administradores o empleadores.

La supervisión del ejercicio profesional ayuda a mantener las normas. Se ha convertido en práctica profesional común en los países desarrollados que todos los profesionales, incluidas las parteras profesionales y las enfermeras, tienen que presentar constancia de su desarrollo profesional continuado (educación) para permanecer en el registro profesional. Quizá sea difícil evaluar la eficacia del desarrollo profesional continuado, pero al convertirlo en requisito legal se recalca la importancia que el gobierno le da.

Además del desarrollo profesional continuado como requisito legal y como requisito previo para la renovación periódica de licencias, el factor más determinante en el mantenimiento de las normas es quizá el énfasis en la responsabilización profesional personal. Para ayudar a los profesionales, es usual que periódicamente el órgano normativo profesional ofrezca orientación escrita sobre temas importantes, como son el registro y el alcance del ejercicio profesional.

### 4.4 Falta de ética profesional

La legislación primaria debe permitir la creación de un mecanismo para retirar del registro profesional a los profesionales que se encuentran culpables de faltas a la ética. En el Reino Unido, el órgano normativo define “faltas éticas” como la “conducta indigna de una enfermera, partera profesional o visitante médico”. En la práctica, el proceso de retiro es mucho más estricto de lo que indica esta definición. Para que pueda establecerse un dictamen de falta de ética es preciso cumplir el criterio probatorio penal, o que no quede lugar a dudas. Lo que constituye falta de ética será diferente de un país a otro, pero agredir o robar a una usuaria, o la negligencia excesiva al prestar asistencia,

probablemente serían ejemplos de conductas consideradas en todo el mundo como justificación para el retiro del registro profesional.

Una consideración importante para la legislación en este ámbito es que no conviene al público retirar a un profesional del registro profesional, por ejemplo por agredir a una usuaria, si luego queda libre para ejercer con pacientes en calidad de profesional no registrado. Para ser eficaz, la legislación debe prohibir que tales personas trabajen con usuarias en cualquier forma.

#### **4.5 Mantenimiento de un registro eficaz**

Hay varios beneficios que surgen del mantenimiento de un registro eficaz. Ahora bien, para ser eficaz, este requiere actualización periódica y ser accesible a quienes busquen contratar una partera profesional; en primer lugar, proporciona un sistema para evaluar el número de parteras profesionales registradas, por consiguiente, puede ser útil en la planificación de fuerza laboral. En muchas profesiones la renovación periódica del registro, por ejemplo, una vez al año, ha sido práctica establecida desde hace mucho tiempo; en segundo lugar, el mantenimiento de un registro eficaz proporciona un mecanismo para asegurar que la partera profesional haya cumplido con todos los requisitos de desarrollo profesional continuado, especificados por el órgano normativo.

La disponibilidad creciente de la tecnología de la información hace posible determinar el número de parteras profesionales que trabajan en cada zona de un país o región, y esta información puede usarse de varias maneras. Podría equipararse (aunque someramente) con las necesidades de la población, por ejemplo el número de nacimientos y defunciones. Esto, sin embargo, solo sería posible si la ley exige el registro de todos los nacimientos y las defunciones.

## **5. LEGISLACIÓN GENERAL**

### **5.1 Barreras a la legislación sobre la partería**

Una legislación que sirva de fundamento para el buen ejercicio de la partería no existe por sí sola; es igualmente necesario examinar la otra legislación pertinente, aquella que dice relación con la prescripción y administración de medicamentos para salvar vidas, los que deben ser revisados periódicamente para identificar barreras al ejercicio eficaz de la partería. Con demasiada frecuencia la legislación específica para el buen ejercicio de la partería se ve obstaculizada por la legislación general que crea barreras legales a su puesta en práctica, como por ejemplo cuando se restringe a los farmacéuticos y médicos la facultad de prescribir y administrar medicamentos. Roemer, 1992; Storey et al., 1988; y Affara Madden Styles, 1993, ofrecen directrices para ayudar con este proceso. Además, el trabajo del Centro para Leyes y Políticas sobre la Reproducción (1995) proporciona un marco ya probado para identificar no solo las barreras estrictamente legales, sino también las que pueden emanar de políticas y mandatos formales del gobierno.

### **5.2 La legislación y la condición de la mujer**

Una manera de abordar el problema es considerar las causas principales de la mortalidad y morbilidad maternas y relacionarlas con la legislación necesaria para erradicarlas o reducirlas. Ahora bien, hay temas adicionales para

considerar, y uno de ellos es la condición de la mujer en los países en desarrollo. La prevalencia de la mortalidad y morbilidad maternas es sintomática a una falta de derechos humanos básicos para las mujeres. Tomasevski (1993) expone de modo excelente los orígenes y los problemas persistentes que surgen de la discriminación por razón de género. Sostiene que el adelanto de la mujer es imposible mientras no se reconozca y proteja plenamente la igualdad de sus derechos.

La ley, según Tomasevski, puede ser un obstáculo a la igualdad de derechos de las mujeres cuando legaliza la discriminación. Por tanto, impugnar la ley suele convertirse en el punto de máxima prioridad dentro la acción nacional. Tomasevski detalla varios atropellos a los derechos humanos de las mujeres, pero mira con optimismo las diversas declaraciones que “garantizan” su igualdad de derechos.

Lamentablemente, aunque la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) afirmó explícitamente la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y aunque todos los miembros de las Naciones Unidas están legalmente obligados a trabajar por la realización total de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, aún queda mucho por hacer para alcanzar esta meta. En reconocimiento de este hecho, las Naciones Unidas han indicado varias prioridades para la acción en su publicación *Women: Challenges to the year 2000* (La mujer: retos para el año 2000). Entre ellas se encuentra la concientización de hombres y mujeres en materia de los derechos de la mujer bajo las convenciones internacionales y las leyes nacionales. Estos incluyen establecer una edad mínima legal para el matrimonio, asegurar el consentimiento de ambas partes y establecer y garantizar el derecho de la mujer de comprar, vender y tener propiedad y otros recursos de manera independiente. Las organizaciones que trabajan en derechos humanos y de la mujer han iniciado programas para promover estos temas en varios países, entre ellos India, Sri Lanka, Ghana y Chile. El progreso en las iniciativas para una maternidad segura puede mejorarse al colaborar con estos grupos.

### 5.3 La voluntad política es esencial

Como se indicó anteriormente, el mayor obstáculo al progreso en la salud reproductiva es la ausencia de voluntad política. Aunque los derechos de la mujer están protegidos en virtud del derecho internacional, solo los gobiernos pueden emprender medidas directas para impedir la discriminación contra la mujer. Sin embargo, aunque hubiese la voluntad política de producir cambios radicales en la legislación específica para la atención de la salud reproductiva, no se tendría éxito sin la aceptación por parte de la masa popular. En los países en desarrollo, el esposo y la suegra de una mujer a menudo tienen la mayor influencia sobre su vida. De manera análoga, no puede sobreestimarse la importancia de respetar los antecedentes culturales, religiosos y espirituales de una mujer. Muchas defunciones ocurren porque los familiares de la mujer han pedido consejo a un hechicero o curandero tradicional antes de llevarla a un proveedor de salud, y cuando lo hacen a menudo es demasiado tarde. De poco sirve una estrategia legislativa que busca facultar a las mujeres para que mejoren su salud cuando otros toman todas las decisiones por ellas. La producción de cambios legislativos en la atención de salud reproductiva solo puede tener éxito si se logra reconocer las fuentes de poder que influyen en la salud de la mujer a todos los niveles, y persuadirlas de la necesidad y conveniencia del cambio.

Varios países han omitido el género al indicar los tipos de discriminación prohibidos (Tomasevski, 1993). Por tanto, queda mucho por hacer antes de que las mujeres tengan igualdad de derechos con los hombres, incluido el acceso igualitario a la educación, a los derechos de propiedad y a la integridad física.

#### 5.4 La legislación puede ser fundamental para salvar la vida de mujeres y recién nacidos

Una pregunta frecuente es ¿Qué repercusión tendría tal legislación sobre las causas principales de mortalidad y morbilidad maternas? La respuesta sencilla es que puede tener una repercusión enorme. Por ejemplo, la legislación general encaminada a elevar el nivel educativo general y a asegurar que las mujeres tengan acceso a la enseñanza, las facultaría para aprender cuáles son sus derechos bajo el derecho internacional y les permitiría leer publicaciones de promoción sanitaria. La elevación de la edad mínima para el matrimonio reduciría el número de veces que una mujer puede quedar embarazada y, por consiguiente, los riesgos asociados con muchos embarazos. El aborto peligroso que conduce a la hemorragia y la septicemia es otra causa de muerte que solo puede atacarse por la vía legislativa, facilitando el acceso a la planificación familiar. La Organización Mundial de la Salud calcula que el aborto peligroso causa 75.000 defunciones maternas cada año. En el Congreso del Mundo de FIGO de 1991 se dijo: “Donde quiera que haya hombres y mujeres, habrá embarazo; y donde quiera que haya embarazo, habrá aborto”. (Khama Rogo, 1996).

Posteriormente, en 1994, el mismo conferenciante ahondó en el tema del aborto diciendo:

*“Si se quiere influir en la reducción de la mortalidad materna y si se está comprometido con los objetivos de la maternidad segura, el aborto es el área de trabajo más importante porque es prevenible y se puede lograr un cambio. –(Khama Rogo, 1996).*

Los temas tratados, y considerando además tópicos como la violencia, son apenas algunos ejemplos de las áreas donde la legislación general podría tener una repercusión positiva sobre la salud de la mujer en los países en desarrollo, ayudando así a reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal.

## 6. LA FORMULACIÓN DE LA LEGISLACIÓN

### 6.1 Un marco para reformar o examinar la reglamentación o legislación

Storey et al., (1988) produjeron directrices para ayudar a quienes tengan que ver con la formulación o reforma de la legislación que rige la enseñanza y práctica de la enfermería, directrices que también pueden ser útiles para quienes formulen reglamentos relativos a las parteras profesionales. Se exponen los estadios en el proceso de lograr cambios legislativos, junto con directrices para identificar las limitaciones legales al ejercicio profesional. Estas directrices se podrían adaptar fácilmente para uso de la partera profesional (véase apéndice 1). Los cinco estadios son:

- 1 **Fijar las metas y los principios de la legislación y reglamentación en materia profesional:** incluye diez principios que representan los requisitos esenciales que los mecanismos de legislación y reglamentación propuestos deben procurar cumplir.

2. **Identificar las limitaciones legales:** incluye una lista de verificación para examinar las actuales leyes y los reglamentos, así como sugerencias sobre cómo puede emprenderse el examen.
3. **Elaborar la estrategia para desarrollar conceptos para el cambio en los reglamentos y la legislación:** modos como deben considerarse los cambios de reglamentos/ legislación.
4. **Lograr el cambio:** incluye consejos sobre el ejercicio de presión política, la importancia de tratar con los adversarios de las propuestas y cómo aprovechar los medios de comunicación para promover las ideas de cambio.
5. **Vigilancia y evaluación:** recalca la necesidad de asegurar que realmente se ejecuten los cambios acordados y que estos traigan los resultados deseados.

Roemer (1992) también ha producido directrices para ayudar en el desarrollo de una legislación encaminada a promover la atención primaria de salud y la salud para todos. La legislación se considera aquí no desde la perspectiva de la enseñanza y práctica de la partería, sino desde la perspectiva más amplia de los recursos humanos en general. Como afirma Roemer:

*“Mediante cambios en la legislación se puede ayudar a que se cuente con personal lo bastante numeroso y del tipo necesario, que tenga un adiestramiento apropiado, que se distribuya equitativamente según la necesidad, y que tenga una vigilancia adecuada sobre su costo y función. Tal personal es el fundamento para el funcionamiento eficaz de los sistemas nacionales de salud y la prestación de atención de salud a sus poblaciones”.*

Las directrices de Roemer consisten en un marco indicativo de cómo hacer el cambio legislativo necesario una vez examinados los recursos humanos para la salud en cualquier país. Se abarcan áreas como la planificación, la enseñanza, el ejercicio profesional, la administración, la investigación y el desarrollo. Se incluye un cuestionario para el examen de la legislación sobre los recursos humanos para la salud.

Otros autores, como Affara y Madden Styles (1993), Finocchio et al., (1995) y el Centro para Leyes y Políticas de Reproducción (1995) también ofrecen directrices para lograr cambios y vigilar su eficacia (véase apéndice 2, Affra y Madden Styles: Ocho pasos en la reforma reglamentaria). Todas estas normas, combinadas con otras iniciativas pertinentes de la OMS y la ICM relativas a la atención de salud reproductiva, podrían servir como fundamento sólido para lograr un marco legislativo y normativo eficiente y centrado en la familia para las parteras profesionales y demás trabajadores de salud interesados en la atención de salud reproductiva. En último término, tal legislación y reglamentación deben conducir a una mejor salud reproductiva para todos.

## 6.2 Elementos para incluir dentro de un buen sistema normativo

Affara y Madden Styles (1993) ofrecen una lista útil de elementos esenciales que deben formar parte de todo sistema de reglamentación para que este sea eficaz. Aunque se refieren específicamente a un sistema normativo para la

enfermería, podría elaborarse una lista similar para la reglamentación de la partería basada en aquella lista. Los elementos que deben incluirse en un buen sistema normativo para la partería serían:

- Finalidad del sistema normativo (por ejemplo, legalizar o reglamentar a las personas o las prácticas, o ambos).
- Especificación de la composición y constitución del órgano normativo/ administrativo, incluidos:
  - sus poderes
  - sus funciones
  - criterios para la afiliación de este órgano (composición)
  - método de nombramiento de miembros
  - periodos de mandato de los miembros (cuánto tiempo pueden ocupar el cargo, cuántos periodos, etc.)
  - funcionarios del órgano
  - estructura del órgano normativo
  - responsabilidad de rendición de cuentas (a quién deben rendirse, con qué frecuencia, qué forma de rendición de cuentas se exige)
- Definir lo que debe reglamentarse con respecto a los profesionales que trabajen en partería, y las diferentes categorías:
  - las parteras profesionales (qué es una partera profesional, si hay diferentes categorías de partera profesional, cuáles son, cuáles son las responsabilidades de cada tipo y el alcance del ejercicio profesional de una partera profesional).
  - la partería (qué es partería, quién puede llevar a cabo prácticas de partería, en qué condiciones)
  - El ingreso en la profesión, por ejemplo, programas de enseñanza previos al servicio y sus instituciones, competencias que se deben poseer, normas para la enseñanza, etc.
- Mecanismos para la concesión y renovación de licencias.
- Manejo de faltas éticas (y determinación de cuándo alguien en el registro resulta “inapto para ejercer” por razones éticas).
- Estipulaciones para continuar ejerciendo (qué se requiere para asegurar que la persona con licencia siga siendo “apta para ejercer”).
- Normas para el ejercicio de la partería profesional.
- El código deontológico o los valores y principios generales sobre los cuales se fundamenta el ejercicio profesional de la partería (por ejemplo, las parteras profesionales deben respetar la dignidad y confidencialidad de todas las mujeres; la partería debe basarse en los principios de que el embarazo y el parto son sucesos normales en la vida, pero que cada embarazo y parto encierra riesgos que todos los profesionales de la partería deben poder detectar y manejar, o al menos deben estar capacitados para prestar asistencia de primera línea).
- Responsabilidad de las parteras profesionales (a quién rinden cuentas y de qué).

El mecanismo de reglamentación debe ser flexible y pragmático y al mismo tiempo debe asegurar una buena gobernanza de la profesión (véase apéndice 1, Un marco para examinar los mecanismos de reglamentación y

concesión de licencias en un país). Se cree, en general, que los mecanismos de reglamentación más eficaces son aquellos que son valorados por la sociedad y el grupo profesional. Se cree que debe haber un alto nivel de auto reglamentación mediante la cual la profesión rinda cuentas por las normas y prácticas de sus miembros (a quienes se ha concedido ingreso en la profesión). La rendición de cuentas ante la sociedad es imprescindible, y debe realizarse por medio de los mecanismos de responsabilización más pertinentes según el contexto del país. La reglamentación eficaz depende de que la sociedad civil reconozca y confíe en el mecanismo y el sistema implantados y en su modo de funcionar.

## 7. LOS ENCARGADOS DE LA REGLAMENTACIÓN

Quienes redactan o revisan los reglamentos y la concesión de licencias para la partería deben ser competentes para hacerlo. Deben tener los conocimientos técnicos para poder definir las buenas prácticas de partería y también saber qué normas y competencias se requieren para practicar eficazmente las intervenciones necesarias para el embarazo, el parto y la asistencia posnatal sin riesgos. Además, deben comprender el procedimiento legal a fin de que el sistema reglamentario para las parteras profesionales y la partería se ajuste a los mecanismos legislativos generales. Por último, para asegurar la legitimidad de los sistemas de reglamentación y concesión de licencias, especialmente las normas fijadas para el ejercicio de la partería, estos deben desarrollarse mediante un proceso participativo con la intervención de otros interesados directos clave. Entre ellos se incluyen miembros de la comunidad, en particular quienes representan las perspectivas y los derechos de la mujer. Cuando intervienen en la redacción de políticas, leyes y reglamentos en el tema de salud de mujer, así como en la reglamentación de las parteras profesionales y el ejercicio de la partería, entonces se asegura una perspectiva centrada en la mujer y el recién nacido en todas estas áreas.

Por tanto, los integrantes de un órgano normativo deben ser, como mínimo:

- Formuladores de normas sobre salud materna y del recién nacido a nivel nacional.
- Representante (s) del gobierno.
- Educador (es) de partería profesional.
- Profesional (es) actualmente en ejercicio clínico.
- Representantes de la (o las) asociaciones profesionales de partería profesional, para exponer las inquietudes ocupacionales y de bienestar de los profesionales, así como los temas relacionados.
- Miembro (s) del público en general que represente los intereses de las mujeres.
- Un abogado o alguien competente en la redacción de leyes.
- Representantes de las profesiones aliadas pertinentes.

En la mayoría de los países hay una combinación de miembros elegidos y nombrados que constituyen el órgano normativo. El sistema para la elección o nombramiento de este órgano debe ser transparente, y su interés será el de defender el bien público y las necesidades de las mujeres y su recién nacido. La equidad y la calidad deben tenerse como valores capitales al decidir sobre la composición y constitución de tal cuerpo.

## 8. CONCLUSIONES

El fortalecimiento de los servicios de partería para una maternidad segura requiere un sólido cuerpo de leyes propicias así como procesos de reglamentación eficaces, tanto para proteger al público como para facultar a las parteras profesionales de modo que puedan realizar las intervenciones vitales necesarias en casos de complicaciones obstétricas sin riesgo de litigio posterior. Tal legislación y reglamentación están en mora desde hace tiempo en muchos países, especialmente aquellos con mortalidad materna alta, y el proceso exigirá mucho cabildeo, redacción y buenas aptitudes de negociación en las personas que intervienen a fin de lograr un consenso para el marco legislativo. Ya no es aceptable que mueran mujeres o que sufran perjuicios innecesariamente por causas asociadas con el parto, debido a la existencia de obstáculos legales que les impiden recibir el tratamiento pronto y eficaz que necesitan.

## REFERENCIAS

- Affara FA, Madden Styles M. Nursing Regulation Guidebook: From Principle to Power. Ginebra, Confederación Internacional de Comadronas, 1993.
- Bennion FAR. Statute Law. (2nd edition). Londres, Oyez, 1980.
- Betts GA. Midwifery education for the future: the needs of developing countries. In: Murray SF (Ed) Midwives and Safer Motherhood. Londres, Mosby, 1996.
- Brundtland GH. Statement to the ICPD+5 Forum. The Hague, 8-12 February. Ginebra. OMS, 1999.
- David R, Brierley J. Major legal systems in the world today. Londres, Stevens, 1985.
- De Vries R. The midwife's place: an international comparison of the status of midwives. En: Murray SF. (Ed) Midwives and Safer Motherhood. Londres, Mosby, 1996.
- Finocchio LJ, Dower CM, McMahon CA, Gragnol CM and the Taskforce on Health Care Workforce Regulation. Reforming Health Care Workforce Regulation: Policy Considerations for the 21st Century. San Francisco, USA, Pew Health Professions Commission, 1995.
- Louden I. Death in Childbirth. Oxford, Clarendon Press, 1992.
- Peters M. Health politics, health economics. In: World Health, No 2, WHO, Geneva, March-April, 1997, p13.
- Roemer R. Guidelines for legislation affecting developments of human resources for health. Ginebra, OMS, 1992.
- Starrs A. The Safe Motherhood Action Agenda: report of a technical consultation, Sri Lanka. FCI, Nueva York, 1998.
- Storey M, Roemer R, Mangay Maglacas A, Riccard EA. Guidelines for regulatory changes in nursing education and practice to promote primary health care. Ginebra, OMS, 1988.
- The Centre for Reproductive Law and Policy. Towards a global framework for assessing national barriers to accessible, quality reproductive health care: an initial inquiry. Ginebra, OMS, 1995.
- Tomasevski K. Women and Human Rights. Londres, Zed Books, 1993.
- World Health Organization. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Ginebra, OMS, 1994.
- World Health Organization. Achieving Health for All: the Role of WHO. Ginebra, OMS, 1995.

World Health Organization. Midwifery Education Modules for Midwife Teachers, Volumes 1-5. Ginebra, OMS, 1996 (edición revisada en prensa).

World Health Organization (2004a). Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. A Joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra, OMS, 2004.

World Health Organization (2004b). Making Pregnancy Safer Strategy. Ginebra, OMS, 2004.

María Angélica Illanes: En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Chile 1880/1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile, 1993.

PNUD Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2007-2008. La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido. Nueva York 2007

Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009. WDC 2009.

APÉNDICE 1/ Realización de cambios en la legislación y la reglamentación sobre la partería con miras a la asistencia de partería sin riesgos.

Estadio	Pregunta	Si	No	Acción necesaria
<b>1. Determinación de metas y principios</b>	¿Se ha establecido la finalidad del ejercicio de la partería en el contexto nacional?			
	¿Existe consenso sobre las categorías de proveedores de servicios de salud autorizados para practicar el arte y ciencia de la partería en el contexto nacional?			
	¿Hay claridad en cuanto a la finalidad de la reglamentación y concesión de licencias para la partería y en cuanto a quiénes están autorizados para practicarla?			
	¿Hay una definición nacional (de la partera profesional) acordada por todos los interesados directos?			
	¿Ella cumple con las prioridades nacionales para la asistencia de partería sin riesgos?			
	¿Son la función y las responsabilidades de una partera profesional explícitas y han sido acordadas por todos los interesados directos?			
	¿Son explícitas las competencias necesarias para el ejercicio de la partería sin riesgos, y aseguran que los profesionales de salud que prestan asistencia de partería pueden cumplir su función y responsabilidades tal como se acordó nacionalmente?			
	¿Concuerdan con la lista de competencias de OMS/ICM/FIGO, que debe ser un asistente idóneo para el embarazo y el parto?			
<b>2. Limitaciones y barreras legales</b>	¿Las políticas y leyes nacionales relacionadas con drogas y medicamentos (incluso la prescripción, administración e inocuidad) permiten que la partera profesional administre medicamentos esenciales (a la mujer o recién nacido) en el ejercicio de la partería segura según las funciones y las responsabilidades estipuladas, incluida la administración de medicamentos vitales en el manejo de una complicación del embarazo, el parto y el periodo posnatal?			

Estadio	Pregunta	Si	No	Acción necesaria
<p><b>3. Estrategias para la formulación de legislación y reglamentación eficaces</b></p>	<p>¿Permiten las políticas y leyes nacionales que las parteras profesionales (y otros que ejercen la partería) lleven a cabo toda la asistencia y servicios necesarios para cumplir su función y responsabilidades?</p> <p>¿Las políticas y leyes nacionales permiten que las parteras profesionales y otros que ejercen la partería lleven a cabo todos los procedimientos vitales basados en datos probatorios que sean necesarios para el embarazo, el parto y la asistencia posnatal y neonatal sin riesgos?</p> <p>¿Hay un grupo de estudio/ comité nacional o un foro de alto nivel establecido para revisar o redactar la reglamentación y la concesión de licencias para la partería?</p> <p>¿El grupo de estudio /comité nacional asegura la representación de todos los interesados directos, incluso el público general? ¿Hay mecanismos para asegurar que se escuchen las voces de las mujeres como usuarias o posibles usuarias de los servicios de partería?</p> <p>¿Hay normas nacionales para la partería basadas en evidencia?</p> <p>¿Hay mecanismos para la auditoría y examen de tales normas?</p>			
<p><b>4. Hacia el cambio</b></p>	<p>¿Existe un proceso de consulta pública y logro del consenso nacional sobre la reglamentación y concesión de licencias que rigen el ejercicio de la partería, y es lo anterior ampliamente conocido y tiene los plazos adecuados para asegurar que puedan participar todos los interesados directos?</p> <p>¿Hay cronogramas claros fijados y acordados para la aprobación de la nueva reglamentación y concesión de licencias para la partería?</p>			

Estadio	Pregunta	Si	No	Acción necesaria
<p><b>5. Vigilancia y evaluación</b></p>	<p>¿Están claramente indicadas las funciones y responsabilidades de todos los interesados directos para lograr la revisión/ desarrollo de la nueva reglamentación y concesión de licencias de partería, incluida la aplicación de los nuevos reglamentos una vez aprobados?</p> <p>¿Se han identificado claramente todos los recursos, incluso los financieros y humanos, para lograr el cambio necesario?</p> <p>¿Se han establecido los indicadores claros para vigilar la aplicación de los nuevos reglamentos y concesión de licencias?</p> <p>¿Está claro quién es responsable de vigilar por el cumplimiento de los nuevos reglamentos?</p>			

**APÉNDICE 2/ Ocho pasos para la reforma reglamentaria de la partería**

1. Concientización política y activismo.
2. Conocer el proceso del gobierno.
3. Fijar la meta y el plan de acción.
4. Fijar una posición en cuanto a los temas de la partería, especialmente la finalidad y meta de la misma y los principios de la asistencia de partería.
5. Recolectar datos para apoyar la posición, las metas, la finalidad etc.
6. Incluir a todos los interesados directos pertinentes en la formulación y ejecución de planes de acción.
7. Formulación de coaliciones para la acción y el cabildeo. Son imprescindibles las coaliciones con otras profesiones pertinentes de atención de salud y en particular con grupos de mujeres y otros interesados en la salud materna y neonatal, el desarrollo social y la mitigación de la pobreza.
8. Retroalimentación a los miembros. Es importante asegurar que todos los que se puedan ver afectados por las nuevas normas y mecanismos de reglamentación y concesión de licencias se mantengan plenamente informados del progreso y tengan oportunidad de ofrecer su retroalimentación.

*Lo anterior ha sido adaptado de Affra y Madden Styles, 1993.*

# Índice

INTRODUCCIÓN .....	62
¿CÓMO SE DEFINE LA COMPETENCIA? .....	63
CONCEPTOS CLAVE DE LA PARTERÍA .....	63
ALCANCE DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA .....	64
EL MODELO DE ATENCIÓN DE PARTERÍA.....	65
SISTEMA DE TOMA DE DECISIONES PARA LA ASISTENCIA DE PARTERÍA .....	65
RECUADRO 1. SISTEMA DE TOMA DE DECISIONES.....	66
FUNDAMENTACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, LAS APTITUDES Y EL COMPORTAMIENTO PROFESIONAL DE LAS PARTERAS PROFESIONALES EN LOS CAMPOS DE LA SALUD PÚBLICA, LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ÉTICA .....	67
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	68
ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO .....	70
ATENCIÓN DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO .....	73
ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PUERPERIO .....	77
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO PREESCOLAR.....	79
REFERENCIAS.....	81

## INTRODUCCIÓN

La prestación de una atención capacitada durante el parto a todas las mujeres es hoy universalmente reconocida como componente imprescindible de la lucha para eliminar las defunciones maternas evitables, en particular, en los países en desarrollo (Starrs, 1998). Con demasiada frecuencia, la mortalidad durante el embarazo y el parto ha permanecido elevada debido a la falta de atención, o bien, a su calidad deficiente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja con otros organismos de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales (ONG) para promover la maternidad segura en los países con recursos limitados, donde las razones de morbilidad y mortalidad maternas son muy altas. La Confederación Internacional de Matronas (ICM) es una agrupación de asociaciones de partería y representa a las parteras profesionales de más de 72 países. La Confederación ha trabajado durante muchos años conjuntamente con la OMS para mejorar las normas de atención a la mujer en todo el mundo. Su misión es “procurar la difusión mundial de los objetivos y las aspiraciones de las parteras profesionales, en pos de obtener mejores resultados, tanto para las mujeres en sus años de maternidad, como para sus bebés y sus familias, dondequiera que residan”.

Siguiendo estos objetivos, la Confederación tomó la iniciativa de señalar las competencias esenciales que debe poseer la partera profesional para velar por el ejercicio idóneo de la profesión. El presente documento pertenece a la serie *Strengthening Midwifery Toolkit* (Herramientas para el fortalecimiento de la partería), publicada por la OMS, y es la adaptación de un borrador preparado por la ICM. La OMS revisó exhaustivamente parte del material, a objeto de que concuerde con la guía *Pregnancy, Childbirth, Postnatal and Newborn Care* [Atención en el embarazo, el parto y el puerperio y atención del recién nacido], que ha sido preparada recientemente y que versa sobre las prácticas esenciales de atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal; es una de las guías clínicas de la serie *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth* (Atención integrada del embarazo y el parto).

En el presente documento se definen las competencias indispensables que deben tener las parteras profesionales y el personal que presta asistencia básica de partería, para que la atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal sea segura y eficaz, tanto para la madre como para el recién nacido. También abarca los conocimientos y las aptitudes necesarias para lograrla. Las aptitudes se han dividido en básicas y esenciales para salvar vidas, y son fundamentales para que la partera profesional o un profesional afín cambien los resultados del embarazo y el parto con el objetivo de promover una maternidad, un embarazo y un parto más seguros.

Las competencias esenciales proporcionan, además, normas útiles para las personas encargadas de la educación y el adiestramiento de las parteras profesionales o su equivalente. Asimismo, brindan información a los funcionarios del gobierno y de otros escenarios políticos que necesitan conocer, en forma pormenorizada, qué hace exactamente una partera profesional y en qué consiste la educación y el adiestramiento que necesita para cumplir con su función.

Las competencias forman la base para el ejercicio profesional idóneo y se fundan en las investigaciones actuales, cuando esto es posible. Dado que son generales, cada país o región deberá adaptarlas para que respondan a la realidad local y sean congruentes con los nuevos descubrimientos a medida que estos surjan.

## ¿CÓMO SE DEFINE LA COMPETENCIA?

El concepto de competencia es difícil de definir. Benner (1982) recalca que, en enfermería, la competencia se refiere al 'mundo real' de la práctica. Describe diferentes grados de competencia, comenzando por los de novicio o principiante hasta llegar a los de experto, que se caracteriza por un conocimiento cabal del contexto y un dominio intuitivo de las situaciones. En partería, se aplicarían los mismos principios. Wood (1987) tiene en cuenta la distinción entre competencia y desempeño. Para él, la competencia se refiere a lo que una persona puede hacer en circunstancias ideales, mientras que el desempeño es lo que realmente hace en las circunstancias existentes. Esta distinción señala la importancia del contexto cuando se trata de desentrañar el concepto de competencia. En su estudio sobre la competencia profesional, Eraut y Cole (1993) distinguen entre desempeño y capacidad y definen la segunda como el potencial para funcionar. La dividen a su vez, en tres categorías:

1. Conocimientos básicos y comprensión.
2. Aptitudes personales y conocimientos necesarios para un enfoque profesional.
3. Procesos cognoscitivos que conforman el pensamiento profesional.

Worth-Butler et al. (1994) han explorado el concepto de competencia en partería y propuesto que la capacidad abarca aspectos importantes tanto de la competencia como del desempeño. Concluyen su estudio con la siguiente afirmación sobre los modelos de competencia en partería, la cual resume los principios que forman la base del presente documento:

*[...] los modelos de competencia más útiles definen a los profesionales competentes como aquellas personas que han adquirido un conjunto de aptitudes y conocimientos suficientes y amplios que les permiten realizar su trabajo de manera idónea. En consecuencia, un profesional capaz es alguien que puede hacer uso de ese repertorio de aptitudes y conocimientos, de diferentes maneras y en distintas situaciones, para desempeñar su función de un modo que se juzga competente.*

—(Worth-Butler et al., 1994)

## CONCEPTOS CLAVE DE LA PARTERÍA

Los conceptos clave que definen la importancia excepcional que tienen las parteras profesionales en la promoción de la salud de las mujeres y de sus familias son los siguientes:

- El trabajo con las mujeres para fomentar el cuidado de sí mismas, de su salud y la de los lactantes y la familia.
- El respeto por la dignidad humana y un trato hacia la mujer como corresponde a personas que gozan de todos los derechos humanos.
- La defensa de las mujeres cuyas voces se han silenciado.
- El empoderar a las mujeres que trabajan para obtener una atención en salud de calidad.
- Armonizar los aspectos culturales y el trabajo con las mujeres y los profesionales de la salud para desarraigar las prácticas culturales dañinas para la mujer.

- La atención especial a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a lo largo del ciclo vital de la mujer.
- La percepción del embarazo como un acontecimiento normal de la vida.

Las parteras profesionales no solo están comprometidas a proporcionar servicios competentes de partería, sino también a mejorar las condiciones de vida básicas. Se han percatado de que el efecto más importante sobre la salud maternoinfantil en el mundo comienza cuando se alcanzan las condiciones que permiten que la mujer reciba un trato equitativo y cubra sus necesidades básicas —alimentación, vivienda, agua potable y servicios sanitarios adecuados— de modo que pueda disfrutar de una vida saludable.

## ALCANCE DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

El alcance del ejercicio de la partería utilizado a lo largo del presente documento se basa en la definición internacional de partera profesional de la ICM, la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 1992). El ejercicio de la partería comprende la atención autónoma de la niña, la adolescente y la mujer adulta antes, durante y después del embarazo. Esto significa que la partera profesional:

- Supervisa, atiende y ofrece el asesoramiento necesario a la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el periodo posparto.
- Se encarga plenamente del parto y de la atención del recién nacido.

Dicha atención abarca lo siguiente:

- Realizar actividades de supervisión en la atención primaria de salud incluyendo la comunidad (medidas preventivas).
- Asesorar y educar a la mujer, la familia y la comunidad, lo cual comprende la preparación para ser padres, la planificación de los nacimientos y la preparación para situaciones de emergencia.
- Proporcionar atención básica durante el embarazo y el parto, y atender a la madre y al recién nacido en el periodo posnatal.
- Proveer atención en planificación familiar adecuada al entorno cultural.
- Detectar toda anomalía en la madre y el recién nacido.
- Prestar asistencia especializada, según sea necesario, para atender los estados anormales de la mujer y el recién nacido (consulta o remisión).
- Poner en práctica medidas urgentes, incluida la atención de primera línea (inicial) de las complicaciones si no hay un médico presente.

La partería se ejerce dentro de un sistema de atención de salud comunitario que puede contar con partera profesional tradicional, curanderos, otros trabajadores de salud comunitarios, médicos, enfermeras y especialistas de los centros de remisión. Los servicios de partería pueden ofrecerse en los ámbitos de la comunidad, de la atención primaria de salud o de los hospitales, según esté organizada la atención materna en un país determinado.

## EL MODELO DE ATENCIÓN DE PARTERÍA

El modelo de atención de partería se fundamenta en la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida. El modelo consiste en lo siguiente:

- Vigilar el bienestar físico, psíquico, espiritual y social de la mujer y de sus familiares más cercanos durante las etapas del proceso reproductivo.
- Proporcionar a la mujer asesoramiento personal, educación, orientación, apoyo y atención prenatal adecuados desde el punto de vista cultural.
- Proporcionar asistencia permanente durante el trabajo de parto, el parto propiamente tal, y el puerperio inmediato, identificar la aparición de complicaciones, así como dar apoyo constante en la etapa posterior del puerperio.
- Establecer una buena relación con la mujer para fomentar su confianza en el proceso de dar a luz, y ayudarla a adaptarse a la nueva dinámica familiar.
- Incrementar las intervenciones necesarias para el manejo de la atención y reducir al mínimo las intervenciones tecnológicas innecesarias.
- Reconocer la aparición de complicaciones, prestar atención de urgencia y remitir a las mujeres o los recién nacidos que requieran atención obstétrica u otro tipo de atención especializada.

## SISTEMA DE TOMA DE DECISIONES PARA LA ASISTENCIA DE PARTERÍA

La toma de decisiones en partería se realiza sobre la base de una concepción particular de la atención. La partera profesional es responsable del modo como ejerce su profesión y debe dar cuenta de él. Además, debe respetar a la mujer como ser humano y brindarle un trato cortés.

Al atender a cada mujer, las parteras profesionales ponen en práctica conocimientos y técnicas que están al día y se fundamentan en pruebas científicas cuando estas existen.

La partera profesional se preocupa principalmente por la seguridad de la mujer y su bienestar general; asimismo, se esfuerza por afianzar la sensación de bienestar de la mujer y sus decisiones fundamentadas en el contexto de una experiencia sin riesgo.

El proceso de toma de decisiones que la partera profesional sigue se basa en diversas fuentes de conocimiento, en la evidencia científica, en la práctica clínica, la observación dirigida y en los principios éticos, todo lo cual otorga la capacidad de pensar con sentido crítico y emitir juicios clínicos sólidos.

El proceso de partería es dinámico y también sistemático; responde a los cambios en el estado de salud de cada mujer y prevé los problemas que pueden presentarse. Las parteras profesionales hacen participar a las mujeres y sus familias en todas las etapas del proceso decisorio y en la elaboración de un plan de atención dirigido a lograr un embarazo sano y un parto sin riesgo, así como a la adaptación a su nueva situación familiar (véase el método para tomar decisiones, recuadro 1).

**RECUADRO 1/ Sistema de toma de decisiones**

- PASO 1:** Recopilar sistemáticamente la información recabada a partir de la conversación mantenida con la mujer y su familia, el historial de salud, los exámenes y las pruebas de laboratorio, a fin de realizar una evaluación completa de la madre y del recién nacido.
- PASO 2:** Efectuar un diagnóstico de la situación de salud y determinar las intervenciones correspondientes a problemas reales o potenciales mediante la interpretación correcta de la información recopilada en el paso 1, para efectuar un diagnóstico inicial del estado de salud.
- PASO 3:** Desarrollar, conjuntamente con la mujer y su familia, un plan integral de atención basado en las necesidades de la madre o del recién nacido y respaldado por los datos recopilados para facilitar la toma de decisiones informadas.
- PASO 4:** Poner en práctica el plan de atención, actualizándolo permanentemente dentro de plazos apropiados.
- PASO 5:** Evaluar –conjuntamente con la mujer y su familia– la eficacia de la atención brindada y considerar otras opciones si el resultado ha sido insatisfactorio; regresar al paso 1 para recopilar más datos o elaborar un nuevo plan.

Los conceptos, el alcance del ejercicio profesional, el modelo de atención y el sistema para tomar decisiones brindan el contexto para enunciar las competencias esenciales exigidas a todo el personal calificado de partería. Dichas competencias se resumen en seis apartados principales:

1. Fundamentación de los conocimientos, las aptitudes y el comportamiento profesional de las parteras profesionales en los campos de la salud pública, las ciencias sociales y la ética.
2. Atención comunitaria antes del embarazo y planificación familiar.
3. Atención prenatal, orientación y promoción de la salud; identificación y tratamiento de las complicaciones.
4. Atención segura e higiénica del parto, incluidas técnicas de reanimación.
5. Atención puerperal y posnatal integral.
6. Atención y vigilancia del recién nacido y el niño.

Para describirlos se les divide en tres esferas: conocimientos necesarios, aptitudes básicas que la partera profesional debe poseer para ser competente, y maniobras adicionales de reanimación. Puede haber necesidad de exigir otros tipos de competencias para cubrir las necesidades particulares de algún país, pero descritos en el presente documento se consideran esenciales y representan el mínimo requerido en todos los países.

A continuación se describen las competencias esenciales para el buen ejercicio de la partería, las cuales incorporan los valores, la visión, las estrategias y las acciones que deben dominar quienes atienden las necesidades de salud de las mujeres en edad de procrear y sus familias. Implantarlas ayudará a que los embarazos y los partos se lleven a cabo sin riesgo.

## FUNDAMENTACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, LAS APTITUDES Y EL COMPORTAMIENTO PROFESIONAL DE LAS PARTERAS PROFESIONALES EN LOS CAMPOS DE LA SALUD PÚBLICA, LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ÉTICA

**COMPETENCIA 1. Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios en los campos de las ciencias sociales, la salud pública y la ética, que forman la base de la atención de calidad, culturalmente pertinente y apropiada, que merece la mujer, el recién nacido y la familia.**

### Conocimientos y aptitudes:

- Datos demográficos de la comunidad local, entre ellos, las cuestiones relativas a la salud y las enfermedades, la natalidad y la mortalidad. Otra información indispensable para trazar un perfil de la comunidad local incluye la disponibilidad y las condiciones del abastecimiento de agua, el saneamiento, los recursos de vivienda y las condiciones de la misma, la idoneidad del suministro de los alimentos, el nivel de alfabetismo y de educación en la población adulta (incluidas las mujeres), los riesgos ambientales y el acceso a los centros sanitarios.
- La cultura, las costumbres y las creencias locales, incluidas las prácticas tradicionales y la capacidad para distinguir entre las prácticas beneficiosas y las nocivas o que pueden serlo.
- Las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad maternas, perinatales y neonatales, y las estrategias para reducirlas.
- Estrategias de promoción y empoderamiento a la mujer para fomentar la equidad y velar porque se respeten a plenitud sus derechos humanos en lo referido a su bienestar general y el acceso a la atención sanitaria.
- Conocer los datos demográficos y epidemiológicos y los factores condicionantes y determinantes de salud de la comunidad local, lo cual le permite identificar factores de riesgo asociados a los problemas de salud.
- Los beneficios y riesgos de las circunstancias en que ocurre el parto, y las ventajas de que la atención esté a cargo de parteras profesionales capacitadas durante el parto y siempre que se presenten complicaciones.
- Recursos y estrategias factibles para efectuar la remisión inmediata a un centro sanitario de mayor complejidad si surgen complicaciones, o cuando la salud o la vida de la madre o de la criatura están en riesgo.
- Los servicios sanitarios nacionales y locales, y las estrategias que permiten utilizar los recursos necesarios para brindar una buena atención maternoinfantil.
- La importancia y la función de otros profesionales de la salud y la capacidad para promover el trabajo eficaz en equipo.
- Los programas nacionales de vacunación y el suministro de las vacunas adecuadas para la comunidad local.
- Aptitudes para comunicar y orientar.
- Nociones de ética y la aplicación de principios éticos al ejercicio de la partería.
- Epidemiología, promoción de la salud pública en la comunidad, estadísticas vitales y forma de llevar registros.
- Atención primaria en la comunidad, mejoramiento de la promoción de la salud y estrategias de prevención de enfermedades.

- Teorías éticas y habilidades y destrezas para su aplicación a los temas relativos al ejercicio de la partería, con el fin de proporcionar un marco para la toma de decisiones.
- Estrategias de administración y gestión eficaces y su aplicación a los servicios de partería.

### Comportamiento profesional

La partera profesional deberá:

- Ejercer de manera responsable y dar cuenta de sus decisiones y actuación clínicas.
- Aplicar correctamente las precauciones universales y todas las estrategias necesarias para el control de infecciones.
- Utilizar, mantener y, si corresponde, limpiar y esterilizar correctamente el equipo, y usar los suministros con economía.
- Reconocer los signos y síntomas que indiquen complicaciones y la necesidad de consultar al personal médico o efectuar la remisión, así como tomar medidas apropiadas y oportunas.
- Observar un comportamiento cortés, ético y respetuoso de la cultura (es decir, no autoritario) con todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, origen étnico o credo.
- Fomentar un modelo de trabajo participativo con las mujeres en todos los entornos, a objeto de capacitarlas para tomar decisiones fundamentadas respecto de todos los aspectos de la atención; y alentar a las mujeres a asumir la responsabilidad de su propia salud.
- Proporcionar educación sanitaria pertinente para la comunidad local e información sobre los servicios sanitarios a su disposición.
- Desarrollar y poner en práctica la comunicación efectiva con la mujer, familia, comunidad y equipos de salud para facilitar los procesos de atención de las usuarias.
- Organizar bien su trabajo y el de los subalternos, de modo que el servicio sea eficiente y eficaz, en una atmósfera agradable.
- Trabajar en colaboración con otros trabajadores de la salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios a las mujeres y sus familias.
- Crear vínculos con líderes de la comunidad y demás personal clave para promover la maternidad segura.
- Aplicar técnicas y procedimientos de gestión a nivel comunitario y de servicios.

## ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**COMPETENCIA 2. Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.**

**Conocimientos:**

- Anatomía y fisiología del hombre y la mujer en relación con la fecundidad y la reproducción.
- Crecimiento y desarrollo de los seres humanos y su relación con el desarrollo sexual, la sexualidad y la actividad sexual.
- Pautas culturales relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la procreación.
- Componentes de la historia clínica, incluidos los antecedentes familiares y genéticos pertinentes.
- Detalles indispensables del examen físico y los estudios de laboratorio que permiten juzgar la posibilidad de un embarazo sano.
- Educación sanitaria orientada a la salud reproductiva, las infecciones ITS de transmisión sexual, VIH/sida, la promoción de la salud y el bienestar generales, y la supervivencia infantil.
- Métodos didácticos eficaces y conocimiento de la forma como aprenden los adultos.
- Métodos naturales para espaciar el nacimiento de los hijos y otros métodos localmente disponibles y culturalmente aceptables de planificación de la familia.
- Métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, mecánicos, químicos y quirúrgicos; ventajas e inconvenientes de cada método, criterios de elegibilidad e instrucciones para emplearlos eficazmente.
- Técnicas de orientación para que la mujer tome decisiones fundamentadas al optar por un método de planificación familiar.
- Signos y síntomas de la infección de las vías urinarias y las enfermedades de transmisión sexual comunes, especialmente las que son prevalentes del país o la región, y métodos de tratamiento adecuados.
- Factores que inciden en la toma de decisiones respecto de embarazos no planificados o no deseados.
- Indicadores de enfermedades comunes agudas y crónicas, sobre todo las que son prevalentes en el país o la región y, si corresponde, la derivación para su confirmación y tratamiento.
- Indicadores y métodos de orientación y remisión en los casos de relaciones interpersonales disfuncionales, incluidos los problemas sexuales, violencia doméstica, maltrato emocional y descuido físico.
- Fundamentos de la educación, los métodos didácticos y los estilos de aprendizaje de los adultos.

**Aptitudes básicas**

La partera deberá:

- Llevar a cabo un anamnesis completa y específica de manera sensible y amistosa, asegurando a la mujer la confidencialidad.
- Realizar el examen físico general de la mujer incluyendo el examen ginecológico y el examen de mamas para pesquisar patologías prevalentes y juzgar la importancia de cualquier hallazgo anormal.
- Solicitar o realizar e interpretar correctamente algunas pruebas de laboratorio comunes, como el hemograma completo, análisis de orina y su estudio microscópico, así como otros exámenes pertinentes de acuerdo a la realidad local, que detectan ITS (Ej. VDRL)
- Relacionar todos los datos obtenidos a partir del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de modo que pueda suministrarse la información y la atención adecuadas a la mujer.
- Utilizar de manera apropiada la educación sanitaria y las aptitudes básicas de orientación cuando se brinda información y orientación.

- Ofrecer los métodos de planificación familiar a los que se pueda recurrir localmente y que sean culturalmente aceptables y conformes a la elección y condición de la mujer.
- Llevar un registro de todos los resultados de la anamnesis, interrogatorio, exploración física y pruebas; todo tipo de asesoramiento, orientación y tratamiento brindados; los dispositivos o los medicamentos administrados; y las recomendaciones para el seguimiento.
- Ofrecer una gama amplia de servicios de planificación familiar, entre ellos la colocación de dispositivos intrauterinos o de implantes; el seguimiento y la capacidad para brindar orientación y atención apropiados ante cualquier efecto colateral adverso.
- Ser capaz de efectuar correctamente un frotis cervicouterino para estudio citológico (prueba de Papanicolaou).

## ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

**COMPETENCIA 3. Las parteras profesionales brindan atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal, y detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.**

### Conocimientos

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor y de otras partes pertinentes del cuerpo humano.
- El ciclo menstrual, la fecundación, la implantación y el desarrollo de la placenta, el embrión y el feto.
- Confirmación del embarazo por medio de signos y síntomas, exploración física y análisis de laboratorio.
- Determinación de la edad gestacional a partir de los antecedentes menstruales, el tamaño del útero y la fecha en que comienzan los movimientos fetales.
- Realización de una anamnesis general y específica completa acerca del embarazo actual, la salud de la mujer y sus antecedentes obstétricos y familiares al respecto.
- Evaluación de los componentes de la exploración física general y de la semiología obstétrica en el embarazo y la importancia de los resultados.
- Comprensión de las características especiales de las maniobras y exploraciones del abdomen que permiten determinar el crecimiento y el estado del feto en las distintas etapas del embarazo, relacionando la altura del fondo uterino, la actividad y frecuencia cardíaca del feto y, en las últimas semanas, la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto.
- Pruebas de detección durante el embarazo y la interpretación de sus resultados, por ejemplo, clasificación de grupo y Rh; test de Coombs de concentración de hemoglobina; análisis de glicemia y de orina para detectar la presencia de glucosa, proteínas y cetonas; pruebas para detectar la sífilis, como la de la reagina plasmática rápida (RPR); análisis de laboratorio para detectar bacteriuria asintomática –si es factible– de acuerdo a las normativas de cada país y, en las zonas de riesgo, infección por el VIH (si la mujer da su consentimiento).
- Cambios fisiológicos propios del embarazo y orientación sobre los trastornos menores que pueden provocar

algunos de ellos, así como la utilización de preparados inocuos locales a base de plantas medicinales que no sean preparados farmacológicos.

- Adaptaciones psicológicas que tienen lugar durante el embarazo y su repercusión sobre la mujer y la familia.
- Necesidades nutritivas de la mujer embarazada y del feto.
- Educación sanitaria y la orientación de la mujer con respecto a la higiene, la nutrición, el trabajo doméstico y fuera del hogar, la sexualidad y los peligros asociados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, incluidos los medicamentos tradicionales, los de venta sin receta y las drogas ilícitas.
- Elección de un lugar apropiado para el parto.
- Preparación para el parto, incluida la instrucción sobre lo que sucede durante el periodo de dilatación (trabajo de parto), las medidas para aliviar las contracciones del trabajo de parto y la atención del recién nacido.
- Alimentación del lactante, con inclusión de las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo si la madre VIH-positiva la prefiere.
- Reconocimiento del comienzo del parto.
- Educación de las mujeres y sus familias acerca de los signos y síntomas de problemas graves que pueden surgir en el embarazo, y la necesidad de recurrir de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves durante el embarazo que exigen atención inmediata. Por ejemplo: preeclampsia y eclampsia, hemorragia vaginal, parto prematuro, rotura prematura de las membranas, anemia grave, aborto, embarazo ectópico o múltiple, o presentación fetal defectuosa a término (de nalgas o de hombro).
- Biología de la reproducción humana: regulación neurohormonal de la reproducción humana y respuestas fisiológicas maternas y fetales al embarazo.
- Genética.
- Atención de la mujer antes de la concepción (consejería preconcepcional).
- Promoción de la salud y educación sanitaria.
- Educación para ser padres.
- Preparación física para el periodo prenatal, el parto, y el puerperio.
- Complicaciones médicas y sus consecuencias para el embarazo; reconocer las situaciones en las que es necesario remitir a la mujer a un centro sanitario de mayor complejidad para que reciba atención prenatal y del parto. Por ejemplo, anemia grave, diabetes, enfermedades cardíacas o respiratorias, hipertensión arterial idiopática, nefropatía o hipertiroidismo.

## Aptitudes básicas

La partera profesional tendrá a su cargo:

- Realizar la anamnesis clínico inicial y ponerla al día en cada consulta prenatal.
- Calcular la fecha probable del parto a partir de la fecha de la última menstruación de la mujer, si esta se conoce; en caso contrario, la edad gestacional podrá determinarse a partir de la fecha en que comiencen los movimientos fetales y por la altura del fondo uterino.
- Realizar una exploración física general completa y explicar los resultados a la mujer.
- Valorar los signos vitales maternos, como temperatura corporal, presión arterial y pulso.

- Determinar el estado nutricional de la madre y ofrecerle orientación apropiada sobre las necesidades nutritivas durante el embarazo y cómo satisfacerlas.
- Aplicar semiología obstétrica, incluida la medición de la altura del fondo uterino y su comparación con la edad gestacional, para evaluar el crecimiento fetal y determinar la etapa del embarazo; en las últimas semanas del embarazo, evaluar cantidad de líquido amniótico, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar los latidos para determinar el bienestar fetal.
- Emplear el método de Doppler –siempre que sea posible– para efectuar el monitoreo electrónico del corazón fetal y determinar comportamiento.
- Emitir diagnóstico correlacionando todos los datos obtenidos a partir de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de manera que pueda proporcionar a la mujer información, orientación y atención apropiadas.
- Indicar a la mujer las medidas que puede tomar para aliviar los malestares comunes del embarazo.
- Educar a las mujeres sobre temas de salud como nutrición, higiene, ejercicio, riesgos y violencia de género, trabajo doméstico y fuera del hogar, riesgos ambientales para el embarazo, peligros del consumo de tabaco, alcohol, drogas y de medicamentos no recetados, actividad sexual de menor riesgo y riesgos de infección por VIH e ITS.
- Realizar tamizaje de violencia intra familiar.
- Ofrecer atención preventiva y saber tratar las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de las vías urinarias y respiratorias, y la malaria.
- Educar a las mujeres y sus familias acerca de la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de la salud capacitado si aparece cualquiera de los signos de peligro siguientes, ya que indican la aparición de una complicación grave: cefalea intensa, trastornos visuales, dolor epigástrico, sangrado y hemorragia vaginal, dolor abdominal acompañado de desmayos, vómitos intensos, rotura prematura de las membranas, fiebre, flujo vaginal fétido o irritante, disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Diagnosticar las complicaciones graves del embarazo y consultar urgentemente a un centro sanitario de mayor complejidad; en caso de que no se pueda recurrir a un médico local, dar la atención de urgencia que corresponda y derivar a la mujer que presente los siguientes signos y síntomas a un médico de un centro sanitario con más capacidad:
  - hipertensión arterial y proteinuria, y cefalea intensa, o bien alteraciones visuales y dolor epigástrico acompañados de hipertensión arterial;
  - hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo, dolor abdominal acompañado de desmayos en el embarazo temprano, con o sin hemorragia vaginal;
  - embarazo múltiple;
  - presentación fetal defectuosa a término (por ejemplo, de nalgas o de hombro);
  - rotura prematura de las membranas;
  - muerte fetal intrauterina en cualquier momento del embarazo;
  - fiebre
- Registrar la información obtenida del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como la orientación y las instrucciones impartidas para el seguimiento.

## Reanimación y otras aptitudes

Siempre que sea necesario, la partera profesional:

- Efectuará la versión cefálica externa para la presentación de nalgas en la última etapa del embarazo.
- Ejecutará técnicas avanzadas para el tratamiento de urgencia de las afecciones que pueden surgir en el embarazo y ponen la vida en riesgo, entre ellas: preeclampsia, eclampsia y hemorragia grave antes del parto; embarazo ectópico; complicaciones del aborto e infección grave.
- Procederá a efectuar el diagnóstico oportuno y brindar la atención oportuna y, si corresponde, remitirá a la mujer a otro centro sanitario cuando se presenten los siguientes signos o situaciones anormales en el embarazo:
  - a) tamaño fetal pequeño o grande para la edad gestacional (si se conoce la fecha de la última menstruación);
  - b) presunto polihidramnios u oligohidramnios;
  - c) infecciones y otras enfermedades graves como pielonefritis, problemas de las vías respiratorias, meningitis y malaria;
  - d) amenaza de parto prematuro.
  - e) enfermedades periodontales.
- Demostrará aptitudes superiores de enseñanza y orientación.
- Demostrará aptitudes en materia de gestión.

## ATENCIÓN DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

**COMPETENCIA 4. Las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales.**

### Conocimientos

- Fisiología del parto.
- Anatomía del cráneo fetal, incluidos los diámetro cefálicos, las suturas y las fontanelas.
- Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto.
- Humanización del parto.
- Signos y síntomas del comienzo del parto.
- Evaluación del progreso del parto y el empleo del partograma o de otro instrumento similar.
- Determinaciones de signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto: frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio.
- Medidas que elija la madre que le permitan aliviarse durante el parto: la compañía permanente de la persona que ella prefiera; la evacuación de la vejiga de manera higiénica; la hidratación y la nutrición; los cambios de postura que elija la mujer; deambulación, el apoyo emocional y alivio del dolor sin fármacos.
- Medidas necesarias para prevenir las infecciones.

- Diagnóstico y manejo del periodo expulsivo del parto.
- Mecanismos del parto (es decir, el paso y descenso del feto por la pelvis durante el periodo expulsivo y el nacimiento).
- Indicaciones de la episiotomía con enfoque restrictivo y la técnica para realizarla, incluida la maniobra de infiltración anestésica del perineo.
- Técnica para la extracción hábil del feto, evitando las intervenciones innecesarias.
- Mantener la termorregulación del neonato y manejar los procedimientos para conseguirlo, la evaluación de la respiración y las maniobras de reanimación, el cuidado del cordón umbilical, el apego precoz piel a piel, el fomento de la lactancia materna temprana o la alimentación sucedánea si la madre es VIH positiva y así lo prefiere.
- Uso y mecanismo de acción de los fármacos oxitócicos en el alumbramiento y posteriormente, si son necesarios para detener la hemorragia.
- Prevención de la hemorragia del posparto a través del manejo activo del tercer periodo.
- Alumbramiento fisiológico.
- Cálculo de la sangre perdida.
- Razones del examen de la placenta y las membranas, el cordón umbilical, y las técnicas para examinarlas y eliminarlas en forma segura.
- Maniobras para el examen del perineo, la vulva y el segmento inferior de la vagina en busca de desgarros y para determinar el grado de los desgarros perineales.
- Técnica de sutura de los desgarros de segundo grado del perineo y el segmento inferior de la vagina.
- Medidas para evaluar el estado de la mujer después del parto.
- Complicaciones durante el parto que requieren atención y remisión de urgencia: hemorragia durante el parto, embarazo múltiple, presentación fetal defectuosa, sufrimiento fetal, proclividad y procúbito del cordón umbilical, periodo expulsivo prolongado u obstruido, distocia de hombro, retención de la placenta, hemorragia puerperal, desgarros graves de la vagina y del cuello uterino, infecciones graves.
- Conocimiento de la importancia del control acucioso del recién nacido en las dos primeras horas después del parto.

### Aptitudes básicas

- La partera profesional se encargará de:
- Examinar los antecedentes del embarazo, si los hay; de lo contrario, efectuar un interrogatorio clínico completo y preguntar cómo ha evolucionado hasta el momento del parto.
- Realizar una exploración física general para evaluar el estado en que se encuentra la mujer.
- Explorar el abdomen para confirmar el periodo de gestación, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar su corazón.
- Evaluar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.
- Practicar un tacto vaginal para determinar el grado de borramiento y dilatación del cuello uterino; verificar si las membranas están íntegras o se han roto; reconocer la posición fetal, el grado de descenso de la cabeza, y determinar si la pelvis permitirá el paso del feto.
- Evaluar correctamente la progresión del parto por medio de la observación y la exploración física, con ayuda del partograma u otro instrumento similar para determinar el grado de dilatación del cuello uterino.

- Vigilar regularmente el estado de la madre y el feto durante todo el parto; detectar cualquier anomalía y tomar las medidas apropiadas oportunamente.
- Prestar apoyo psicológico y emocional a la mujer y su familia; procurar que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiera; darle información completa sobre la evolución del parto, y hacerla participar en todas las decisiones relacionadas con su atención.
- Mantener a la mujer en condiciones óptimas durante el parto, lo cual significa una hidratación y nutrición adecuadas, evacuación regular de la vejiga, aplicar medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones; y aliviar el dolor sin fármacos, por ejemplo, mediante la adopción de las posturas que ella prefiera.
- Reconocer con prontitud los signos y síntomas que marcan el comienzo del periodo expulsivo del parto y prestar asistencia constante. Mantener la observación y el apoyo en todo momento, permitiendo que la mujer pueje espontáneamente.
- Prevenir infecciones haciendo que la mujer dé a luz en un ambiente sin riesgos e higiénico; mantener las más altas normas de higiene y usar equipo limpio o estéril, incluidos los guantes.
- Aplicar anestesia local al perineo antes de hacer una episiotomía, si esta está indicada.
- Practicar la episiotomía inmediatamente antes del parto, pero solo si está indicada debido a sufrimiento o prematuridad fetales, antecedente de desgarro perineal de tercer grado, o bien si el parto es complicado (presentación de nalgas o distocia de hombro).
- Permitir que la mujer dé a luz interfiriendo lo menos posible con el mecanismo del parto.
- Prestar la atención inmediata al recién nacido: secarlo, liberar vías aéreas si es necesario, verificar la respiración, permitir el contacto directo entre la piel del neonato y la de la madre, cubrirlo para que mantenga el calor del cuerpo, y cortar el cordón umbilical.
- Llevar a cabo el alumbramiento activo, con inclusión del uso de un fármaco que estimule el útero, de preferencia oxitocina por vía intramuscular, a razón de 10 UI.
- Si no se dispone de algún medicamento oxitócico, apoyar correctamente el alumbramiento fisiológico;
- Después de la expulsión de la placenta y las membranas, comprobar que el útero se contraiga bien, friccionando el fondo para desencadenar una contracción y la expulsión de los coágulos –si es necesario–, y comprobar que la hemorragia vaginal sea mínima; en caso de hemorragia profusa, aplicar las medidas urgentes para detenerla.
- Calcular y anotar toda pérdida sanguínea con la mayor exactitud posible.
- Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.
- Examinar la vulva, el perineo y el segmento inferior de la vagina para detectar desgarros, y reparar los de segundo grado del perineo; remitir a un médico a las mujeres con desgarros perineales de tercer grado o con desgarro del cuello uterino, a menos que se posea el adiestramiento y la experiencia para practicar estas técnicas quirúrgicas avanzadas.
- Vigilar el estado de la madre, cuidando que los signos vitales y la hemorragia vaginal estén dentro de los límites normales y que el útero permanezca bien contraído.
- Tratar urgentemente la hemorragia puerperal, si ocurre, con masaje uterino y administración de medicamentos oxitócicos; evacuar la vejiga; instalar una venoclisis y, si el sangrado persiste, comprimir la aorta o efectuar compresión bimanual y tomar los recaudos para la remisión de la paciente.
- Colocar una sonda urinaria empleando una técnica aséptica para evitar infecciones.
- Dar asistencia de partería, manteniendo estrictas normas de higiene para procurar que la madre esté limpia, seca y cómoda, y que tenga la posibilidad de vaciar la vejiga.

- Vigilar el estado del recién nacido, comprobar que la respiración y el color sean normales, que se mantenga el calor corporal y que no haya hemorragia por el cordón umbilical.
- Reanimar al recién nacido, si nace con asfixia o si presenta problemas respiratorios.
- Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del bebé a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.
- aconsejar, reconfortar y apoyar a la madre y padre cuando se detectan malformaciones en el recién nacido, o en caso de mortinato o deceso del recién nacido durante el periodo puerperal inmediato.
- Anotar toda la información relativa al nacimiento, a la atención prestada a la madre y el recién nacido, y a las recomendaciones dadas para el seguimiento.
- Organizar y manejar equipos para brindar atención de emergencia (carro de paro).

### Reanimación de la madre y otras aptitudes avanzadas

Siempre que sea necesario, la partera profesional deberá estar en condiciones de:

- Diagnosticar las presentaciones fetales defectuosas (por ejemplo, de nalgas o de hombro) y asistir un parto sin riesgo.
- Resolver correctamente la procidencia del cordón umbilical.
- Aplicar un anestésico local como paso previo a la extracción con fórceps.
- Llevar a cabo partos sin riesgo usando la ventosa o los fórceps.
- Tratar correctamente la distocia de hombro.
- Realizar correctamente la extracción manual de la placenta y las membranas.
- Detectar y reparar los desgarros de la parte superior de la vagina y del cuello uterino, así como los desgarros perineales de tercer grado.
- Realizar la compresión bimanual interna del útero para detener la hemorragia puerperal.
- Realizar correctamente la compresión aórtica para detener la hemorragia puerperal.
- Colocar una venoclísis y extraer sangre para análisis: hematocrito, hemoglobina, determinación de grupo y factor y detección de algunas enfermedades.
- Administrar correctamente los medicamentos oxitócicos para provocar el parto o intensificarlo, y venoclísis para tratar la hemorragia puerperal.
- Recetar y administrar ciertos medicamentos, por ejemplo, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, diazepam, antibióticos y analgésicos.
- Administrar tratamiento de urgencia y organizar el traslado oportuno de las mujeres con complicaciones graves a un centro sanitario de mayor complejidad; llevar los medicamentos y el equipo apropiado y acompañar a las pacientes durante el traslado para proporcionarles atención de urgencia, según sea necesario.
- Efectuar la reanimación cardiopulmonar.
- Verificación y atención del postaborto.

## ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PUERPERIO

**COMPETENCIA 5. En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada.**

### Conocimientos

- Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no solo al aparato reproductor, sino también a los demás aparatos y sistemas.
- La fisiología de la lactancia, cómo iniciar y mantener el amamantamiento y el reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.
- Los cambios psíquicos y emocionales que pueden ocurrir durante el puerperio y la necesidad de apoyo psicosocial.
- El vínculo entre madre e hijo y los factores que lo fomentan y dificultan.
- Vigilancia del estado físico, emocional y psíquico de la madre en el periodo puerperal inmediato.
- Los aspectos físicos de la atención, incluido el sueño, el reposo y la actividad adecuados; buena alimentación; normas estrictas de higiene personal y cuidado perineal y urinario.
- Los riesgos de infección y las medidas para prevenirla en la madre y el niño después del parto.
- La educación sanitaria y la instrucción acerca del cuidado personal, las medidas para aliviar problemas de salud leves comunes en el puerperio, y la atención del recién nacido.
- El método y los motivos que justifican la práctica de exámenes de la madre en el puerperio inmediato y a las seis semanas de ocurrido el parto.
- El diagnóstico y el tratamiento de la anemia puerperal.
- El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio, por ejemplo, infección del aparato reproductor, infección u otros trastornos de las vías urinarias, mastitis, fenómenos tromboembólicos, eclampsia, hemorragia puerperal, incompatibilidad al factor Rh y trastornos psiquiátricos.
- El duelo que se produce en caso de mortinato, muerte del bebé en el periodo neonatal o nacimiento de un niño anormal, y la función de la partera profesional de orientar, reconfortar y apoyar a la madre y a la familia.
- Las complicaciones obstétricas que pueden surgir en el puerperio (por ej., eclampsia, síndrome de HELLP, septicemia puerperal, hemorragia puerperal, embolia), el tratamiento de urgencia correspondiente y los arreglos para efectuar la derivación.
- Las enfermedades que pueden complicar el puerperio, por ejemplo, afecciones cardíacas, pulmonares y renales, y trastornos provocados por la hipertensión arterial y la diabetes.
- Aptitudes para brindar asesoramiento avanzado a la mujer y su familia, por ejemplo, en caso de VIH, después de un aborto, tras el nacimiento de un niño con malformaciones o por la muerte del recién nacido en el periodo perinatal.
- Técnica de la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- Propender al alojamiento conjunto con el recién nacido.

## Aptitudes básicas

- La partera profesional estará en condiciones de:
- Reconocer los datos importantes en los registros clínicos, o llevar a cabo un interrogatorio acerca del embarazo, el parto y el puerperio inmediato, a objeto de detectar factores que incidirán en la atención y la orientación brindadas.
- Realizar un examen físico puerperal sistemático a la madre para detectar cualquier posible problema.
- Proporcionar el tratamiento apropiado y oportuno frente a cualquier anomalía detectada durante el examen puerperal.
- Facilitar y apoyar el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.
- Aplicar medidas para prevenir la propagación de infecciones puerperales, diagnosticar y tratar las endometritis.
- Educar y aconsejar a la mujer sobre su cuidado personal y el del bebé.
- Asesorar a la mujer que ha tenido un mortinato o un aborto con respecto a la planificación familiar y la actividad sexual sin riesgo, y darle la posibilidad de tomar una decisión fundamentada respecto del método anticonceptivo más conveniente para ella.
- Proporcionar a la mujer la información, dispositivos y medicamentos adecuados para el método de planificación familiar elegido, y enseñarle a usarlo correctamente.
- Mantener un registro riguroso de la atención puerperal y disponer de lo necesario para el seguimiento o la remisión, según corresponda.
- Identificar alteraciones de índole psicológico o de desadaptación al medio que incida en su salud mental y referir oportunamente.

## Reanimación y otras aptitudes

- Siempre que sea necesario, la partera profesional tendrá a su cargo:
- La atención de urgencia de la mujer durante y después de una crisis de eclampsia y los arreglos necesarios para la remisión.
- El tratamiento de las hemorragias puerperales, incluida la evacuación del útero.
- La evacuación de una hematoma.
- El tratamiento de urgencia de la septicemia puerperal grave y los preparativos para la remisión de la mujer.
- La reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- Proporcionar enseñanza y orientación avanzadas.
- El dominio de técnicas avanzadas de planificación familiar, por ejemplo, la colocación de un dispositivo intrauterino o de implantes.

## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO PREESCOLAR

**Competencia 6. La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado preventivo del niño preescolar.**

### Conocimientos

- Cambios fisiológicos al nacer.
- Evaluación y atención del recién nacido.
- Maniobras de reanimación neonatal básica y avanzada.
- Vínculo entre madre e hijo.
- Procedimiento para examinar al niño en el momento de nacer y más adelante.
- Alimentación del lactante, lactancia materna y alimentación de sustitución.
- Necesidades nutritivas del lactante y el niño preescolar.
- Elementos esenciales de la atención diaria del recién nacido: mantenimiento de la termorregulación, cuidado de la piel y del cordón umbilical, vigilancia de los signos de infección o ictericia, observación de la frecuencia y las características de las heces, la alimentación, y los signos de crecimiento y detención de éste.
- Prevención de infecciones.
- Curva normal del crecimiento y desarrollo durante los cinco primeros años de vida.
- Calendario de vacunación de los cinco primeros años.
- Trastornos comunes del recién nacido: erupciones cutáneas, vómitos e infecciones leves, problemas leves de alimentación e ictericia fisiológica.
- Enfermedades y trastornos graves del recién nacido: infecciones graves, dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, ictericia patológica, traumatismos al nacer, malformaciones congénitas y convulsiones en el periodo neonatal.
- Enfermedades infecciosas: diagnóstico, tratamiento y complicaciones.
- Recién nacidos de bajo peso al nacer: prematuros y pequeños para la edad gestacional.
- Estadísticas vitales: tasas de mortinatalidad nacional y local, tasas de morbilidad y mortalidad perinatales, neonatales y de menores de un año; causas de morbilidad y mortalidad y las medidas que se requieren para reducir las tasas actuales.
- Seguimiento del recién nacido y el niño preescolar y forma correcta de utilizar los registros clínicos.
- Trastornos metabólicos y endocrinos del recién nacido: hipocalciemia e hipomagnesiemia, hipernatriemia, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística e hipotiroidismo.
- Atención del lactante de muy bajo peso al nacer.
- Manejo de la madre y padre canguro.
- Trastornos cardíacos prevalentes del recién nacido.
- Muerte súbita del lactante.
- Conocimientos profundos de los factores asociados con la muerte fetal; las tasas de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y los menores de un año, y nociones sobre las estrategias que se requieren en los ámbitos nacional y local para reducirlas.

## Aptitudes básicas

- La partera profesional estará en condiciones de:
- Despejar las vías respiratorias del recién nacido, si es necesario, para facilitar la respiración.
- Evaluar el estado del recién nacido.
- Utilizar correctamente la bolsa de ventilación y la mascarilla para reanimar al bebé que presenta asfixia.
- Secar la piel del recién nacido al nacer, colocarlo en el abdomen o el tórax de la madre de modo que haya contacto de su piel con la de ella, y cubrirlo para mantener la temperatura corporal; si este contacto no es posible, colocar al bebé en una superficie limpia y templada, y abrigarlo bien.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical solo en el momento que sea necesario (cuando deje de latir o antes en caso de patología fetal, adoptando las medidas necesarias para evitar que se infecte).
- Examinar sistemáticamente al recién nacido, cabeza a pies, para detectar cualquier malformación congénita, traumatismos del parto o signos de infección.
- Ayudar a la madre a colocar al recién nacido para amamantarlo, evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre sobre posibles dificultades posteriores y para la detección precoz de problemas.
- Instruir a la madre y a la familia sobre todos los aspectos de la alimentación del lactante, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.
- Enseñar a la madre a realizar correctamente las tomas de leche y supervisarla; enseñarle a dar biberón al recién nacido si ha optado por la alimentación con sucedáneos a la leche materna.
- Mostrar el seguimiento correcto de las medidas de higiene para evitar infecciones en el recién nacido y el niño preescolar.
- Apoyar a los padres y la familia en situaciones de duelo perinatal.
- Instruir a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseñarle a verificar que las heces sean normales.
- Vigilar el crecimiento y el desarrollo del bebé en el periodo neonatal y durante los cinco primeros años de vida.
- Detectar enfermedades leves y graves en el recién nacido y tratarlas como es debido, así como hacer los arreglos para la remisión en caso de que esta sea necesaria.
- Dar la atención adecuada al bebé de bajo peso al nacer y organizar la remisión si surgen complicaciones potencialmente graves o si el peso del bebé al nacer es muy bajo.
- Instruir a los padres sobre los signos de enfermedades potencialmente graves en el recién nacido y el niño preescolar, y sobre la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.
- Administrar las vacunas correctamente en el momento óptimo y advertir a los padres acerca de los posibles efectos adversos y la fecha en que deben regresar para administrar las demás.
- Orientar a los padres sobre la forma de utilizar los recursos comunitarios destinados a las familias.
- Informar sobre el seguimiento para la vigilancia y la atención médicas.
- Llevar un registro completo y preciso en el formulario de atención.
- Educar a las madres y los padres para que realicen la estimulación psicosocial del recién nacido, niña y niño.

### Reanimación y otras aptitudes

- Cuando sea necesario, la partera profesional podrá proporcionar o aplicar:
- Maniobras avanzadas de reanimación, como la insuflación con oxígeno a presión positiva, intubación endotraqueal y administración de medicamentos al recién nacido con asfixia grave.
- La determinación exacta de la edad gestacional.
- La atención el recién nacido enfermo o de muy bajo peso al nacer.
- El tratamiento de urgencia de afecciones potencialmente mortales, por ejemplo, establecer una venoclisis, administrar los medicamentos apropiados, vigilar el estado del recién nacido, actuar correctamente según los resultados y preparar a la madre y al recién nacido para la derivación.
- Información y orientación detalladas para los padres, las familias y la comunidad.
- Manejar correctamente equipos como cuna de calor radiante, fototerapia e incubadoras de transporte.

NOTA: En el marco del acuerdo OPS/USAID la Escuela de Matronas de la Universidad de Chile con el apoyo del CLAP/SMR ha elaborado una publicación en la que estas y otras competencias son dispuestas en programas de capacitación de parteras en modelos de tres o de cinco años, dependiendo de las necesidades y urgencias de cada país. este material se encuentra disponible en el sitio Web del CLAP/SMR.

### REFERENCIAS

Benner P. Issues in competency-based testing. *Nursing Outlook* 30 (5) : 303-309.

Eraut M, Cole G. 1994. Assessing competence in the professions. Employment Department, Sheffield, Reino Unido.

Starrs A 1998 The Safe Motherhood Action Agenda: report of a technical consultation, Sri Lanka, FCI, Nueva York.

Wood R. Aspects of the competence-performance distinction: Educational, psychological and measurement issues. *Journal of Curriculum Studies*, 19: 409-424, 1987.

# Indice

1. INTRODUCCIÓN .....	86
2. ¿QUÉ SON LAS NORMAS?.....	88
3. DEFINICIÓN DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA .....	90
4. BENEFICIOS DEL USO DE NORMAS .....	91
5. USO DE UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIAS PARA ESTABLECER Y FORMULAR NORMAS...	93
6. CÓMO FORMULAR NORMAS PARA EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA.....	94
7. ESTABLECIMIENTO DE NORMAS NACIONALES.....	96
8. PASOS DETALLADOS PARA LA FORMULACIÓN DE NORMAS .....	99
FASE 1: Formulación de las normas .....	99
FASE 2: Aplicación de las normas.....	100
FASE 3: Monitoreo de la aplicación de las normas .....	102
FASE 4: Auditoría de las normas .....	102
FASE 5: Medidas que deben adoptarse para mejorar las normas o su ejecución.....	103
9 RESUMEN.....	104
10 CONCLUSIONES.....	105
REFERENCIAS .....	106
ANEXO 1. Ejemplo de una norma para el ejercicio de la partería para la maternidad segura (OMS/SEARO) .....	107

## 1. INTRODUCCIÓN

Las normas para el ejercicio son un componente importante de cualquier programa de garantía de la calidad en la atención de salud. Actúan como puntos de referencia para evaluar el desempeño del personal sanitario. Sin normas que guíen el ejercicio, no es posible determinar si los profesionales están prestando atención de calidad según los requisitos de servicio o si satisfacen las necesidades de los clientes. Por consiguiente, se requieren normas para el ejercicio de la partería que promuevan la asistencia de partería de buena calidad y que a su vez ayuden a reducir las altas razones y tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales que prevalecen en muchos países con recursos limitados.

Esta herramienta se ha preparado como parte de la serie Herramientas para el Fortalecimiento de la Partería para Reducir los Riesgos del Embarazo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y responde a preguntas relacionadas con las normas del ejercicio profesional, como por ejemplo, ¿Qué son las normas del ejercicio?; ¿Por qué son importantes?; ¿Cómo se pueden formular normas?; ¿Quién debe formularlas?, y ¿Cómo pueden medirse dichas normas? Entre las herramientas para el fortalecimiento de la partería figuran las siguientes:

- Una justificación que describe la necesidad de fortalecer la partería en los países y la manera en que las parteras profesionales pueden contribuir a los esfuerzos del país para lograr buena salud reproductiva para todos, y alcanzar las metas de la maternidad segura.
- Las competencias esenciales que toda partera profesional debe poseer, aun en entornos con pocos recursos.
- Pautas para la elaboración de un programa de estudios de partería.
- Pautas para preparar a profesores de partería.

Otras normas venideras incluirán: Cómo supervisar de manera propicia a las parteras profesionales y Desarrollo de liderazgo y aptitudes de promoción de la causa para las parteras profesionales. Las herramientas para el fortalecimiento de la partería se han preparado en colaboración con la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y con el aporte de numerosos expertos internacionales en partería. Estas forman parte de un paquete de herramientas que ha creado la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo de la OMS, conjuntamente denominado serie de Atención Integrada del Embarazo y el Parto (AIEP). Esta serie de herramientas tiene como finalidad proporcionar a países, directores de programas, elaboradores de políticas y profesionales, como individuos y asociaciones, orientación basada en evidencia para mejorar los servicios de salud dirigidos a mujeres y recién nacidos, y reducir el costo innecesario e inadmisibles de muerte y discapacidad asociadas con el parto, que debe ser un acontecimiento normal y de felicidad. La serie Herramientas para el Fortalecimiento de la Partería complementa las herramientas clínicas de AIEP al esbozar la mejor manera de prestar atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal, y el manejo de las complicaciones de las mujeres y los recién nacidos. También coincide con las diversas guías de manejo y planificación, con miras a hacer el embarazo y el parto más seguros.

## ¿Por qué tener normas?

Actualmente se reconoce que los factores fundamentales para todos los países que procuran reducir las razones de morbilidad y mortalidad maternas y lograr que todo recién nacido goce de salud al comienzo de su vida, incluyen invertir en el fortalecimiento de ayudantes capacitados, es decir, profesionales de salud con aptitudes de partería, y lograr que todas las mujeres —especialmente las pobres y desfavorecidas— puedan tener acceso a dichas aptitudes y se beneficien de ellas (Van Lerberge y De Brouwere, 2001). Como mínimo, un ayudante capacitado debe poder hacer lo siguiente: ayudar a las mujeres y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal normales; detectar las complicaciones; y tener la capacidad de referir a las mujeres y los recién nacidos para que reciban atención de niveles más altos, si se requiere. De sobra está decir que hacer que las parteras profesionales puedan aplicar normas profesionales acordadas, universalmente aceptadas y basadas en evidencias, representa solo un eslabón en la cadena necesaria para lograr que todas las mujeres y los recién nacidos puedan beneficiarse de una atención capacitada.

Durante el análisis de 10 años de la Iniciativa para una Maternidad Segura, la Consulta Técnica de Maternidad Segura celebrada en Colombo, Sri Lanka, en 1997, recomendó que se aplicaran normas en todo el mundo para lograr la calidad.

*“Los proveedores de servicios deben establecer normas para la prestación, gestión y supervisión de servicios, en colaboración con representantes de sus clientes, asociaciones profesionales, dependencias gubernamentales e instituciones de adiestramiento. Las normas deben abarcar la satisfacción de los clientes, la competencia del proveedor, el consentimiento informado de los pacientes, el uso apropiado de tecnología, la disponibilidad de suministros médicos y el equipo y adiestramiento o certificación de los proveedores. Las normas de prestación de servicios deben darse a conocer a todos los proveedores y clientes, y deben usarse en el monitoreo regular de la prestación de servicios.”*

**—OMS, 1997, Día Mundial de la Salud para la Maternidad segura, 7 de abril de 1998, WHD 98,8. Quality of Care Fact Sheet.**

A pesar del convenio sincero de la comunidad mundial en cuanto a que la definición de las normas para la prestación de servicios debe ser una prioridad, hasta la fecha se ha progresado poco en hacer que se establezcan normas en todos los niveles del sistema de atención sanitaria. Se insta a los que procuran fortalecer la partería en los países a hacer todo lo posible para elaborar, ejecutar y monitorear regularmente normas para la profesión, incluidas las relativas a los servicios de partería, y también las que tienen que ver con la educación, la reglamentación y el ejercicio de dicha especialidad.

Es crucial cerciorarse de que los que presten una atención materna de calidad sean competentes, dispongan del equipo necesario y tengan el derecho legal de ejercer. La formulación de normas no satisface la necesidad de ninguno de estos requisitos. Lo que el establecimiento de normas sí puede hacer es determinar más precisamente qué tipo de educación y adiestramiento, equipo y legislación se requieren. Las normas también deben incluir un procedimiento para hacer que nuevas evidencias, precedentes de resultados pertinentes y de investigación de alta calidad, se lleven a la práctica.

El uso de normas de ejercicio puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal de partería. Tales normas deben basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género. Al establecer y estar de acuerdo con los criterios conforme a los cuales se va a juzgar la competencia, estos pueden usarse como base para conceder licencia para practicar, o, cuando se evalúa la práctica actual, organizar programas de perfeccionamiento y de actualización, así como elaborar programas de estudios.

Las normas también pueden ayudar a determinar los problemas operativos que deben resolverse para satisfacer el nivel acordado de desempeño. El proceso de uso, monitoreo y prueba de la norma también puede ayudar a revelar cuáles estructuras, sistemas y equipo se requieren, incluidos legislación, políticas y protocolos esenciales para apoyar el ejercicio de la partería. Durante la auditoría de la norma, pueden detectarse deficiencias de la estructura y el proceso, y pueden planificarse las medidas para corregirlas. Además, durante el proceso pueden hacerse evidentes las esferas prioritarias de investigación operativa apropiada. A su vez, tal investigación puede ayudar a definir o redefinir la norma esperada.

## 2. ¿QUÉ SON LAS NORMAS?

Hay muchas definiciones diversas de lo que es una norma: la elección de una definición apropiada puede depender del contexto en el que se usa la palabra. De cualquier manera que se use, la palabra norma siempre tiene que ver con algún punto de referencia o una pauta acordada, y generalmente se usa en relación con la calidad.

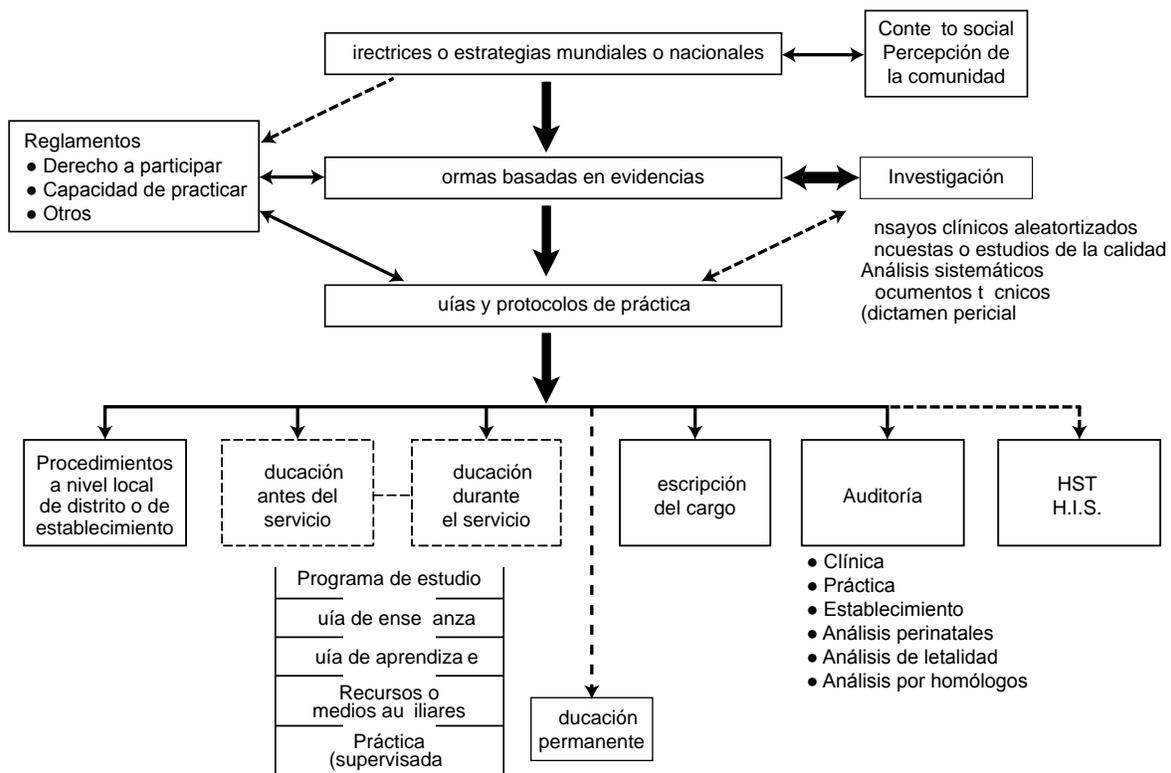
La calidad puede definirse como el grado en que el servicio prestado satisface las expectativas o las necesidades de los que usan o desean usarlo. La atención de salud de calidad, por ejemplo, puede definirse como “El grado en que la atención de salud proporcionada satisface las expectativas o las necesidades de las personas” (Heiby, 1995). En cualquier caso es necesario declarar cuáles son las necesidades o las expectativas y poder medir el servicio prestado, de manera que se pueda juzgar conforme a lo que se esperaba o era necesario. Aquí es donde tenemos normas. Las normas dicen lo que debe ser. Por consiguiente, una norma puede considerarse como:

*“Un nivel acordado de desempeño para lograr un resultado particular”*

—(WHO, 1999a).

Las normas se han hecho más prominentes a medida que los países han emprendido programas de garantía de calidad o de mejora de la misma. Las normas para la atención sanitaria, o más especialmente para los servicios de partería que van a prestarse, pueden considerarse como la meta que se debe lograr, o alternativamente un resultado particular en torno al cual se diseñan y ejecutan intervenciones definidas, y frente a las cuales en último término se miden los servicios prestados. (Véase la figura 1, donde se presenta un marco típico de garantía de la calidad o de mejora de la calidad, y se indica dónde encajan las normas en este proceso).

FIGURA 1. Marco para la atención de calidad



Las normas no constituyen algo nuevo. Lograr un nivel particular de desempeño, es decir, satisfacer cierta norma, es la raíz de todos los exámenes y evaluaciones, desde los exámenes escolares iniciales hasta los exámenes de aptitud para la entrada en cualquier práctica profesional. También se acepta que el requisito de poseer cierto conjunto de aptitudes o conocimientos y ajustarse a ciertos comportamientos definidos, o “códigos de conducta”, es lo que define a un grupo profesional. En este respecto, esos “códigos de conducta” son normas. Sin embargo, lo que sí es nuevo es el proceso o la metodología conforme a los cuales tales normas se establecen y luego se usan. La terminología que se utiliza en las normas se ha convertido también en un tema de estudio académico.

Tradicionalmente, a menudo las normas las establecían personas consideradas expertas, por lo general funcionarios de altos rangos, profesores o gente que conocía muy bien el tema. En muchos casos esto era aceptable. No obstante, dado el aumento rápido de la investigación y las exigencias de la sociedad, en particular en cuanto a la responsabilización y al acceso del público a los conocimientos, este proceso ya no es admisible. Cada vez más, el usuario exige no solo calidad de los proveedores de servicios, sino que también existe la expectativa de un precio razonable del servicio recibido y el deseo de participar en la definición y en la medición de las normas, especialmente cuando estas se relacionan con la atención de calidad. Por lo tanto, hoy en día se necesita que las normas sean explícitas y que se basen en evidencia, o por lo menos en los mejores datos probatorios posibles disponibles. Ya no es aceptable que las normas se basen solo en las opiniones de un pequeño grupo selecto de personas, aunque cuando no existen investigaciones científicas sobre un tema particular, un dictamen pericial es aceptable. Por último, las normas deben vincularse al producto, que a menudo se denomina resultados, para que su eficacia pueda medirse.

### 3. DEFINICIÓN DEL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

El primer paso para definir cualquier grupo profesional consiste en definir lo que en particular une a sus miembros para formar una profesión. En otras palabras, lo que pertenece exclusivamente a ellos. ¿Qué es lo que hace que las parteras profesionales sean parteras profesionales, y no miembros del público sencillamente? En algunos países esta pregunta puede ser problemática.

Tradicionalmente, la partera profesional se definía como *“la persona en la sociedad que tenía habilidades de partería”*, alguien que ayudaba a las mujeres durante el parto. Sin embargo, con el transcurso de los años lo que se considera *“asistencia apropiada”* se ha convertido en un tema de mucho interés, debate y estudio. La importancia del nacimiento dentro de la sociedad ha cambiado, y en muchos países el nacimiento se ve como un asunto de salud, y no como un suceso sociológico. El nacimiento se considera una cuestión que atañe a la profesión médica,

o a un grupo de especialistas dentro de la profesión médica. En consecuencia, se ha procurado capacitar a ciertas personas en particular para que tengan las aptitudes que se considera que son necesarias para ayudar a las mujeres durante el embarazo y el parto, y más específicamente para salvar la vida de la mujer y/o la del recién nacido, si surgen complicaciones. Por lo tanto, muchos profesionales sanitarios diferentes, por ejemplo enfermeras, médicos generales y trabajadores sanitarios generales, empezaron a desarrollar *“aptitudes de partería”*. Dado que esto sigue ocurriendo, se ha hecho cada vez más importante definir la profesión que se denomina partería. Aunque se reconoce que en algunas partes del mundo el término partería o partera profesional no se conoce ya que no puede haber una palabra apropiada para traducirlo. La historia de todas las culturas indica que se considera que el nacimiento requiere asistencia de alguien y que en la mayoría de los países no se espera que las mujeres den a luz sin ayuda. También se reconoce que en algunos países no hay profesionales sanitarios especialistas que se llamen parteras profesionales, que practiquen el arte y las habilidades de la partería. En estos países el embarazo y el nacimiento se ve como un trastorno médico que requiere la atención de una enfermera y un médico, aunque hay datos que demuestran lo contrario.

Quizás una de las normas más tempranas y más conocidas internacionalmente para la partería es la ‘definición de partera’. No fueron solo los que formaban parte de la profesión los que se denominaban *“parteras profesionales”*, sino también otros que se consideraba que tenían un interés legítimo en definir a la partera, es decir, los obstetras, y la principal autoridad sanitaria internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ver definición completa de partería en la página 16.

La definición de partera fue la primera declaración universal unificadora que describía lo que una partera profesional debía poder hacer. Aunque ha sido muy útil para muchos, por sí misma no define específicamente el ejercicio de la partería. Es difícil, pero no totalmente imposible, usar esta definición tal como está para evaluar a cada profesional

en diferentes países y en diversos entornos, y saber si la atención que presta se ajusta a cierto nivel de calidad (se ajusta a normas acordadas).

Así, para poder definir el *ejercicio de la partería* de una manera significativa, es imprescindible acordar normas particulares cuantificables, y luego realizar una auditoria periódica para determinar si se están cumpliendo las normas. Con el tiempo, también es importante determinar o juzgar, usando preferentemente métodos fiables, si esta norma de atención ha dado lugar a mejores resultados de salud o a una mayor satisfacción de los clientes acerca de la atención que han recibido. Aunque es posible hacer esto en cierta medida a nivel internacional o incluso regional, para que sea eficaz lo mejor es que esta actividad se lleve a cabo lo más cerca posible del lugar de la práctica. Es solo a nivel de la práctica que puede medirse la atención prestada. Sin embargo, es importante que las normas de práctica dentro de un país se ajusten a algunas normas nacionales o internacionales de aceptabilidad. Generalmente, a nivel internacional y nacional las normas se expresan como reglas o códigos de conducta o, a veces, como protocolos nacionales. Por ejemplo, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) ha establecido un código deontológico profesional, y una de las declaraciones del código deja claro que, ante la ICM, las parteras profesionales tienen una responsabilidad y una obligación moral o de ética de trabajar de cierta manera, de *“usar sus conocimientos profesionales (y aptitudes) garantizar prácticas seguras de asistencia durante el nacimiento en todos los entornos y las culturas y responder a las necesidades psicológicas, físicas, emocionales y espirituales de las mujeres que solicitan atención de salud, sean cuales sean sus circunstancias”* (ICM, 1993, revisado en 1999).

En cierto modo, ambas declaraciones, la definición y el código deontológico actúan como normas, es decir, definen lo que las parteras profesionales deben hacer. Estas declaraciones internacionales se han usado en muchos países para la redacción de normas particulares en cuanto a la manera en que las parteras profesionales de los países deben desempeñar su labor. Mediante el uso de las declaraciones también ha sido posible definir cuáles competencias se requieren para ajustarse a esta definición. La Confederación Internacional de Matronas ha elaborado esa lista de competencias usando un estudio de Delfos riguroso en el que participaron muchos países del mundo (ver competencias esenciales de partería, página 59).

## 4. BENEFICIOS DEL USO DE NORMAS

- **Contribuir a la uniformidad.** Tener normas explícitas y escritas permite no solo realizar mediciones más normalizadas o uniformes, sino también que los clientes, las familias y las comunidades sepan qué nivel de asistencia de partería pueden esperar. Por consiguiente, es posible para ellos, así como para los que aprueban o supervisan la asistencia de partería, determinar si las parteras profesionales están prestando la calidad de atención necesaria o que se considera aceptable a las mujeres y a sus familias.

Evidentemente, las normas necesarias, o por lo menos las que se consideran apropiadas, variarán de un país a otro e incluso en el transcurso del tiempo, a medida que se disponga de recursos y conocimientos nuevos, o a medida que cambien las expectativas en la sociedad.

- **Definir la competencia.** El uso de normas para el ejercicio de la partería puede ser útil para determinar las competencias que las parteras profesionales deben tener para poder brindar asistencia de partería de calidad; a su vez, esto ayuda a establecer criterios de adiestramiento. Las normas indican no solo lo que las parteras profesionales van a hacer, sino también el nivel de desempeño necesario para considerarse competente para entrar en la profesión. También pueden indicar cuáles tareas fundamentales deben desempeñar las parteras profesionales y, como tal, deben basarse en evidencias de apoyo para determinar lo que es o no es fundamental.
- **Determinar el entorno “favorable” necesario.** Además, las normas pueden indicar los elementos esenciales que deben haberse establecido para permitir a las parteras profesionales desempeñar eficazmente las tareas especificadas, por ejemplo, qué medicamentos y equipo se necesitan. Estos elementos pueden verse como requisitos previos e incluir políticas y sistemas de apoyo, así como suministros y equipo esenciales y adiestramiento particular. Conjuntamente, estos elementos a veces se denominan “entorno favorable”. Sin él, a menudo la práctica resulta perjudicada. Por consiguiente, en este respecto las normas actúan como protectoras de cada partera. Si no se presta cuidado al “entorno favorable”, posiblemente se culpe a las parteras profesionales en caso de malos resultados, cuando en realidad quizás estas hayan proporcionado la mejor atención posible, con los recursos que tenían a su disposición en ese momento. Así pues, las normas también pueden indicar lo que se exige del sistema de salud, cuáles datos son necesarios y la forma de los sistemas de información de gestión. En resumen, las normas son el centro no solo de la definición sino también de la prestación de la atención de calidad.
- **Definir las normas profesionales.** Por lo tanto, las normas para el ejercicio de la partería sirven para establecer normas profesionales y proporcionar una base para las competencias que se consideran esenciales para el ejercicio de esta profesión. Ayudan a las parteras profesionales a saber qué hacer y cómo aplicar las competencias necesarias. También permiten saber a los clientes y otros miembros del público en qué consiste la asistencia de partería de calidad, y qué esperar cuando solicitan atención de salud para ellos mismos y para sus familias. Estos conocimientos les permiten determinar si su partera es una profesional competente en quien pueden confiar.
- **Ayudar a reducir la duplicación innecesaria de las tareas de los diferentes profesionales de la asistencia sanitaria y establecer una base para el diálogo beneficioso entre diferentes grupos profesionales.** Por último, el uso de normas puede ayudar a reducir la duplicación de las tareas que realizan diferentes trabajadores de salud. Si las normas de práctica se han acordado y son ampliamente accesibles, hay cabida para comparar diferentes grupos y entablar diálogos entre grupos distintos de profesionales. De este modo se pueden evitar repeticiones innecesarias e inútiles de las tareas y responsabilidades, y por lo tanto, efectuar un trabajo en equipo más eficaz.

## 5. USO DE UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIAS PARA ESTABLECER Y FORMULAR NORMAS

Las normas, si se redactan bien, deben describir claramente las competencias que las parteras profesionales deben tener y las tareas fundamentales que deben realizar. Para la toma de decisiones respecto a cuáles tareas son fundamentales se necesitan evidencias. El examen de aquellas que han demostrado ser beneficiosas constituye la primera tarea que debe efectuarse en la formulación de normas. Luego, dado que las normas deben poder demostrar resultados cuantificables, se deben establecer criterios claros para satisfacer la norma y crear indicadores de calidad cuantificables. Cuando estos se han establecido, se facilita la posibilidad de llevar a cabo investigación adicional.

El uso de resultados de la investigación en lugar de opiniones para establecer normas también ayuda a eliminar, o por lo menos a desalentar, las prácticas basadas en rituales innecesarios. Se puede mejorar además la eficacia del personal porque se dedica tiempo a prestar atención basada en la investigación. Los resultados de las pruebas en el terreno de las normas para el ejercicio de la partería de la *South East Asia Regional Office* (SEARO/OMS) indicaron que la aplicación de las normas produjo muchos cambios positivos en el trabajo de las parteras profesionales que las usaban. Al mismo tiempo, las usuarias expresaron más satisfacción con la atención recibida, y opinaron que el personal que había recibido adiestramiento en partería se preocupaba por el bienestar de los clientes, pasaba más tiempo con ellas y proporcionaba atención y educación sanitaria más integral. Otro resultado importante que observaron al usar las normas fue que las usuarias regresaron con mayor frecuencia para recibir atención de seguimiento, y disminuyeron las tasas de deserción y de casos perdidos. Esto tiene consecuencias importantes para la utilización de los servicios de partería.

La mayor ventaja que notaron todos los que usaron estas normas en SEARO/ OMS fue que estas se basaban en la mejor evidencia disponible. Por ello, los gerentes y el personal por igual confiaban más en ellas y estaban dispuestos a adoptarlas. Muchas prácticas corrientes de atención, que anteriormente se habían realizado como intervenciones 'basadas en rituales' sin evidencia de apoyo, se han desalentado desde que se empezaron a aplicar estas normas. En consecuencia, se ha ahorrado tiempo, energías y recursos al eliminar prácticas innecesarias y los servicios de partería prestados se han vuelto más eficaces y económicos.

Una ventaja inesperada que observaron los que participaron en la prueba en terreno fue que, en algunos países, el uso de las normas ha permitido mejores relaciones de trabajo entre profesionales de distintos campos, a medida que los médicos sienten más respeto hacia las parteras profesionales que usan estas normas y confían más en ellas. En otros lugares, el debate sobre la evidencia ha conducido a un diálogo más beneficioso entre el personal médico y el de partería, y en algunos casos ha llevado al establecimiento de investigación colaborativa para determinar si las prácticas nuevas descritas en las normas producen resultados análogos en diferentes entornos (informes de los sitios donde se realizaron pruebas en terreno de las normas para el ejercicio de la partería para la maternidad segura (SEARO/OMS), presentados en el taller colaborativo regional de medio trienio de Maternidad Segura de OMS/ICM/ UNICEF, celebrado en Nueva Delhi, 1996).

Por último, en el proceso de preparar y ejecutar normas para el ejercicio de la partería, los países han podido determinar las deficiencias en las aptitudes y los conocimientos del personal que ha recibido adiestramiento de partería, así como deficiencias en los suministros, el equipo y los sistemas de apoyo que se requieren para la prestación de asistencia de partería de calidad. Como resultado de ello, se han adoptado medidas para remediar estas deficiencias y esto ha contribuido no solo a mejorar la asistencia de partería, sino también a mejorar la gestión de este tipo de servicios (WHO, 1999b). En el anexo 1 se presenta un ejemplo de cómo SEARO decidió redactar sus normas para el ejercicio de la profesión. Sin embargo, recordamos al lector que estas normas se redactaron para una situación particular y que hay muchas maneras de redactar normas. Por ejemplo, el equipo del proyecto de SEARO decidió que se iban a incluir todos los elementos que constituyen una norma, además el proceso que debe usarse. Se hizo así para tener un documento integral completo que fuera útil para el personal de partería, los gerentes, supervisores y educadores o instructores. Tales detalles relativos al proceso a menudo no se incluyen en una norma.

## 6. CÓMO FORMULAR NORMAS PARA EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

- La elaboración de normas incluye básicamente las siguientes cinco fases:
- Establecimiento de un nivel acordado de desempeño (al establecer las normas para el ejercicio).
- Aplicación de las normas (cerciorarse que las parteras profesionales estén al tanto de las normas y en condiciones de cumplir con ellas).
- Monitoreo del uso de las normas (para ver si las parteras profesionales realmente están aplicando las normas).
- Auditoria de las normas para conocer en qué las parteras profesionales las están aplicando, proporcionar la validación necesaria de las que se están utilizando, o determinar las razones por las que no se están siendo usadas.
- Análisis de los resultados y adopción de medidas necesarias para mejorar las normas, o promover su ejecución.

### ¿Qué se dice acerca de la medición de la repercusión?

Un paso adicional, además de los cinco descritos anteriormente, sería determinar las repercusiones que han tenido las normas, en cuanto a mejores resultados de salud para las mujeres y los recién nacidos. Por lo general esta fase se separa del trabajo particular que se efectúa en las normas, ya que pertenece a la categoría de investigación. También puede ser muy compleja y requerir métodos de investigación rigurosa para demostrar la presencia de nexos causales directos. Hay muchos factores que pueden influir en el logro de resultados particulares, de los cuales no todos están bajo el control directo de la partera. Por ejemplo, puede haber prácticas culturales prevalentes en el hogar o la familia que perjudican el resultado de un embarazo saludable, y puede tomar muchos años cambiar tales prácticas, si es que se pueden cambiar en absoluto. La partera profesional debe, como parte del ejercicio adecuado de su profesión, procurar influir en las familias para promover la adopción de comportamientos saludables. Las parteras profesionales pueden hacer esto en la mejor forma que sus capacidades se lo permitan, pero los factores externos pueden seguir conspirando contra la obtención de resultados cuantificables.

Además, es posible que las normas —o algunas de ellas— deban usarse por algún tiempo antes de que puedan demostrarse resultados directos. Por todas estas razones, algunos expertos en la formulación de normas prefieren centrarse en indicadores de procesos para verificar que las normas se estén ejecutando y determinar en qué grado. Recomiendan que se posponga la labor de medir la repercusión que las normas pueden tener. Al elaborar normas para el ejercicio, siempre se requiere un enfoque pragmático y cada grupo debe tomar sus propias decisiones acerca de lo que pueden medir y lo que será útil medir.

Es importante ser consciente de que la simple redacción de normas para el ejercicio de la profesión no mejorará por sí misma la calidad de los servicios de partería. Para que los servicios mejoren, debe prestarse cuidado a las cinco fases de la elaboración y —lo que es crucial— al establecimiento de todos los requisitos previos para lograr que en efecto las parteras profesionales puedan practicar su profesión, ya que estas necesitan un “entorno favorable” para poder hacerlo.

## **FASE 1 El establecimiento de las normas**

El establecimiento de normas no es una tarea sencilla o única. Con frecuencia requiere tiempo e inversión de diferentes interesados directos. Aunque hay algunas variaciones en el establecimiento de normas a nivel nacional o distrital, los procesos que deben seguirse generalmente son los mismos. Es probable que la diferencia principal sea que a nivel nacional las normas serán más genéricas y estarán más de acuerdo con un código de conducta.

La descripción de lo que las parteras profesionales deben poder hacer no la realiza solamente la profesión de la partería.

Los grupos profesionales pueden tomar la delantera en la descripción de lo que piensan que son resultados deseados, pero dichos resultados deben analizarse y aceptarse con la participación de representantes del gobierno y de la sociedad civil, instancias normativas de salud y gerentes de servicios de salud, y con las mujeres.

Los resultados deben ser sencillos y cuantificables. Es probable que haya varios resultados aconsejables, pero un resultado principal podría ser, por ejemplo, que todas las mujeres y las familias soliciten la ayuda de una partera profesional para el embarazo, para que esta proporcione atención en el parto y el periodo posnatal, ya que se ha demostrado que esto es fundamental para reducir la mortalidad materna y neonatal.

Una vez que se ha llegado a un acuerdo en cuanto a los resultados que se desean, es necesario examinar las evidencias para ver cuál es la mejor manera de lograr los resultados y estar de acuerdo respecto a asuntos clave de la práctica esencial. Por ejemplo, para lograr el resultado que se dio como caso ilustrativo, la sociedad debe ver a las parteras profesionales como personas capaces de prestar atención de calidad a las mujeres y a las familias, para que estas y las comunidades confíen en ellas y soliciten su ayuda. Esto quiere decir que las parteras profesionales deben poder prestar atención eficaz en el embarazo, el parto y el periodo posnatal. Se debe especificar el significado exacto de ‘atención eficaz’. Además, para lograr que las mujeres y las familias soliciten asistencia de partería, las parteras profesionales deben prestar atención de una manera que las mujeres y las familias consideren aceptable. Esto debe definirse claramente. A nivel nacional, para llegar a un acuerdo respecto a una definición será necesario considerar las opciones estratégicas y tomar una decisión después de considerar todas las opciones. A nivel local, el

proceso puede ser más fácil ya que será posible entablar un diálogo directo con las comunidades y las familias para determinar lo que es aceptable o no.

Luego, es necesario estar de acuerdo respecto a las tareas fundamentales y el nivel de desempeño que las parteras profesionales deben lograr. Las tareas fundamentales que las parteras profesionales deben realizar y cómo deben cumplir estas tareas, deben verse dentro del contexto del marco más amplio normativo y de políticas. Se necesita que todos estén de acuerdo en que estas tareas son apropiadas para que las parteras profesionales las realicen. Esto requerirá un examen del marco normativo y de políticas. Si se considera esencial que las parteras profesionales lleven a cabo estas tareas para lograr las metas nacionales de la maternidad segura y hay evidencias que apoyen la adición de prácticas particulares, es posible que estos marcos deban ponerse en tela de juicio y cambiarse.

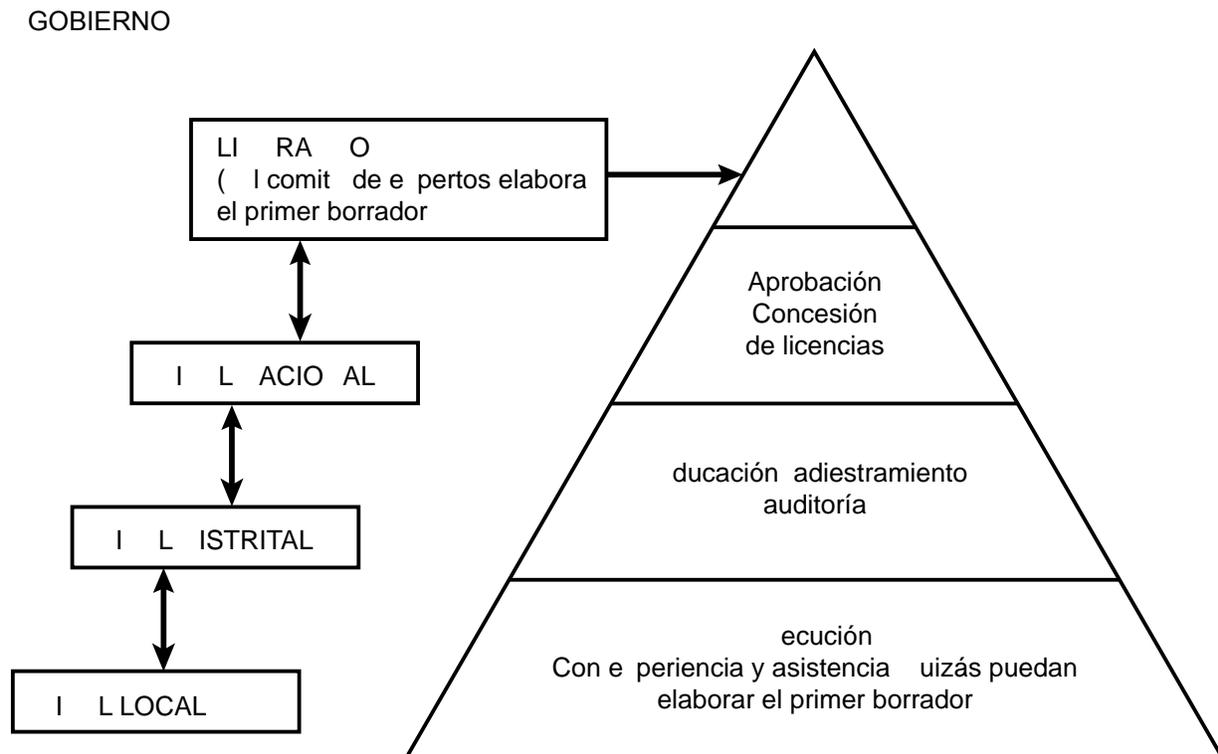
Por último, es esencial ponerse de acuerdo en cuanto a los requisitos previos que deben existir para que las parteras profesionales puedan llevar a cabo las tareas establecidas en las normas. Aunque los requisitos previos no son responsabilidad de cada partera, deben considerarse cuidadosamente para cerciorarse de que la norma establecida sea aplicable. Si se observa que uno o más de los requisitos previos acordados no pueden implantarse, se requerirá reevaluar lo que puede lograrse y posiblemente volver a redactar la norma. A pesar de que las normas pueden ser hasta cierto punto ambiciosas (establecidas como algo que ha de lograrse en lugar de lo que es práctica actual), no es útil fijar normas que son imposibles de lograr. Un criterio clave de una buena norma para cerciorarse de que sea realista y cuantificable, es que sea realizable; por lo menos durante un periodo relativamente corto y, por lo tanto, como mínimo debe existir el potencial para establecer los requisitos previos.

Los requisitos previos incluyen: políticas y sistemas de apoyo, equipo y suministros esenciales, satisfacción de las necesidades educativas cruciales y provisión de todo adiestramiento necesario. Por consiguiente, se requiere un escrutinio cuidadoso para determinar cuáles son los requisitos previos esenciales para cada tarea en cada esfera de la práctica. La determinación eficaz de los requisitos previos apropiados es más probable cuando los profesionales mismos participan en el proceso.

## 7. ESTABLECIMIENTO DE NORMAS NACIONALES

La forma en que la mayoría de los países definen las normas de la práctica profesional suele ser mediante un Código de Conducta Profesional. Los códigos de conducta pueden adoptar muchas formas. La mayoría los elabora el organismo nacional de reglamentación que aprueba el registro y la concesión de licencias de los miembros de la profesión (véase “Legislación y reglamentación de la partería – Hacer posible la maternidad segura”), en consulta con la asociación profesional y a menudo con el gobierno. No obstante, los códigos de conducta a menudo se fijan en términos generales y esbozan los principios esenciales en los cuales los practicantes profesionales deben basar su conducta; por ejemplo, respetar siempre a los clientes, mantener la confidencialidad. Los códigos de conducta no siempre abarcan los detalles de la práctica profesional. Sea cual sea el proceso elegido dentro de un país para definir normas nacionales de partería, este debe emprenderse de una manera plenamente participativa y transparente.

FIGURA 2 Marco para la formulación de normas nacionales



*Inicialmente, el comité de expertos con representantes de todos los interesados directos y del nivel local, pueden elaborar el primer borrador hasta que el nivel local esté capacitado para formular normas. Este comité debe ser independiente del cuerpo profesional o de concesión de licencias, pero debe estar aprobado por el gobierno.*

### Establecimiento de normas a nivel de distrito y subdistrito

En condiciones ideales, a nivel de campo las parteras profesionales deben establecer sus propias normas para el ejercicio de la partería y elegir los criterios frente a los que se juzgará dicho ejercicio.

Sin embargo, esto presupone que exista alguna forma que proponga normas nacionales para la profesión, de manera de crear el contexto en el que cada partera profesional debe realizar su labor. También presupone que las parteras profesionales que practican a nivel de campo tienen conocimientos acerca del establecimiento de normas y la capacidad técnica necesaria, como también cierta autonomía en su propia práctica. Cuando no es probable que esto ocurra, se debe establecer un cuadro de expertos para iniciar el proceso de redacción de las normas hasta el momento en que los profesionales locales sean capaces de adoptar esta tarea satisfactoriamente. Incluso en este caso, los representantes de grupos profesionales clave y los consumidores deben participar estrechamente en el proceso. Por lo tanto, la elaboración de normas para el ejercicio de la partería debe emprenderla un “comité de formulación de normas” que pueda supervisar todas las fases.

### Comité de formulación de normas a nivel de distrito o subdistrito

El cuadro de expertos que se necesita para formular las normas debe incluir a diversos participantes, entre ellos:

- La partera profesional superior con responsabilidad de gestión o supervisión.
- Representantes de parteras profesionales del nivel de campo que pondrán en práctica las normas en su trabajo clínico diario.
- Representantes de las asociaciones profesionales y, en condiciones ideales, el órgano normativo (si el órgano normativo no puede formar parte de un comité a este nivel, debe haber mecanismos para consultar con ellos. Cuando se establecen normas nacionales, la representación del órgano normativo es esencial).
- Educador o instructor de partería.
- Obstetra (o funcionario médico superior encargado de la salud maternoinfantil).
- Director de las actividades de salud maternoinfantil.
- Líder de la comunidad.
- Representantes de los consumidores (preferentemente mujeres que han dado a luz recientemente).

Es necesario cerciorarse de que todos los trabajadores de salud que presten asistencia de partería como una tarea esencial de su función, estén bien representados en el comité.

El comité también debe incluir activamente a varios profesionales que no pueden ser miembros de dicha agrupación, enviándoles proyectos de normas para que hagan observaciones durante el proceso de formulación, o celebrando reuniones locales regularmente con grupos de parteras profesionales para examinar el proyecto. Tales reuniones y debates pueden incorporarse en las reuniones ordinarias continuas de supervisión o gestión. Esto ayudará a establecer un consenso y un sentido de pertenencia local, y también a obtener apoyo para el uso de las normas cuando llegue la fase de ejecución.

Se debe nombrar a un presidente del comité que se encargue de formular las normas y ejecutarlas. En condiciones ideales, este debe ser un gerente o supervisor principal de partería, o un director del programa de salud maternoinfantil del lugar donde se ejecutarán las normas.

Aunque hay muchas maneras de redactar las normas y no hay un formato único para ello, existen varios pasos cruciales que deben tomarse cuando se establecen normas para la práctica.

## 8. PASOS DETALLADOS PARA LA FORMULACIÓN DE NORMAS

### FASE 1. Formulación de la norma

#### PASO 1. DEFINIR EL RESULTADO O LOS RESULTADOS PARTICULARES

Los resultados particulares que se requieren del desempeño de las parteras profesionales deben acordarse y declararse de manera clara. Estos pueden derivarse de una evaluación de necesidades o del resultado de un problema particular o incidente significativo. El consenso acerca de los resultados deseados debe ser compartido por un grupo de interesados lo más numeroso posible, y no solo por el grupo profesional.

Para que se ajuste a los criterios de una norma, el resultado o los resultados particulares que requiere la práctica de la partera profesional deben ser aconsejables, realizables, observables y cuantificables.

#### PASO 2. DECIDIR QUÉ NIVEL DE DESEMPEÑO ES NECESARIO, ES DECIR, LA DECLARACIÓN DE LA NORMA

Las declaraciones de las normas deben especificar con precisión lo que las parteras profesionales deben hacer y el nivel de competencia requerida para lograr los resultados; por ejemplo, exactamente, correctamente, hábilmente, competentemente. Estos también deben ser realistas y prácticos. Por ejemplo:

*“La partera profesional debe prestar atención prenatal eficaz que sea aceptable desde el punto de vista cultural según los protocolos nacionales, a todas las mujeres de su localidad”.*

#### PASO 3. DECIDIR EN CUANTO AL PROCESO O LAS TAREAS FUNDAMENTALES QUE DEBEN REALIZARSE

Las tareas fundamentales que son esenciales para aplicar cada norma deben determinarse y luego se deben formular declaraciones que especifiquen la forma en que han de realizarse. Las tareas determinadas y los métodos de práctica deben apoyarse en la investigación basada en evidencias o en pautas de la OMS, para promover las prácticas adecuadas y desalentar las prácticas basadas en rituales.

#### PASO 4. DETERMINAR LOS REQUISITOS PREVIOS O LOS ELEMENTOS ESENCIALES QUE DEBEN EXISTIR PARA QUE LAS PARTERAS PROFESIONALES PUEDAN APLICAR LAS NORMAS EFICAZMENTE

Los requisitos previos se fijan una vez que se llega a un acuerdo acerca de las tareas fundamentales y los métodos de desempeño necesarios. Luego se deben tomar decisiones en cuanto al equipo y los suministros esenciales que se requieren para que las parteras profesionales puedan llevar a cabo las tareas incluidas en las normas. Cuando se elabore esta lista, deben usarse nombres locales, para facilitar la comprensión.

También es importante determinar las políticas y los sistemas que deben existir para apoyar el uso de las normas.

Por último, deben evaluarse las necesidades educacionales de las parteras profesionales que van a aplicar las normas, y se deben adoptar medidas para impartir educación y adiestramiento adicionales, según sea necesario, para que las puedan aplicar eficazmente.

### PASO 5. ELABORAR UNA HERRAMIENTA DE AUDITORÍA

Una vez que se han establecido las normas debe elaborarse una herramienta de auditoría, ya que es esencial cerciorarse de que se midan las normas. Una lista de verificación de auditoría de los indicadores o componentes fundamentales, que determinará si se está cumpliendo cada norma, es útil y puede incluirse en la herramienta de auditoría. En el anexo 1 se da un ejemplo de una lista de verificación de auditoría.

Otra parte importante de la herramienta de auditoría es un plan de acción. Este permitirá al auditor y a las parteras profesionales planificar juntos cualquier procedimiento que se considere necesario para remediar problemas o deficiencias detectados durante la auditoría, o para fortalecer más el uso de las normas.

### PASO 6. SOMETER A PRUEBA LAS NORMAS EN TERRENO Y REVISARLAS SEGÚN SEA NECESARIO

Las normas recién formuladas deben someterse a prueba en el terreno para determinar su pertinencia, practicabilidad y eficacia cuando las usan las parteras profesionales en su práctica diaria. Sin embargo, antes de realizar esta prueba, se deben elaborar protocolos que sirvan para guiar el proceso de dicha prueba a fin de cerciorarse de que esta sea transparente y facilitar así el análisis final de los resultados. Después de la prueba en terreno los resultados se analizan y luego se efectúan las revisiones necesarias para mejorar las normas antes de ejecutarlas más ampliamente. La transparencia en todas las etapas de prueba es crucial para que las normas puedan considerarse creíbles y realizables y todos los interesados directos pueden confiar en ellas.

## FASE 2. Aplicación de las normas

Una vez que las normas se han formulado, la tarea más difícil es persuadir a las parteras profesionales para que las usen. Se sabe que no da resultado simplemente decir a los profesionales cómo deben desempeñar y llevar a cabo su labor. También se sabe que los profesionales no aplican una norma particular por una serie de razones complejas. El adiestramiento puede considerarse como la mejor manera de ejecutar las normas, dado que este puede ampliar los conocimientos y las aptitudes de las parteras profesionales. No obstante, es poco probable que el adiestramiento surta efecto cuando las razones de no ajustarse a las normas son factores psicológicos, como falta de autoestima, sentir que no se aprecia su trabajo, experimentar estrés o desgaste profesional, o factores externos como falta de remuneración, infraestructura y sistemas propicios. Por consiguiente, es importante, una vez que se han formulado las normas de práctica, que se preste atención minuciosa a la ejecución de las mismas. Hay varias medidas que deben adoptarse para ejecutar las normas eficazmente.

### PASO 1. CREACIÓN DE UN PLAN PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS

Para la aplicación de las normas se requiere el apoyo de todos los interesados directos principales en los servicios de partería, incluidos profesionales de partería, educadores, gerentes de salud, personal médico —especialmente los obstetras— y los consumidores. Para promover el apoyo a las normas, representantes de todos estos grupos deben participar en la elaboración de los planes para su ejecución.

Debe crearse un plan claro, sencillo y práctico que incluya determinar lo siguiente: el lugar donde se usarán inicialmente las normas, el personal que va a participar, y las medidas que se requerirán para cerciorarse de que existen las

políticas y los sistemas necesarios para apoyar su aplicación. Es esencial, además, que se adopten medidas para proporcionar todos los suministros y equipo necesarios para aplicarlas.

Otro aspecto del plan consiste en cerciorarse de realizar una evaluación de la educación pertinente del personal que estará aplicando las normas. Luego podrán determinarse brechas en los conocimientos y las aptitudes, y elaborar y establecer una estrategia para impartir la educación o el adiestramiento adicional que sea necesario. Por último, el plan debe incluir la manera en que se va a monitorear la fase de ejecución y cómo poner en práctica la estrategia de auditoría, y debe permitir cerciorarse de que todas las herramientas de auditoría y cronogramas apropiados se hayan acordado y preparado para su uso. También será importante considerar las necesidades de adiestramiento de los que van a efectuar la auditoría. En la medida de lo posible se deben incorporar en los sistemas y las estructuras existentes programas de adiestramiento y de inducción para el uso y la auditoría de las normas.

Es prudente introducir inicialmente las normas en un número limitado de regiones seleccionadas para preparar bien los sistemas, los recursos y al personal. Esto permitirá a las parteras profesionales adaptarse a su uso y a los gerentes les dará tiempo para monitorear de cerca su ejecución. También permitirá consultar suficientemente con el resto del equipo de planificación y ofrecerá la posibilidad de hacer cambios necesarios antes de ejecutar las normas en otras partes del país.

## PASO 2. PREPARACIÓN DEL PERSONAL Y LOS SITIOS PARA EL USO DE NORMAS

El plan y las nuevas normas de práctica deben comunicarse a todo el personal que tiene que ver con la aplicación de las normas; por ejemplo, parteras profesionales, supervisores, gerentes, educadores, obstetras y otros médicos de los establecimientos de salud donde se han de ejecutar las normas, así como directores de programas de salud materno-infantil y auditores. En condiciones ideales, el plan y las normas deben estar disponibles por escrito y tal vez se necesite preparar documentos de apoyo, como carteles y otros materiales visuales. Es importante señalar que es esencial tener disponible la investigación que sirve de apoyo a las normas de la práctica, en caso de que se necesite.

Es esencial cerciorarse de que el plan cuente con el apoyo de las parteras profesionales que practican en el campo, pues ellas serán las primeras en usar las normas. Las parteras profesionales necesitarán una orientación detallada y estar seguras de su función y responsabilidades en esta nueva manera de ejercer su profesión. Si se requieren educación y adiestramiento adicionales para perfeccionar sus aptitudes y conocimientos antes de la aplicación de las normas, estos se deben impartir; de otro modo, puede fracasar el proyecto.

Se requerirá una selección cuidadosa de los sitios que se van a usar para la aplicación de las normas. Se debe prestar atención especial para cerciorarse de que los requisitos previos enumerados en las normas estén disponibles. Sin embargo, a veces en los países en desarrollo es poco realista exigir que se cuente con todos los requisitos previos antes de comenzar a ejecutar las normas. Se deben crear estrategias alternativas si no existen algunos requisitos previos.

### PASO 3. USO DE LAS NORMAS EN LA ASISTENCIA DE PARTERÍA

Después de la preparación apropiada, se puede pedir a las parteras profesionales usar las normas en el ejercicio diario de su actividad. Durante la fase inicial de la ejecución, es útil si se les pide lo siguiente: mantener registros diarios o un diario del trabajo realizado; anotar las normas usadas; y poner de relieve cualquier dificultad que haya surgido y si se necesitó asistencia. Esta información ha resultado ser muy útil para el proceso de monitoreo y proporciona datos importantes cuando se examinan las normas y se consideran revisiones.

### FASE 3. Monitoreo de la aplicación de las normas

En los primeros días de la aplicación de las normas es posible que las parteras profesionales necesiten considerable apoyo técnico y moral de sus supervisores. Para el éxito de la ejecución es esencial contar con un mecanismo de retroinformación eficaz para notificar y resolver cualquier dificultad.

Se recomienda que los supervisores realicen visitas regulares durante los primeros meses, cuando hay muchas probabilidades de que surjan problemas. En estas visitas deben animar a las parteras profesionales a hablar de las dificultades particulares que han tenido al aplicar las normas, y prestar apoyo y asesoramiento técnico. Deben reconocer los logros y determinar los problemas o dificultades que han surgido, explorar las soluciones posibles de estos problemas con la participación de las parteras profesionales, y proporcionar todo lo que sea necesario para lograr en la medida de lo posible la aplicación eficaz de las normas.

También puede ser útil crear una herramienta para evaluar la remisión de pacientes de las parteras profesionales a un nivel más alto de atención. Esto puede ser particularmente útil para monitorear el uso de las normas en la comunidad. Se puede elaborar una estrategia sencilla mediante la cual, cada vez que se hace una remisión, se anoten los motivos de dicha medida, junto con la hora y la fecha de la remisión, y la hora y la fecha en que la clienta se ha visto en el centro de remisión. La persona encargada de recibir la remisión puede determinar si la primera línea de manejo parece haberse llevado a cabo apropiadamente al examinar la nota de remisión o los registros de la clienta. También puede registrarse el diagnóstico final. Estos formularios serán útiles para los supervisores para fines de escrutinio regular y retroinformación para la partera profesional en la comunidad. También proporcionarán datos útiles cuando se hace una auditoría de la norma.

### FASE 4. Auditoría de las normas

En esta fase se llevan a cabo los siguientes pasos:

#### PASO 1. AUDITORIA DE LAS NORMAS PARA DETERMINAR SI SE ESTÁN CUMPLIENDO

Se realiza una auditoría o prueba para determinar si se están cumpliendo las normas, usando la herramienta que se creó en la fase 1 (Establecimiento de las normas). En el anexo 1 se da un ejemplo de la herramienta de auditoría de los resultados usada en las normas para el ejercicio de la partería para el proyecto de maternidad segura de SEARO/OMS.

Los auditores pueden ser los supervisores regulares de las parteras profesionales de la localidad o pueden ser parteras profesionales de otras regiones. Deben tener conocimientos detallados de la teoría y el ejercicio de la partería, y de las normas. También deben haberse preparado para ejercer su función y realizar sus tareas. Tal vez se requiera adiestramiento para mejorar sus aptitudes de auditoría a fin de cerciorarse en la medida de lo posible de que se realice una auditoría significativa.

## PASO 2. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER LAS NORMAS

Basándose en los resultados de la auditoría presentados en el paso 1, se debe elaborar un plan de acción para corregir deficiencias observadas en la aplicación de las normas o fortalecer más su uso. El plan debe determinar medidas particulares que deben adoptarse, así como la persona especial a cargo de ejecutar las medidas y la fecha en que deben haberse realizado.

## FASE 5. Medidas que deben adoptarse para mejorar las normas o su ejecución

### PASO 1. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER LAS NORMAS

Todas las actividades especificadas en el plan de acción elaborado en la fase 4 deben ejecutarse dentro del plazo acordado.

### PASO 2. REAUDITORÍA DE LAS NORMAS

La reauditoría, incluido cerciorarse de que se cuenta con todos los requisitos previos, es crucial para establecer credibilidad en cuanto a la sostenibilidad de tal práctica. Es particularmente importante en esta auditoría determinar si se han resuelto los problemas observados en la auditoría anterior. Se debe elaborar un plan de acción adicional para mejorar el uso de las normas.

Durante el primer año de la aplicación de las normas, la auditoría debe realizarse a intervalos de seis meses, o con mayor frecuencia si se necesita.

Una vez que la ejecución esté progresando bien, el intervalo entre las auditorías puede extenderse a doce meses.

### PASO 3. REVISAR O REFINAR LAS NORMAS, SI ES NECESARIO

Las normas deben examinarse y refinarse, según sea necesario, cuando se han ejecutado durante un periodo razonable. Es particularmente importante examinar las normas que no se estén logrando y volver a determinar si son realizables. No obstante, antes de adoptar las medidas para cambiarlas, los auditores deben cerciorarse de que las normas se hayan estado observando rigurosamente y, si no se están observando correctamente, deben averiguar las razones de ello. Esto incluye verificar si se han establecido todos los requisitos previos esenciales para facilitar el uso correcto de las normas.

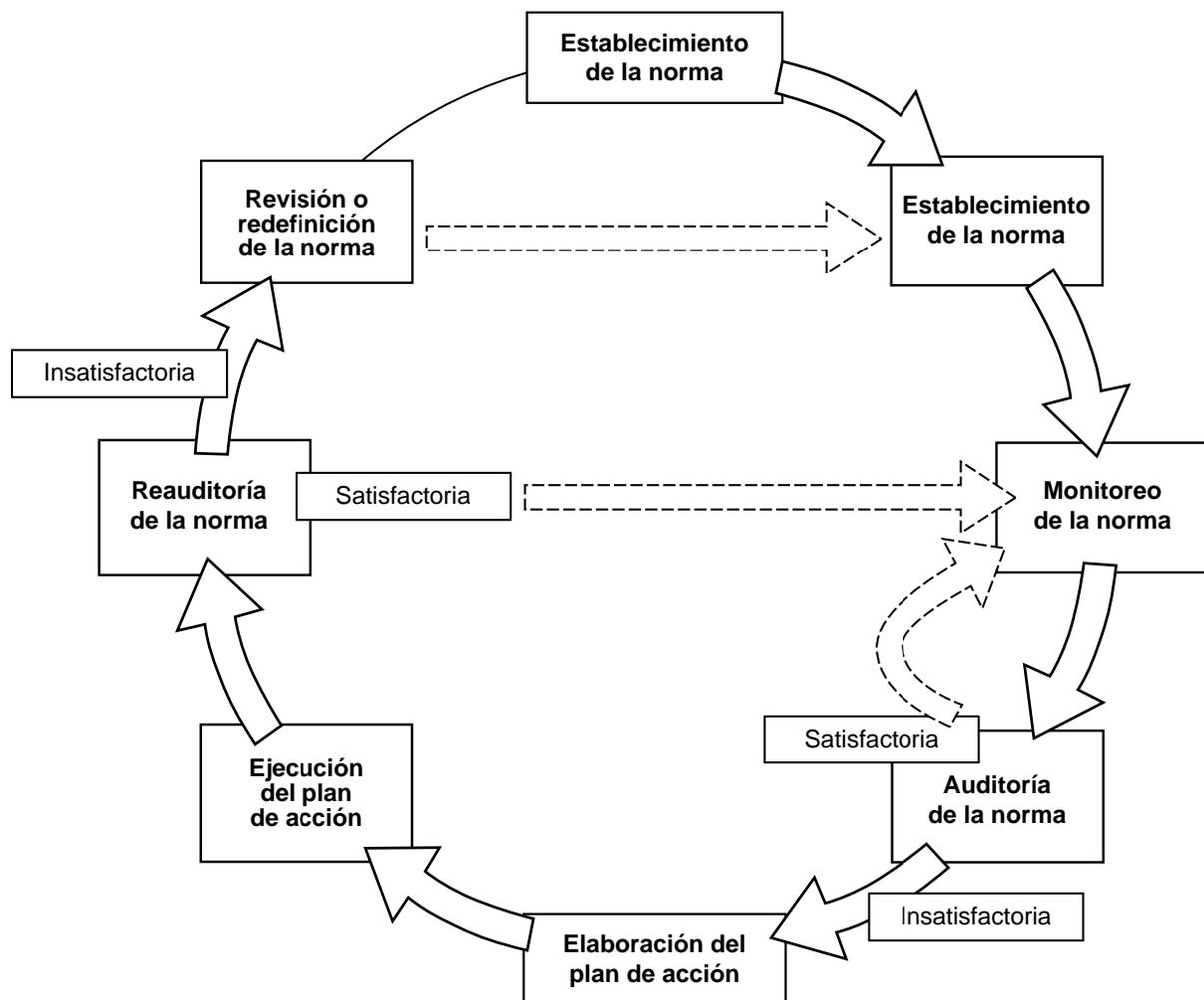
*Una norma solo debe alterarse si el proceso se está siguiendo correctamente y no se están logrando los resultados.*

A medida que pasa el tiempo y las prácticas cambian —debido a nueva evidencia basada en la investigación— las normas deberán actualizarse para promover la práctica basada en la investigación y la atención de calidad. Toda norma que se cambie por cualquier razón se ejecutará después del adiestramiento necesario y luego será objeto de una reauditoría, como se describió anteriormente.

## 8. RESUMEN

*El establecimiento de normas es un proceso cíclico y debe ser continuo, como se indica en la figura 3.*

FIGURA 3 El proceso de establecimiento de normas es cíclico



El proceso comienza con el establecimiento de la norma, luego se procede a la ejecución, el monitoreo y la auditoría de su uso en la práctica.

Después del proceso de auditoría, si la norma no se está ejecutando correctamente se elabora un plan de acción para mejorar su uso. El plan de acción se pone en práctica y, en un momento acordado, se realiza la reauditoría.

Después se examina la norma y, si es necesario, se revisa si los resultados de la reauditoría indican que la ejecución de la norma, como se definió, no está resultando. Si se requieren mejoras o se obtienen nuevas evidencias, se debe aplicar un proceso de actualización y el ciclo debe empezar de nuevo.

## 9. CONCLUSIONES

- La formulación de normas para el ejercicio de la partería es una manera ideal de fortalecer el ejercicio profesional.
- El establecimiento de normas para el ejercicio de la partería no es una tarea que atañe solamente a la profesión; debe haber consenso dentro de la profesión y con departamentos del gobierno, gerentes de servicios de maternidad y la sociedad civil.
- Al decidir cuáles normas se van a establecer o formular, lo mejor es empezar con un número reducido de ellas que aborden las necesidades o los problemas principales.
- Cuando se quiere introducir normas por primera vez, es mejor empezar en un número reducido de sitios para determinar si las normas formuladas realmente son cuantificables y realizables.
- Una vez que las normas para el ejercicio de la partería se estén usando eficazmente en los sitios seleccionados, deben introducirse en otras regiones.
- Las lecciones aprendidas de su uso en los sitios iniciales deben aplicarse para ayudar a ejecutarlas en nuevos sitios.
- Su uso debe extenderse gradualmente en todo el país, con lo cual mejorará la calidad de la asistencia de partería y permitirá a las parteras profesionales efectuar una mayor contribución a las metas de la iniciativa de maternidad segura.

## REFERENCIAS

Heiby J. Quality of Health Care Services. En: Jonovsky K (ed) Health Policy and Systems Development: An agenda for research. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.

International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives. La Haya, Países Bajos: ICM, 1999.

Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. En: De Brouwere V, Van Lerberghe W. (eds) Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Studies in Health Service Organisation & Policy 2001; 17: 7-33.

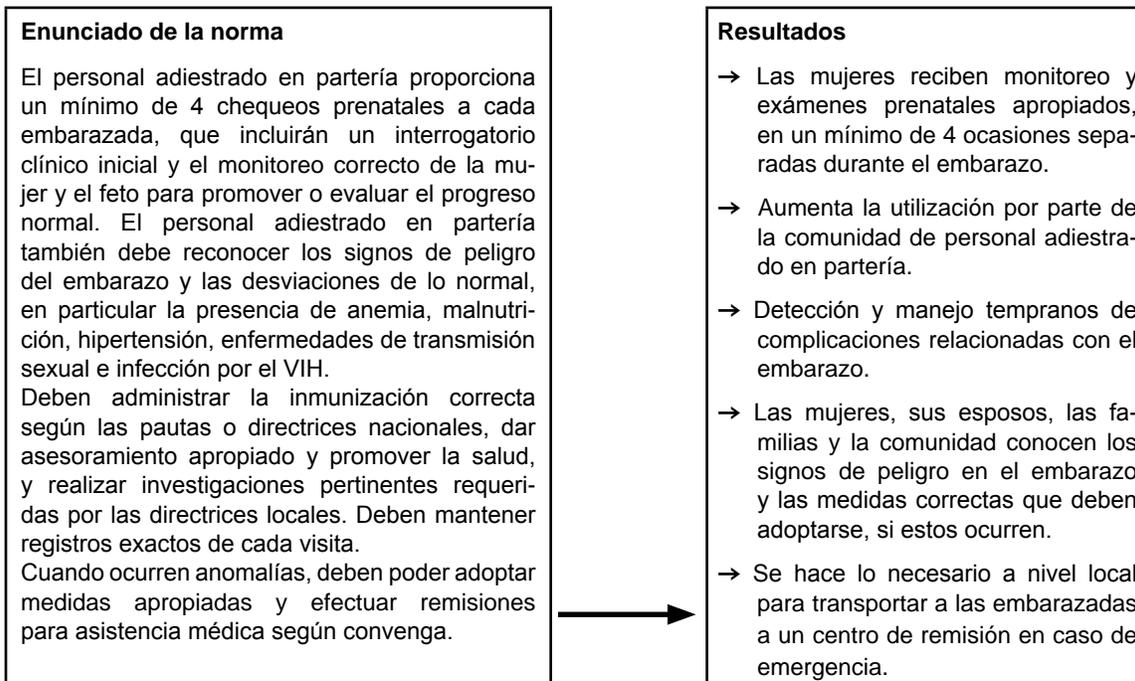
World Health Organization. Standards of Midwifery Practice for Safe Motherhood, Volume 4: Implementation Guide. Nueva Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Asia Sudoriental, 1999a.

World Health Organization. Implementation of Standards of Midwifery Practice for Safe Motherhood in SEAR Countries: Report of an Intercountry Consultation, 23-26 November 1998. Nueva Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Asia Sudoriental, 1999b.

**ANEXO 1/ Ejemplo de una norma para el ejercicio de la partería para la maternidad segura OMS/ SEARO/ OMS.**

**NORMA DE ATENCIÓN PRENATAL 2: MONITOREO Y EXAMEN PRENATAL**

Meta: Proporcionar atención y monitoreo prenatales de calidad



**Requisitos previos**

1. La existencia de un sistema operativo anima a todas las embarazadas a que acudan a un miembro del personal adiestrado en partería para que las examine tan pronto como se les haya atrasado la menstruación, o lo antes posible, y luego a intervalos regulares a lo largo del embarazo, 4 veces como mínimo o con mayor frecuencia, si es necesario.
2. El personal adiestrado en partería ha recibido capacitación en atención prenatal, incluido el uso del registro materno domiciliario o de registros de embarazo.
3. El equipo esencial para realizar el examen prenatal—incluido el estetoscopio, el esfigmomanómetro, la cinta métrica, las básculas o la cinta para medir la circunferencia del brazo y el estetoscopio fetal—deben estar disponibles y en buenas condiciones de funcionamiento.
4. Los medicamentos y otros agentes, como toxoide tetánico, suplementos de hierro y ácido fólico, tratamiento de uncinariasis y profilácticos del paludismo en regiones de alta prevalencia de esta enfermedad, están disponibles fácilmente.

5. Se usa el registro materno domiciliario o los registros de embarazo.
6. Se ha establecido un sistema de remisión plenamente operativo para las embarazadas que corren riesgo, o que padecen una complicación, para que reciban atención y tratamiento apropiados.

### Proceso

El personal adiestrado en partería debe:

1. Saludar amablemente a la embarazada en cada visita.
2. **En la primera visita, el personal adiestrado en partería debe:**
  - 2.1 Tomar una historia clínica total y completar el registro materno domiciliario o el registro de embarazo en su totalidad.
  - 2.2 Confirmar que la mujer desea el embarazo.
  - 2.3 Si la mujer no desea el embarazo y el aborto no es una opción, aconsejarla para que se ponga en contacto con grupos de apoyo si estos existen. Si el aborto es una opción, remitir a la mujer a los servicios apropiados lo más rápido posible, de acuerdo a las leyes del país.
  - 2.4 Realizar pruebas particulares de tamizaje, (cálculo del nivel de hemoglobina, prueba de sífilis o prueba VDRL y otros) conforme a directrices nacionales o locales.
  - 2.5 Determinar la fecha probable del parto. Si se desconoce la fecha exacta de la última menstruación, preguntar la fecha cuando se sintieron los primeros movimientos fetales y evaluar la altura del fondo uterino. Hacer una nota especial de que la fecha probable del parto es aproximada.
  - 2.6 Administrar el toxoide tetánico según lo requerido por directrices o protocolos nacionales o locales.
3. **En cada visita el personal adiestrado en partería debe:**
  - 3.1 Evaluar el estado general físico y psicológico de la embarazada.
  - 3.2 Tomar una muestra de orina limpia (del chorro medio) para análisis de albúmina y glucosa en la orina. Si se detecta albúmina o glucosa, remitir a la clienta para investigación adicional.
  - 3.3 Registrar el peso o medir la circunferencia del tercio medio del brazo. Si no hay aumento de peso o si la medida del brazo indica un grado de malnutrición, dar asesoramiento alimentario apropiado y remitir a la clienta para investigación y tratamiento.
  - 3.4 Tomar la presión arterial con la embarazada sentada o recostada por el lado izquierdo sobre un cojín puesto en la espalda. Colocar el esfigmomanómetro en una superficie plana, al mismo nivel que el corazón de la mujer. Usar siempre el tamaño correcto del mango. Registrar la presión arterial. *(La presión superior a 140/90 o que ha aumentado 10 mmHg o más a partir del punto de comparación diastólico, es decir, el registro tomado antes de 16 semanas, o en un mínimo de 2 ocasiones consecutivas por lo menos en un intervalo de 4 horas (1 hora si se toma en la comunidad), se considera significativa y requiere remisión inmediata de la mujer para investigaciones adicionales)*
  - 3.5 Calcular el nivel de hemoglobina en la primera visita y al cabo de 28 semanas, o seguir las directrices o pautas nacionales (véase la nota 1) (Calcular con más frecuencia si hay signos de anemia).

Si se encuentra en una región de alta prevalencia de paludismo, efectuar pruebas de detección de esta enfermedad y ofrecer asesoramiento apropiado en la primera visita (*véase la norma de atención prenatal 4*).

- 3.6 Verificar si la embarazada está tomando los suplementos de hierro de acuerdo con directrices o protocolos nacionales o locales. Determinar si tiene suministros suficientes. (*La OMS recomienda 1 comprimido de 60 mg de hierro elemental con 0,5 mg. de ácido fólico dos veces al día durante un mínimo de 90 días consecutivos, o seguir las directrices o protocolos nacionales o locales si la anemia es prevalente en el país*). Recordar a la embarazada que debe evitar tomar comprimidos de hierro con té o café.
- 3.7 Determinar la presencia de signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y adoptar medidas apropiadas según las directrices o protocolos nacionales o locales.
- 3.8 Realizar otra prueba u otras pruebas si así lo exigen las directrices o los protocolos nacionales o locales.
- 3.9 Efectuar una exploración física total de la embarazada. Cerciorarse de que la vejiga de la mujer esté vacía.
- 3.10 Medir la altura del fondo uterino con una cinta métrica flexible e inextensible [*véase la nota 2*] (*La altura del fondo uterino al cabo de 24 semanas de embarazo debe ser de más o menos 16 cms. Cuando la medición es tomada desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta la parte superior del fondo uterino, véase la norma de atención prenatal 3*). Si la medida es considerablemente diferente del número de semanas de embarazo (es decir, 3 cm o más de diferencia), o **no se observa ningún crecimiento**, remitir a la gestante para investigación adicional.
- 3.11 Auscultar el corazón fetal y preguntar a la embarazada si el bebé se mueve con frecuencia. Remitir a la mujer si no se detectan latidos cardíacos fetales o si los movimientos fetales han disminuido en el último mes de embarazo.
- 3.12 Informar a la embarazada acerca de los signos de peligro en el embarazo, malnutrición y otros temas de promoción de la salud, por ejemplo, los peligros que plantea el consumo de alcohol, el tabaquismo y el uso de medicamentos en el embarazo.
- 3.13 Escuchar los problemas e inquietudes de la mujer y ofrecer asesoramiento o remisión según convenga. Recordar que todas las mujeres necesitan apoyo social durante el embarazo.
- 3.14 Hablar del lugar donde va a ocurrir el nacimiento, hacer arreglos para el transporte local al centro de remisión si se necesita y asesorar según convenga sobre los preparativos (*véase la norma de atención prenatal 6*).
- 3.15 Registrar todos los resultados con exactitud en el registro materno domiciliario o los registros de embarazo. Analizar todos los resultados y tomar una decisión acerca de medidas adicionales, incluida la remisión al primer hospital o unidad de remisión.

## NORMA DE ATENCIÓN PRENATAL 2: AUDITORÍA DE MONITOREO Y EXAMEN PRENATALES

Sitio donde tuvo lugar la auditoría: \_\_\_\_\_

Fecha de la auditoría: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o las personas que realizaron la auditoría: \_\_\_\_\_

### A. LISTA DE VERIFICACIÓN

**Método:**

1. Visita al consultorio o la comunidad para observar directamente al personal adiestrado en partería cuando este realiza un examen prenatal.
2. Charlas con el personal adiestrado en partería.
3. Charlas con la embarazada y su esposo o su familia.
4. Análisis de todos los registros, incluidos los registros de casos y registros maternos domiciliarios o de embarazo.

Criterios	Sí	No
Visita clínica fijada previamente.		
La embarazada sabe cuándo acudir para recibir atención prenatal.		
Se dispone de transporte desde la comunidad hasta el consultorio.		
Todos los registros están disponibles para análisis.		
Se usan registros maternos domiciliarios o de embarazo.		
El personal adiestrado en partería ha recibido capacitación relativa al uso de registros maternos domiciliarios o de embarazo.		
Los registros están completos y son exactos.		
Se dispone de equipo para tomar la presión arterial y este se encuentra en buenas condiciones de funcionamiento.		
Se dispone de equipo como básculas o cintas para medir la circunferencia del brazo, cintas métricas y estetoscopio, y dicho equipo se encuentra en buenas condiciones de funcionamiento.		
Se dispone de todo el equipo necesario para la administración del toxoide tetánico y otras inmunizaciones, incluidos establecimientos apropiados para el almacenamiento en frío.		
Se dispone de profilácticos y tratamiento para el paludismo (en regiones de alta prevalencia de esta enfermedad)		
Se dispone de tratamiento de uncinariasis (en regiones de alta prevalencia).		
Se dispone de equipo para detectar albúmina y azúcar en la orina.		
Se dispone de equipo para la prueba de sífilis.		
Se dispone de equipo y servicio operativo a nivel local para determinar el nivel de hemoglobina.		
Se dispone fácilmente de suministros de suplementos de hierro.		
Se dispone de un lugar privado para examinar a la embarazada.		
Todos los resultados se abordan con la embarazada y su esposo o su familia.		

*[NB: las notas mencionadas en la sección del proceso se incluyen en otro documento y presentan un resumen corto de las evidencias para esta tarea particular]*

Criterios	Sí	No
Se cuenta con un sistema plenamente operativo de remisión para realizar investigaciones adicionales o asistencia de parto en casos de embarazo de riesgo.		
El personal adiestrado en partería realiza un seguimiento de todas las remisiones.		
Todos los exámenes y procedimientos se llevan a cabo como se ha acordado; el proceso se realiza tal como se ha escrito en la norma.		

Firma de la persona o las personas que realizan la auditoría

.....

## B. PLAN DE ACCIÓN

**Finalidad:** Determinar las esferas que necesitan fortalecimiento o corrección, es decir, requisitos previos o procesos para cerciorarse de que se observa la norma.

**Método:** Reunirse para tratar los resultados (tanto positivos como negativos) y las medidas requeridas para cerciorarse de que se observa la norma.

¿Se cumplen todos los criterios como se especifica en la lista de verificación para la auditoría de la norma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>En caso afirmativo (todos los criterios se están cumpliendo):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Hay algo más que pueda mejorar el proceso? Especifique.</li> <li>¿Hay otros requisitos previos que podrían incluirse para facilitar el proceso? Especifique.</li> </ul>		<b>En caso negativo (no se están cumpliendo todos los criterios de la lista de verificación):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se han establecido todos los requisitos previos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, especifique lo que falta.</li> <li>¿Se está observando el proceso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>¿Es defectuosa la redacción del proceso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especifique lo que es defectuoso.</li> <li>¿Qué medida se requiere para corregir el proceso? Especifique.</li> </ul>	
		<b>Si faltan requisitos previos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué medida se requiere para rectificar el problema? Especifique.</li> </ul>	
		<b>¿Quién debe ejecutar las medidas para rectificar todo el anterior?</b>	
Fecha en que deben haberse adoptado las medidas:	Personas a cargo de la ejecución de las medidas:	Fecha del próximo análisis:	Firmas del auditor o los auditores y del supervisor

# Índice

PARTE 1: NORMAS Y PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS PARA EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA .....	117
1.1 Introducción: Lograr la salud reproductiva para todos .....	117
1.2 Definición de partera profesional .....	119
1.3 Principios educativos .....	120
1.4 Establecimiento de un perfil profesional .....	121
1.5 Objetivos del programa .....	122
1.6 Duración del adiestramiento, modalidades y requisitos de ingreso en un programa de partería .....	122
1.7 Infraestructura para el establecimiento de la educación de partería .....	124
1.8 Módulos de salud reproductiva (requisito previo para los módulos de partería con una duración de 18 meses).....	126
1.9 Introducción a la profesión (bloque introductorio para todos los programas) .....	126
1.10 Módulos específicos de partería.....	127
1.11 Bloque de consolidación .....	127
1.12 Variaciones posibles en la ejecución de los módulos .....	127
1.13 Presentación de los módulos.....	128
1.14 Periodos de estudio .....	128
1.15 Experiencia clínica relacionada con los módulos .....	128
1.16 Guías de estudio .....	128
1.17 Educación profesional continua.....	129
1.18 Asignación de clínicas para el ejercicio de la partería .....	129
1.19 Experiencia clínica mínima que se debe obtener .....	130
1.20 El proceso de partería .....	132
1.21 Aptitudes de gestión.....	132
1.22 Profesores del programa de educación de partería .....	133
1.23 Recursos didácticos.....	134
1.24 Métodos de enseñanza y aprendizaje .....	134
1.25 Evaluación de conocimientos y aptitudes.....	136
1.26 Garantía de la calidad.....	137

PARTE 2: LOS MÓDULOS DE PARTERÍA .....	139
2.1 MÓDULO 1: Perspectiva de género con respecto a la salud y enfermedad .....	139
2.2 MÓDULO 2: Comunicación, orientación y educación sanitarias .....	141
2.3 MÓDULO 3: Regulación de la fecundidad y control de las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida .....	143
2.4 MÓDULO 4: Atención preconcepcional y prenatal.....	151
2.5 MÓDULO 5: Atención durante el parto y el nacimiento .....	157
2.6 MÓDULO 6: Atención de la madre y el lactante en el puerperio y atención del niño hasta la edad de 5 años.....	164
2.7 MÓDULO 7: Introducción a la ginecología.....	172
2.8 MÓDULO 8: Aspectos profesionales en la partería .....	176
REFERENCIAS .....	179
APÉNDICE 1. Evaluación del programa de estudios .....	180
APÉNDICE 2. Pasos esenciales en la elaboración del programa de estudios encaminados a lograr que sea adecuado para la finalidad prevista .....	182

## PARTE 1: NORMAS Y PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS PARA EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

### 1.1 Introducción: Lograr la salud reproductiva para todos

Esta herramienta proporciona orientación dirigida a mejorar los servicios de salud reproductiva mediante el fortalecimiento de la educación requerida para desarrollar la capacidad y aptitudes de quienes prestan esos servicios. Son particularmente importantes los servicios diseñados para hacer más seguros el embarazo, el parto y la atención posnatal. La salud reproductiva es un concepto adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas, celebrada en El Cairo en 1994. Es un concepto holístico que abarca la salud de la mujer desde su nacimiento hasta la menopausia. La salud reproductiva es parte esencial de la salud general y afecta al contexto más amplio de las vidas de las personas, incluyendo la situación económica, educación, empleo, las condiciones de vida y el ambiente familiar. Las relaciones sociales y de género, así como las estructuras tradicionales y jurídicas, también puede influir en la salud reproductiva de las mujeres.

Lograr salud para todos, incluida la salud reproductiva, es un fin capital para todos los interesados en la salud pública y es crucial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de *reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015 y disminuir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años entre 1990 y 2015*. Para ello es vital contar con una cantidad suficiente de trabajadores de salud apropiadamente formados y adiestrados. Las parteras profesionales son un elemento clave de esta fuerza laboral ya que son ellas quienes a menudo prestan la atención de primer nivel a las mujeres y las familias, y trabajan con las comunidades para contribuir a promover la salud; con frecuencia pueden detectar mejor las complicaciones que surgen y tomar medidas iniciales inmediatas. Es importante revisar los programas de estudios de partería e incluir en ellos el concepto de salud reproductiva con el fin de preparar a las parteras profesionales para su función y responsabilidades al prestar asistencia de partería dentro del concepto más amplio de la salud reproductiva. Sin un conocimiento de los problemas más amplios relacionados con la reproducción y la salud reproductiva, se restringe la capacidad de las parteras profesionales de prestar la gama completa de servicios o contribuir a ellos, incluidos los que antes eran considerados fuera de los límites de la salud materno-infantil y la planificación familiar. Los apéndices 1 y 2 han sido preparados específicamente para ayudar a examinar los actuales programas de estudios de partería existentes en los países e indicar los pasos que se seguirán al revisar un programa de estudios o crear uno nuevo.

La posición social de las niñas y las mujeres es un factor determinante de su salud reproductiva. En muchos países de escasos recursos, las niñas y las mujeres corren grandes riesgos de salud vinculados con la reproducción. En la mayoría de los países pobres, la niña desde su primera infancia tiene muchas más responsabilidades domésticas que un varón de su misma edad. Además, es más probable que sufra malnutrición ya que durante la lactancia, a menudo es amamantada por un periodo más corto; asimismo, las niñas y las mujeres suelen tener que esperar a que los hombres y los niños varones de la familia hayan comido antes de que se les permita comer. Las niñas tienen en general menos oportunidades educativas que los niños y con frecuencia están expuestas a la violencia, el acoso y tráfico sexual, que pueden conducir al embarazo durante la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y culminar en la expulsión de la escuela. El matrimonio y los embarazos tempranos de las adolescentes son

muy usuales en muchos países y se asocian con mayores riesgos de sufrir mala salud, discapacidad prolongada e, incluso, la muerte de la madre y el niño. Los embarazos frecuentes son también comunes, especialmente en las situaciones en que la posición social de las mujeres se vincula con su capacidad de tener muchos hijos, en particular varones. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son relativamente frecuentes, sobre todo cuando las mujeres padecen mala salud y no reciben una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las mujeres también pueden afrontar riesgos en la prevención de embarazos no deseados; sobrellevan la mayor parte de la carga de la anticoncepción y a menudo tienen que soportar trastornos que afectan al aparato reproductor, en particular las ITS y el cáncer.

Los jóvenes, tanto las mujeres como los varones, son especialmente vulnerables a los problemas de salud reproductiva debido a la falta de información y el limitado o nulo acceso a servicios tales como la planificación familiar. La propagación rápida de VIH/sida, en particular entre las mujeres jóvenes, ha demostrado la vulnerabilidad de este grupo y la necesidad de mensajes, tecnologías y servicios educativos sensibles y comprensivos, que lleguen a ellos donde quiera que vivan. También demuestra nuevamente la necesidad de abordar las desigualdades de género existentes.

En el plano social, sería posible mejorar el nivel de vida de toda la sociedad si se redujeran las tasas de natalidad. Por consiguiente, los servicios de planificación familiar son de importancia capital para la población entera. Sin embargo, la educación es esencial para lograr la aceptación. Los servicios médicos, y en particular la atención de salud maternoinfantil, tienen que mejorar para asegurar a las familias que sus hijos tienen buenas perspectivas de supervivencia. En el plano familiar, una cantidad excesiva de hijos empobrece a la familia y perjudica la salud de la madre. Sin embargo, en algunos países se considera importante tener un gran número de niños como un seguro para el sostén de los padres en la vejez. Además, el valor asignado a una mujer puede depender de su capacidad de aportar hijos vivos a la sociedad y, por consiguiente, su fecundidad adquiere gran importancia. Los mejores resultados en el embarazo y el parto, junto con medidas adecuadas de regulación de la fecundidad, la educación sanitaria y la orientación, podrían contribuir a resolver estas dicotomías y ayudar a las parejas a reducir el número de hijos en su familia.

Para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de las familias, los servicios apropiados deben ser accesibles y aceptables. Se requiere educación en relación con los temas de salud familiar con el fin de ayudar a la prevención de problemas futuros en el ámbito de la salud reproductiva. Esos servicios y educación incluyen información que sea fácilmente comprendida, orientación adecuada, detección y tratamiento temprano de los trastornos de salud, y una atención y rehabilitación apropiadas.

Los datos históricos indican que un sistema de salud preocupado por los problemas de la reproducción, basado en la asistencia de partería, contribuye a reducir la mortalidad y la morbilidad maternoinfantil de una manera sumamente económica (Hogberg et al., 1986). Por consiguiente, se sugiere que las prestadoras clave de la atención de salud reproductiva sean parteras profesionales bien adiestradas que trabajan para mejorar el estado general de salud de las mujeres, los hombres y los niños, ya que esto resultaría beneficioso para toda sociedad. Por último, ahora se reconoce que la intervención fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y asegurar al recién

nacido un comienzo saludable en la vida es contar en todos los nacimientos con un prestador de servicios de salud competente y con aptitudes de partería, es decir, un proveedor calificado<sup>1</sup> (Declaración conjunta sobre la reducción de la mortalidad materna efectuada por la OMS/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial en 1999). La profesional más idónea, que puede aportar todas las aptitudes requeridas para prestar atención eficaz durante el parto de un embarazo normal y el periodo posnatal (incluida la atención al recién nacido), es la partera profesional. Se reconoce no obstante, que otro personal de salud también puede poseer algunas de las aptitudes básicas de partería que son esenciales en las parteras profesionales. Sin embargo, la partera profesional necesita trabajar dentro de un “entorno favorable”, es decir, apoyada por un sistema de salud eficaz y vinculada con un sistema de referencia para el tratamiento de las complicaciones obstétricas y neonatales. En consecuencia, la elaboración de un programa de estudios de partería basado en la competencia, que abarque los conceptos más amplios de la salud reproductiva, es solo parte de lo que se requiere para establecer un cuadro profesional apropiado de parteras profesionales con el propósito de lograr la salud reproductiva para todos.

## 1.2 Definición de partera profesional

*“Una partera profesional es una persona que, habiendo sido admitida regularmente en un programa de enseñanza de partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha completado con éxito los cursos de estudios de partería requeridos y ha adquirido la competencia exigida para titularse y ser legalmente autorizada para el ejercicio de la partería.” (Ver definición completa, pág. 16).*

El programa genérico de estudios que se presenta a continuación traduce esta definición en un programa de enseñanza que se puede adaptar para usarlo en cualquier país. Algunos otros documentos sustentan este programa de estudio, como *WHO Mother-baby Package* [Módulo para la madre y el lactante de la OMS], *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* [Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería establecidas por la ICM], el Código deontológico de la ICM para las parteras profesionales y otros documentos que se mencionan en *Herramientas para el Fortalecimiento de la Partería*.

El programa de estudios descrito en este documento identifica las bases esenciales para el ejercicio de la profesión, independientemente de cómo se ofrezca la enseñanza de la partería en el sistema educativo de un país, ya sea como una carrera de ingreso directo, como parte de un programa de enfermería, o como un programa posterior a los estudios básicos de enfermería. También se reconoce que en algunos países se asigna un nombre diferente a quienes cumplen las funciones y el papel de la partera profesional, identificados en la definición de partera profesional anteriormente presentada. Además, en algunos países la partera profesional (o su equivalente) puede tener que llevar a cabo tareas adicionales. Para simplificar, se usará el término “partera profesional” en todo este documento para referirse a cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la definición, independientemente de su título, de cómo esté preparada académicamente y de que esté autorizada oficialmente para ejercer la profesión.

<sup>1</sup> *Un proveedor calificado es un profesional de salud autorizado –como una partera profesional, un médico o una enfermera– que ha sido formado y adiestrado para ser competente en las aptitudes necesarias para manejar embarazos y partos normales (sin complicaciones) y el periodo posnatal inmediato, y para identificar, tratar y remitir a otros servicios los casos de complicaciones en las mujeres y los recién nacidos. (Making pregnancy safer: the critical role of skilled attendants. A joint statement by WHO/ICM/FIGO, 2004, World Health Organization, Geneva.)*

Las parteras profesionales son esenciales para promover la salud reproductiva y para ayudar a reducir las razones mundiales de morbilidad y mortalidad maternas y contribuir a disminuir el elevado número de defunciones de recién nacidos. Se considera que la partera profesional es la principal protagonista en los esfuerzos encaminados a alcanzar estos objetivos y, por consiguiente, debe asignarse prioridad a las medidas que aseguren la calidad de su formación y su capacitación, así como al adiestramiento de una cantidad suficiente de parteras profesionales con el fin de satisfacer las necesidades de la población. Las personas más desvalidas, para quienes el embarazo y el parto plantean los mayores riesgos debido a su situación, son las más pobres entre los pobres, las socialmente excluidas, las que viven en situaciones de conflicto o son refugiadas, y las adolescentes embarazadas.

### 1.3 Principios educativos

El programa de partería debe basarse en un reconocimiento de la singularidad del individuo y promover la igualdad de derechos independientemente del sexo, la raza, la religión, la edad y la nacionalidad. Debe estar comprometido con una perspectiva del ciclo biológico de la salud reproductiva, que haga especial hincapié en la salud de la mujer y las necesidades de los recién nacidos. Esto significa que no se restringe el adiestramiento a la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, sino que se abarca toda la vida de la mujer, desde el nacimiento a la menopausia. Debe ser un programa centrado en la mujer, que busque promover la maternidad segura y aumentar la conciencia de las estudiantes acerca de los problemas de salud de la familia y la sexualidad en un marco de sensibilidad en materia de género a nivel individual y de la comunidad.

El programa de estudios descrito en este documento presupone que tanto la práctica como la formación serán eminentemente comunitarias. Esto es de importancia capital; en la comunidad, la estudiante de partería estará en contacto con las personas a quienes prestará servicios y también con aquellos con quienes debe colaborar en el ejercicio de su profesión, por ejemplo, los líderes locales, los grupos de mujeres, las escuelas, los funcionarios responsables del suministro de viviendas y otros. Sin una base comunitaria de adiestramiento, las futuras parteras profesionales corren el riesgo de no captar la realidad de la vida de sus clientas y sus repercusiones en la prestación de servicios de atención de salud reproductiva. Aunque la mayor parte de la experiencia clínica tendrá lugar en la comunidad y en establecimientos de salud primarios, también se requerirá la práctica en establecimientos de salud de más alto nivel para asegurar que las estudiantes estén expuestas a una gama amplia de experiencias y tengan oportunidad de adquirir las aptitudes esenciales para salvar vidas.

Las mujeres requieren una atención en el embarazo y el parto que no solo sea segura, sino que también satisfaga sus necesidades individuales de tipo psicológico, emocional, físico, social y también espiritual. La formación de la partera profesional debe entonces concentrarse en capacitarla para satisfacer las necesidades holísticas de la mujer de una manera sensible y competente, actuando como su defensora y trabajando conjuntamente con ella y su familia para promover una experiencia segura y satisfactoria del parto y la maternidad. El programa debe esforzarse por preparar a las parteras profesionales para que sean profesionales pensantes, solícitas, con una sólida base de conocimientos y aptitudes clínicas competentes, y usar métodos de aprendizaje centrados en las estudiantes que desarrollen la capacidad para el análisis y la solución de problemas. Se alentará a las estudiantes a reflexionar sobre el ejercicio de su profesión y asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje, apoyadas por el personal docente y

clínico. Se prevé que las estudiantes se conviertan en aprendices de toda la vida, capaces de reconocer sus propias necesidades de educación profesional continua y de aprovechar cada oportunidad de satisfacerlas. Por último, el programa de estudios también debe tener una base sólida en materia de salud pública.

#### 1.4 Establecimiento de un perfil profesional

Un elemento fundamental del ejercicio de la partería es el perfil profesional que sustenta todo lo que hacen las parteras profesionales y la forma en que funcionan dentro de la sociedad. En este perfil profesional es esencial la relación que la partera profesional tiene con las mujeres, que por consenso general de la familia mundial de las parteras profesionales es vista como una asociación y una creencia en los procesos normales del embarazo y el parto. Las parteras profesionales piensan que el embarazo y el parto son acontecimientos normales del ciclo biológico, pero que pueden en algunos casos (una minoría), complicarse y originar un suceso en potencia mortal.

En consecuencia, las parteras profesionales consideran que es su deber profesional y, por lo tanto, su función primaria, actuar en todo momento para asegurar el bienestar de la mujer que procrea y del recién nacido. Con este fin, las parteras profesionales creen que las mujeres deben ser facultadas para asumir la responsabilidad de su salud y la de sus familias. Un concepto fundamental de la filosofía de la partería es que las parteras profesionales sientan respeto por las mujeres y su capacidad en el parto y confíen en ellas (*ICM, 2003, International Confederation of Midwives (ICM). Draft Statement on The Philosophy and Model of Midwifery care*). Como tales, históricamente las parteras profesionales con frecuencia se han relacionado con “las mujeres” como agentes del cambio social. En Suecia, Finlandia, el Reino Unido, los Países Bajos y en muchos otros países incluso en Latinoamérica, las parteras profesionales y las mujeres, en algún momento de su historia desafiaron conjuntamente un enfoque jerárquico y paternalista de la atención de salud. Al hacerlo, su objetivo primordial fue asegurar un equilibrio más equitativo del poder sobre el cuerpo femenino para mantener el principio básico del nacimiento como un evento natural de la vida. Se pueden ver ejemplos más recientes de este modelo de “asociación” en Nueva Zelanda y Canadá, donde las mujeres y las parteras profesionales han actuado juntas como agentes del cambio social.

Conforme a las características de todos los movimientos sociales, el rasgo distintivo de esta acción colectiva ha sido representar las voces de los desfavorecidos. En este caso particular, las voces son las de las mujeres que no desean recibir una atención para este evento natural de la vida, diseñado según un criterio médico y a menudo predominantemente masculino (Davies, 2001). La premisa básica que sustenta el perfil profesional es que las parteras profesionales y las mujeres juntas han compartido creencias y valores, y que la autonomía de las mujeres para el embarazo y durante él, el parto y la transición a la nueva dinámica de la familia, es el elemento esencial de la asistencia apropiada de partería. Esta autonomía es facilitada por los estrechos vínculos y la relación entre la partería y las mujeres.

Esa idea debe ser el núcleo de cualquier programa que pretenda preparar a nuevas candidatas para esta profesión y, por consiguiente, que busque asegurar que se inculque el perfil profesional apropiado.

**La partera profesional debe ser capaz de proporcionar la supervisión, atención y asesoramiento necesarios a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, asistir en los partos bajo su propia responsabilidad y atender al recién nacido. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de condiciones anormales en la madre y el niño, la obtención de asistencia médica y la aplicación de medidas de urgencia cuando no se disponga de ayuda médica. Tiene la importante tarea de orientar y educar en materia de salud, no solo a las mujeres sino también a la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para el cuidado de los hijos, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación familiar y la puericultura. Puede ejercer su profesión en hospitales, consultorios, unidades de salud, domicilios u otros servicios. —(ICM/FIGO/OMS 1990, 1991 y 1992)**

### 1.5 Objetivos del programa

El programa de estudios de partería presentado en este documento permitirá a las estudiantes:

- 1 Convertirse en profesionales competentes, seguras, que puedan ejercer su profesión en forma autónoma para promover la salud reproductiva.
- 2 Ser consideradas, sensibles y capaces de trabajar a la par de las mujeres y sus familias en la comunidad y en los establecimientos de salud, adoptar un modelo de asociación para educar, facilitar la elección y responder a las necesidades individuales.
- 3 Desarrollar la capacidad de trabajar bien dentro de un equipo multidisciplinario para promover la salud reproductiva.
- 4 Establecer buenas relaciones y servir de enlace con líderes de la comunidad y otro personal pertinente en la comunidad, para aumentar la captación de los servicios de atención de la madre, promover las estrategias de educación sanitaria, y organizar un sistema fiable de transporte para la remisión urgente de pacientes, con el fin de fomentar la salud reproductiva.
- 5 Hacer una contribución positiva a la reducción de la mortalidad y la morbilidad de las madres y los lactantes mediante la identificación temprana de las afecciones mortales en potencia y la adopción de medidas oportunas y eficaces.
- 6 Asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje; esto se logrará prestando apoyo clínico y teórico apropiado y promoviendo aptitudes para la reflexión, el análisis crítico y la evaluación.
- 7 Reflexionar sobre su práctica para promover el aprendizaje a partir de la propia experiencia, lo cual mejorará la atención que presten en el futuro a las mujeres y sus familias.
- 8 Reconocer que el aprendizaje es un proceso que dura toda la vida y aprovechar cada oportunidad de mantenerse actualizadas con nuevos conocimientos y resultados de la investigación, y de mejorar su práctica con todas las formas disponibles de educación profesional continua.
- 9 Convertirse en parteras profesionales que valoran su profesión y contribuyen a su avance al abogar por cambios, cuando sean necesarios, y a realizar investigaciones encaminadas a mejorar la atención prestada a las mujeres y sus familias.
- 10 Convertirse en administradoras eficaces del volumen de casos y de los establecimientos de salud.

## 1.6 Duración del adiestramiento, modalidades y requisitos de ingreso en un programa de partería

El programa debe durar un mínimo de 78 semanas o 18 meses para las enfermeras generales tituladas. Para las alumnas sin una preparación en enfermería general, el programa de formación y adiestramiento debe extenderse durante al menos tres años académicos completos.

Cuando en un país dado se dispone tanto de programas de ingreso directo como de programas de 18 meses posteriores a los estudios de enfermería, es importante asegurarse de que los resultados de ambos programas sean los mismos en cuanto a las competencias en materia de partería.

### 1.6.1 Descripción general de las dos principales modalidades de ingreso en un programa de partería que se proponen

1. INGRESO DIRECTO (las estudiantes no habrán completado un programa de estudios de enfermería). El adiestramiento debe extenderse durante **3 años, es decir, 156 semanas** (incluidas las vacaciones anuales). Normalmente comenzará con 18 meses de teoría y práctica básicas de un programa de estudios de enfermería u otro similar de formación de profesionales médicos o paramédicos; sin embargo, este programa inicial debe en la medida de lo posible relacionarse con la salud reproductiva y la atención primaria de salud. Las materias incluirán ciencias biológicas y del comportamiento; microbiología y control de infecciones; farmacología; la salud y la mala salud y los factores que la promueven o inhiben, como la nutrición y los modos de vida sanos, en especial los comportamientos sexuales seguros; el desarrollo humano y el enfoque del ciclo biológico; la filosofía de la partería, que incluye inculcar el perfil profesional; el enfoque de atención primaria de salud y los planes de atención; el proceso de la enfermedad; las investigaciones de diagnóstico; los trastornos médicos y quirúrgicos que pueden complicar la salud reproductiva; las aptitudes clínicas básicas, incluida la evaluación de la salud, las aptitudes para las relaciones interpersonales y la orientación; la atención del paciente moribundo y la aflicción y el sentimiento de pérdida. La experiencia práctica, siempre que sea posible, debe relacionarse con el programa de partería, por ejemplo, las actividades concernientes a la salud y la evaluación de la salud pueden realizarse en sitios asignados en las comunidades, mientras que la experiencia quirúrgica tendrá lugar en un pabellón ginecológico. Se respaldará el componente didáctico desarrollando las aptitudes de reflexión crítica de las estudiantes y su propia concientización y confianza (esto último es particularmente importante en países donde tal vez sean limitadas la educación y las oportunidades de escolaridad para las muchachas, o donde existen marcadas diferencias entre los sexos en el sistema educativo).

Este adiestramiento inicial durante 18 meses será luego seguido del programa de partería de 18 meses que se describe posteriormente en este documento.

2. ADIESTRAMIENTO DE PARTERÍA POSTERIOR A LA TITULACIÓN (las estudiantes ya serán enfermeras tituladas). El periodo total después de los estudios de enfermería seguirá al **programa final de 18 meses**, según se esboza más adelante en este documento, pero puede ser precedido por un módulo de preparación especializada de enlace según las necesidades del país y la duración media del programa completo de

enfermería. Tal vez se requiera tiempo adicional para preparar a las aspirantes que se titularon como enfermeras algún tiempo atrás, con el fin de que vuelvan a la condición de estudiantes; estas personas pueden necesitar una introducción a las tecnologías educativas modernas.

Si se combinan el adiestramiento de enfermería y el de partería, se deben dedicar 18 meses del programa a los estudios de partería del programa esbozado en este documento. La parte de enfermería puede abarcar más de 18 meses, si se considera necesario. Es particularmente importante que se satisfagan los requisitos mínimos de experiencia clínica establecidos en el programa de estudios de partería, y que las estudiantes se conviertan en profesionales competentes cualquiera que sea la modalidad de adiestramiento.

### ***1.6.2 Requisitos para los estudios de partería de ingreso directo***

- Edad mínima de 18 años.
- La estudiante debe haber completado una educación escolar de 12 años y haber obtenido los certificados de terminación de estudios que sean pertinentes en su país.
- Se puede exigir un examen de ingreso que evalúe la capacidad de leer, escribir, y su capacidad de comprensión; incluir un idioma si el programa de estudios se presenta en una segunda lengua; tener conocimientos de matemáticas y efectuar pruebas de capacidad mental.
- Datos que demuestren un deseo real de ser partera profesional.
- Salud compatible con el ejercicio profesional.
- Cuando 12 años de escolaridad son algo excepcional, se podría considerar exigir 10 años. Sin embargo, en estos casos sería esencial establecer algún tipo de examen de ingreso para asegurar que las aspirantes tienen el nivel requerido de capacidad de leer y escribir, de comprensión y de conocimientos de matemáticas. Algunos países han experimentado con ofrecer a las principiantes con 10 años de escolaridad un programa básico especializado de preparación con una duración de 18 meses, encaminado a asegurar que tengan esas aptitudes genéricas antes de ingresar en el programa de partería.

### ***1.6.3 Requisitos de ingreso para el adiestramiento de partería de enfermeras ya tituladas***

- Título de enfermera.
- Información objetiva que demuestre un deseo real de ser partera profesional.
- Salud compatible con el ejercicio profesional.

## **1.7 Infraestructura para el establecimiento de la educación de partería**

### ***1.7.1 Sistema educativo y recursos***

El programa de estudios ofrecido en este documento es un programa genérico de estudios de partería que puede ser revisado y modificado para adaptarlo a las circunstancias particulares de cada país. Se aprecia que los gobiernos de los países donde este programa sea adoptado decidan integrarlo en su sistema educativo existente. Quizás ya existan sitios de adiestramiento apropiados, pero es preciso examinarlos con el fin de asegurarse de que satisfagan los requisitos para llevar a cabo este programa de estudios. Se deberá efectuar un examen de los recursos indispensables para realizar el programa de estudios y se adquirirá cualquier recurso adicional necesario para poner en práctica con éxito el programa.

### ***1.7.2 Órgano normativo***

Se debe establecer, si no existe ya, un órgano normativo para las parteras profesionales que sería responsable de la concesión de licencias para practicar la profesión de partera profesional. El órgano normativo también debe participar en los procesos académicos de validación y acreditación de los programas de partería con el fin de asegurar la normalización en todo el país y el control de calidad. Otra función de este órgano será vigilar el resultado de los programas de adiestramiento y ofrecer directrices para el adiestramiento y la práctica, según convenga. También mantendrá un registro de las parteras profesionales diplomadas (véase el documento para el fortalecimiento de la partería sobre legislación y reglamentación).

### ***1.7.3 Participación a nivel de distrito y regional***

Las instancias normativas de personal de salud de distrito y regional, los administradores y los prestadores de servicios (parteras profesionales clínicas y, cuando los haya, médicos especializados en atención obstétrica y neonatal) también deben participar en la entrega de la educación de partería en sus zonas.

El financiamiento de los programas de educación de partería debe incluir los costos de la práctica clínica y puede ser canalizado por conducto de oficinas regionales o distritales. Las instancias normativas y los administradores tendrán un papel importante que desempeñar en cuanto a: permitir el acceso a áreas clínicas apropiadas en diferentes niveles del servicio de salud; asegurar un número suficiente de personal adiestrado y actualizado que pueda actuar como mentor y supervisar a las estudiantes en la comunidad y en las áreas de práctica clínica en los establecimientos de salud; proporcionar los recursos adecuados y los suministros requeridos para una buena atención clínica; y ayudar a proporcionar alojamiento y transporte.

### ***1.7.4 Los líderes de la comunidad y la participación de las mujeres***

Para lograr el modelo de asociación necesario es importante encontrar maneras innovadoras de lograr la participación en el programa de la comunidad, de las familias y las mujeres, incluidas las representantes de grupos locales, distritales, regionales o, incluso, nacionales. En algunos lugares será posible incluir a esas representantes en los comités encargados de elaborar y vigilar el programa de educación. Siempre será posible invitar a las representantes a que contribuyan en el desarrollo del programa de alguna manera significativa.

### ***1.7.5 La institución educativa***

El programa está organizado en forma modular y cada módulo (o unidad) puede ser acreditado y ofrecido a nivel de certificado, diploma o título, según las estructuras locales de educación superior. Cualquiera que sea el nivel que se elija debe asegurar que las parteras profesionales que completan su programa puedan integrarse totalmente en el sistema de salud e, idealmente, estar en el mismo nivel de otros prestadores de asistencia sanitaria en su respectivo país. Por consiguiente, una institución educativa con acreditación académica tiene que participar tanto en la elaboración del programa como en impartir la enseñanza de partería. Es probable que la mayoría de los programas se ofrezcan inicialmente a nivel de certificado o diploma, porque aquellos que otorgan un título profesional necesitarán una cantidad suficiente de profesoras

parteras profesionales y otro personal docente con un título idóneo para enseñar partería y las materias conexas en este nivel, así como suficientes solicitudes de inscripción de aspirantes que reúnan los requisitos de escolaridad previa para efectuar estudios de nivel superior. Los órganos normativos responsables de la concesión de licencias para que las parteras profesionales ejerzan su profesión deben participar en los procesos académicos de validación y acreditación del programa educativo con el fin de asegurar la normalización, el control de calidad y la formación de parteras profesionales competentes y consideradas.

### **1.7.6 Práctica clínica**

Si se acredita la teoría es esencial que también se acredite la práctica, y que las estudiantes realicen suficientes prácticas supervisadas para ser competentes en todas las aptitudes necesarias en el momento de la titulación, que incluirán las esenciales para salvar vidas, y las apropiadas para el lugar donde trabajarán cuando completen su formación.

En los programas académicos avanzados (es decir, los programas que otorgan un título profesional) a veces hay una tendencia a concentrarse más en el trabajo académico que en la práctica; es preciso evitar que suceda esto porque la preparación académica acompañada de deficientes aptitudes prácticas no ayudará a las parteras profesionales a reducir los riesgos del embarazo ni a salvar vidas. Los responsables de reglamentar y autorizar el ejercicio de la profesión a las parteras profesionales al final del programa deben asegurarse de que las egresadas han adquirido las aptitudes clínicas y actitudes pertinentes, así como los conocimientos académicos necesarios para la práctica segura a través de la certificación y recertificación.

## **1.8 Módulos de salud reproductiva (requisito previo para los módulos de partería con una duración de 18 meses)**

El programa inicial de 18 meses o el programa de enfermería deben incluir una variedad de módulos para instruir y adiestrar a las estudiantes con el propósito de que sean competentes en todos los aspectos de la salud reproductiva. Las aptitudes básicas para salvar vidas son esenciales, y deben ser incluidas cuando sea pertinente con el fin de que las parteras profesionales puedan adquirir destreza en aptitudes específicas para salvar vidas en el embarazo y el parto, aspecto crucial si se espera que contribuya de manera eficaz a la reducción de la morbilidad y la mortalidad de las madres y los recién nacidos.

**Práctica clínica.** Se dedicará como mínimo un 60% del programa a la práctica clínica bajo la supervisión directa, y luego indirecta de un mentor. Durante la práctica clínica, las experiencias y las enseñanzas deben permitirles a las estudiantes relacionar la teoría del módulo (o módulos) que están estudiando con la práctica. Si bien las estudiantes efectuarán sus prácticas en la comunidad, algunas experiencias clínicas tendrán lugar en establecimientos de salud de nivel más alto para permitirles aplicar en terreno los conocimientos adquiridos sobre las complicaciones obstétricas y otros trastornos patológicos, y también adquirir aptitudes para salvar vidas.

## **1.9 Introducción a la profesión (bloque introductorio para todos los programas)**

El programa debe incluir un bloque introductorio de una a dos semanas de duración que sirva de iniciación. Esto dará tiempo para que las estudiantes y los profesores lleguen a conocerse y para que las primeras se familiaricen con su nuevo ambiente. Los profesores describirán a las estudiantes la función de la partera profesional y el programa de educación de partería; esbozarán los objetivos y la prestación de los servicios de salud en el país, y explicarán cómo

esto se refleja en la localidad donde tendrá lugar el adiestramiento. Durante este periodo, las estudiantes visitarán una comunidad y comenzarán a elaborar un perfil de ella, destacando los problemas de salud sociales y generales, los factores que promueven e inhiben la salud reproductiva y los servicios de salud y de otro tipo de que dispone la comunidad en general, en particular para la atención de salud reproductiva. Este perfil será completado durante las próximas semanas del programa a medida que las estudiantes se familiaricen más con la localidad. Además, las estudiantes tendrán sesiones de trabajo dirigidas por tutores y ejercicios sobre técnicas de estudio, recuperación de información, lectura eficaz, redacción, cómo tomar notas y la tecnología de la información.

### 1.10 Módulos específicos de partería

Después del bloque introductorio, el programa consta de los ocho módulos siguientes, que abarcan el ciclo biológico de la mujer (Se ofrecen más detalles acerca de cada módulo en la parte 2 de este documento).

1. Perspectivas de género con respecto a la salud y la mala salud  
Semanas: 2
2. Comunicación, orientación y educación sanitarias  
Semanas: 1-2
3. Regulación de la fecundidad y control de enfermedades e infecciones de transmisión sexual Semanas: 6
4. Atención antes del embarazo y prenatal  
Semanas: 12
5. Atención durante el parto y el nacimiento  
Semanas: 20-24
6. Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio y atención del niño hasta la edad de cinco años  
Semanas: 14
7. Introducción a la ginecología (módulo optativo, si no fue cubierto en el programa de enfermería con suficiente detalle; otra posibilidad es agregar tiempo al módulo siguiente) Semanas: 3-6
8. Aspectos profesionales en la partería  
Semanas: 9

Cada uno de los ocho módulos debe ser completado con éxito por las estudiantes para que puedan ejercer como parteras profesionales tituladas.

### 1.11 Bloque de consolidación

Al final del programa habrá un bloque de consolidación de 3 a 4 semanas, que incluirá la revisión de todas las aptitudes para salvar vidas en la práctica o mediante la simulación.

### 1.12 Variaciones posibles en la ejecución de los módulos

Durante la realización del programa, se pueden presentar juntos algunos de los módulos más cortos, por ejemplo, los módulos sobre las perspectivas de género y la comunicación, la orientación y la educación sanitarias.

Los profesores tal vez también prefieran dividir en dos partes algunos de los módulos más grandes y complejos y concentrar la primera parte en las situaciones normales y la segunda en las complicaciones, incluidas las aptitudes para salvar vidas. Por ejemplo, los módulos de la atención antes del embarazo y prenatal, el parto y la atención posnatal podrían ser divididos en dos partes: la primera abarcaría la atención en situaciones normales, y la segunda se completaría en la última mitad y las estudiantes se concentrarían en las complicaciones y las aptitudes para salvar vidas.

### 1.13 Presentación de los módulos

Se ha presentado cada módulo de la misma manera (véase parte 2): primero los resultados específicos del aprendizaje junto con el contenido teórico y las aptitudes clínicas que se requieren, los métodos de enseñanza y aprendizaje recomendados, los métodos de evaluación y, por último, las sugerencias para la evaluación del módulo.

### 1.14 Periodos de estudio

El programa comienza con un bloque de iniciación de 1 ó 2 semanas, donde las estudiantes estarán principalmente en el aula, aunque pueden visitar la comunidad y los establecimientos de salud locales donde luego obtendrán experiencia clínica. Posteriormente se pueden organizar periodos de estudio para cada módulo en bloques que duren unos días o semanas —según la duración del módulo— o varios días de estudio ordinario, o una combinación de ambas modalidades. Por ejemplo, el módulo sobre atención antes del embarazo y prenatal podría comenzar con un bloque de estudio de un par de semanas, seguido de días de estudio cada una o dos semanas y un bloque de estudio de una o dos semanas al final.

### 1.15 Experiencia clínica relacionada con los módulos

En la medida de lo posible, la experiencia clínica debe relacionarse con el contenido de un módulo, si bien en la mayoría de las situaciones al interior de la comunidad, las estudiantes participarán en todos los aspectos de la atención. Los profesores de partería deben participar en la enseñanza en áreas clínicas, al igual que los mentores, el personal médico y otro personal adiestrado apropiado. Durante el proceso de aprendizaje en las áreas clínicas, las estudiantes comienzan con la observación y avanzan a la evaluación de la situación o el problema, la preparación de un caso clínico, plan de atención que incluya las conductas clínicas que deberá asumir, la ejecución del plan de acción, primero bajo supervisión directa y luego con supervisión indirecta, y cuando se ha comprobado su competencia, sin supervisión. La evaluación de la atención prestada debe ser parte del proceso. Durante la realización del programa se desarrollarán y perfeccionarán aptitudes básicas para lograr una recolección de los datos e interpretación de los resultados más sensibles y competentes y se esperará que las estudiantes seleccionen la medida más apropiada en cada situación y proporcionen atención idónea y holística a cada mujer.

### 1.16 Guías de estudio

Se espera que las escuelas de adiestramiento de partería preparen guías de estudio que acompañen cada uno de los módulos, que servirán para que las estudiantes dirijan su propio aprendizaje. Las guías podrían incluir los resultados de aprendizaje propuestos, un esbozo del contenido que se presenta como problema, las aptitudes clínicas requeridas

para lograr los resultados de aprendizaje propuestos, la lista de lecturas, otros recursos para el aprendizaje y pruebas de auto evaluación.

## 1.17 Educación profesional continua

Una ventaja de que el programa esté constituido por módulos, es que las parteras profesionales tituladas que requieren educación profesional continua para actualizar sus aptitudes prácticas y conocimientos, pueden elegir uno de ellos. Será preciso efectuar ajustes en las evaluaciones encaminados a aumentar las exigencias ya que ellas cuentan con mayor experiencia.

## 1.18 Asignación de clínicas para el ejercicio de la partería

El programa de estudios presentado está diseñado para la atención comunitaria y, por lo tanto, se requiere una cantidad suficiente de sitios de práctica apropiados en la comunidad. Es preciso determinar si estos son adecuados para la instrucción de las estudiantes de partería.

Se efectuará una inspección de todos los sitios de práctica usando un formato acordado con el fin de asegurar que se satisfacen todos los requisitos necesarios para el adiestramiento, incluida una experiencia clínica suficiente y variada y la existencia de parteras profesionales apropiadamente adiestradas y experimentadas para actuar como supervisoras y mentoras clínicas de las estudiantes.

Puede ser necesario encontrar alojamiento y transporte apropiados para las estudiantes y también para los profesores cuando visitan a las estudiantes durante su práctica en la comunidad.

Si bien el programa de partería es eminentemente comunitario, las estudiantes necesitarán alguna experiencia en todos los niveles de la atención de salud, incluida la atención primaria, los establecimientos con servicios de maternidad y los hospitales de distrito o regionales. Por ejemplo, durante el módulo de atención del parto y el nacimiento, se recomienda que las estudiantes tengan tres meses de experiencia clínica en una sala de partos de un hospital regional o de distrito para aprender el tratamiento de los casos complicados y las aptitudes para salvar vidas. El resto de su experiencia clínica durante ese módulo será comunitaria. De manera análoga, se requerirán aproximadamente seis semanas de experiencia en un hospital para los módulos de atención antes del embarazo prenatal y de atención posnatal, y dos semanas en un pabellón de ginecología. Esto dependerá de cómo se organizan los servicios a nivel local. También será necesaria la asistencia a algunos consultorios de atención ambulatoria de hospitales, además de los consultorios de la comunidad, para ampliar la experiencia de las estudiantes en la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual y trastornos como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías. En todos los lugares asignados, se pedirá a las parteras profesionales experimentadas u otro personal capacitado apropiado que actúen como mentores y enseñen, supervisen y evalúen a las estudiantes en la práctica clínica.

Es sumamente importante que las estudiantes adquieran destreza en las aptitudes para salvar vidas. Estas aptitudes se aprenden mejor durante la asignación a un hospital regional o de distrito, ya que generalmente estos establecimientos

están dotados del equipo necesario para hacer frente de manera eficaz a las emergencias. Es fundamental asegurar que las estudiantes que con el tiempo ejercerán en la comunidad sean competentes en estas aptitudes. Durante las asignaciones, se alentará a las estudiantes a efectuar el seguimiento de las mujeres que son remitidas a un hospital, con el fin de que conozcan el tratamiento de los casos y los resultados. Esto ayudará a aportar buenas sugerencias para que puedan evaluar si su diagnóstico y el tratamiento inicial fueron apropiados.

Se debe hacer un plan para la asignación de cada estudiante a clínicas durante su programa. El plan debe garantizar que todas las estudiantes tengan una amplia gama de experiencias tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud en las etapas apropiadas de su programa de estudios. Es importante asegurarse de que no haya demasiadas estudiantes en un área clínica al mismo tiempo, ya que eso limitará su experiencia práctica y las mujeres estarán rodeadas por demasiadas alumnas.

En la práctica clínica, la estudiante aprende inicialmente mediante la observación, la demostración, la práctica bajo supervisión directa, y luego —a medida que crecen sus aptitudes— bajo supervisión indirecta hasta se estima que ya es competente. Además, la estudiante gradualmente avanzará de las aptitudes sencillas al manejo de situaciones más complejas, que requieren conocimientos y aptitudes para evaluar la situación correctamente, correlacionar los datos, tomar decisiones apropiadas, aplicar las medidas adecuadas en forma competente y evaluar los resultados. De este modo, a lo largo del programa habrá una progresión clara desde las tareas sencillas a las complejas, con un aumento gradual de la independencia hasta que se determine que la estudiante ya es una profesional competente.

### 1.19 Experiencia clínica mínima que se debe obtener

La siguiente es una descripción de la experiencia clínica mínima que las estudiantes deben tener durante su programa y después de haber adquirido destrezas en modelos anatómicos:

- Efectuar un mínimo de 100 exámenes prenatales en diversos entornos, incluidos algunos exámenes cuando las mujeres ingresan al hospital y para completar historias clínicas; identificar todo signo o síntoma anormal y tomar medidas apropiadas y oportunas.
- Prestar asistencia a un mínimo de 50 partos normales, después de haber asistido a las mujeres en la primera etapa del trabajo de parto.
- Prestar asistencia a 3 partos con presentación de nalgas.
- Realizar un mínimo de 3 extracciones por vacío, bajo supervisión.
- Realizar al menos 5 episiotomías mediolateral.
- Suturar el perineo, después de una episiotomía o un desgarro de segundo grado, en al menos 5 mujeres.
- Evaluar el estado del recién nacido inmediatamente después de los partos asistidos y efectuar la reanimación, cuando sea necesaria, en al menos 5 casos.
- Examinar a 100 recién nacidos, detectar las condiciones anormales y tomar medidas apropiadas y oportunas.
- Realizar un mínimo de 100 exámenes posparto o postalumbramiento (dos primeras horas), identificar los signos o síntomas anormales y tomar medidas apropiadas y oportunas.
- Prestar cuidados en el puerperio a al menos 100 mujeres y a sus hijos recién nacidos; proporcionar educación sanitaria y asesoramiento apropiado, y prestar el apoyo, asistencia de partería y los tratamientos profilácticos que se requieran.

- Ayudar a las madres a amamantar, según proceda, y dar el asesoramiento correcto y la atención necesaria a las mujeres que sufren problemas a las mamas.
- Proporcionar atención de urgencia, bajo supervisión, a las mujeres con problemas ginecológicos y obstétricos, por ejemplo, aborto, embarazo ectópico, hemorragia anterior y posterior al parto, ruptura de las membranas antes del parto, parto obstruido, retención de la placenta, convulsiones eclámpticas y septicemia puerperal.
- Tratamiento de choque.
- Llevar a cabo reanimación cardiopulmonar en un modelo.
- Reanimación del recién nacido; primero observar, luego ayudar y finalmente practicar la reanimación, bajo supervisión.
- Servir de enlace con la comunidad para tener un sistema eficaz que asegure que es posible enviar a las mujeres a otro servicio cuando se producen complicaciones, y hacer los arreglos para la remisión, cuando sea necesario.
- Servir de enlace con la comunidad para suministrar información acerca de los servicios de salud disponibles y elaborar y poner en práctica estrategias para aumentar la captación de atención por un asistente capacitado.
- Proporcionar educación sanitaria en la comunidad y los establecimientos de salud de primer nivel a las mujeres embarazadas, las familias y los adolescentes, haciendo hincapié en la nutrición adecuada, los modos de vida sanos, las inmunizaciones, evitar prácticas perjudiciales, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.
- Servir de enlace con escuelas, instituciones religiosas, grupos y lugares de empleo de las mujeres para proporcionar educación sanitaria apropiada.
- Suministrar información y orientación sobre prácticas sexuales sin riesgos y el empleo de anticonceptivos en los centros de planificación familiar, y proporcionar a las mujeres el método de su elección y seguimiento.
- Realizar las pruebas de detección apropiadas y administrar los tratamientos profilácticos adecuados o las inmunizaciones, según sea necesario (por ejemplo, para las ITS), toxoide tetánico, vacunas antimaláricas, mebendazol y vitamina A en las zonas donde existen carencias, así como hierro y folato.
- Servir de enlace con otros profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan en la comunidad para vigilar la salud y el bienestar de las madres y sus recién nacidos, y crear juntos estrategias encaminadas a mejorar aún más la calidad y la captación de la atención en los establecimientos de salud.
- Servir de enlace con parteras profesionales tradicionales, curanderos espirituales y otras personas no adiestradas de la comunidad que participan en la atención antes y después del parto o durante él, con el fin de promover prácticas seguras y la aceptación de las oportunidades de adiestramiento cuando existen; brindar información sobre el reconocimiento temprano de las complicaciones y fomentar la remisión temprana de las mujeres cuando surgen complicaciones.

## 1.20 El proceso de partería

El proceso de partería puede ser usado para evaluar a la mujer o el lactante y para planificar, prestar y evaluar la atención, usando los registros apropiados creados para esta finalidad. Incluye los siguientes pasos:

- 1 Recopilar sistemáticamente datos para la evaluación completa de la mujer o su hijo.
- 2 Correlacionar todos los datos e interpretar los resultados con exactitud para identificar problemas reales o potenciales.
- 3 Determinar si la mujer o el lactante requieren medidas de emergencia o que no son de emergencia. Administrar la atención de urgencia, si se requiere, y derivar en caso necesario.
- 4 Formular un plan de acción y atención integral después de analizarlo con la mujer, basado en los datos obtenidos y apoyado por justificaciones válidas, incluidas la consulta o la remisión y el cuidado de seguimiento.
- 5 Llevar a cabo el plan o instruir a otros para que pongan en práctica el plan con seguridad y eficiencia.
- 6 Evaluar la eficacia y el carácter integral de la atención proporcionada y volver al paso uno si se necesitan nuevas medidas.

## 1.21 Aptitudes de gestión

Se desarrollan las aptitudes de gestión de la estudiante de partería en dos niveles:

- a) *Tratamiento de casos*: La partera profesional desarrolla aptitudes para tratar eficazmente un número de casos y colabora con otros profesionales de la salud que representan diferentes niveles en el sistema de salud pública, con el fin de cubrir ciertos aspectos de la atención de salud reproductiva y organizar las remisiones o consultas, cuando sea necesario.

Como profesional independiente, la partera profesional tiene la responsabilidad de asistir y supervisar el embarazo sin complicaciones, el parto y el nacimiento, y prestar atención a las mujeres y sus recién nacidos en el puerperio. Como tal, también se requiere que reconozca las complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio y tome medidas apropiadas y oportunas. La partera profesional debe ser competente al ejercer las aptitudes para salvar vidas y al organizar la remisión de la parturienta; acompañará a la mujer durante el transporte para vigilar su estado y proporcionará el tratamiento adecuado. Es esencial que reconozca a los lactantes enfermos o de bajo peso al nacer y pueda prestarles la atención apropiada y organizar, si fuera necesario, la remisión a un establecimiento de salud con capacidad para tratar problemas neonatales.

Por último, la partera profesional proporciona orientación acerca de la regulación de la fecundidad y la prevención de las ITS. La partera profesional es adiestrada para instruir a los padres acerca de su método elegido de planificación familiar, y prescribe y proporciona anticonceptivos apropiados y, cuando se requiera, el tratamiento para las ITS.

b) *Gestión institucional:* Además de manejar la atención de las mujeres en forma individual, la partera profesional debe ser capaz de evaluar y priorizar las necesidades de la comunidad en relación con la salud reproductiva. Esto no solo incluirá la capacidad de planificar con lógica, en colaboración con otros profesionales de la salud según proceda para satisfacer las necesidades identificadas de la comunidad, sino también poner en práctica el plan y evaluar sus resultados. La partera profesional colabora no solo con personal del sistema de salud pública sino también del sector privado, así como con otras personas pertinentes, por ejemplo, los líderes de la comunidad y las parteras profesionales tradicionales. En este último caso, ella asume la función de facilitadora y, a veces, una función de supervisora y tutora. La impartición de educación sanitaria y orientación, así como la promoción de la causa, es una parte esencial del trabajo de la partera profesional para fomentar la salud reproductiva en todos los sectores de la comunidad.

Por último, la partera profesional también debe desarrollar aptitudes para la gestión eficiente en un establecimiento de salud y mostrar aptitudes apropiadas de liderazgo, capacidad para organizar bien al personal, los consultorios y el cuidado de los pacientes hospitalizados. También debe asegurar que se pidan el equipo y los suministros, y que estos estén disponibles y en buenas condiciones de funcionamiento cuando se los necesite. En ciertas situaciones donde la partera profesional opera en la práctica privada, también puede ser crucial incluir en el programa aptitudes empresariales y de planificación comercial.

## 1.22 Profesores del programa de educación de partería

Es esencial que este programa de estudios de partería sea impartido por parteras profesionales capacitadas que han sido preparadas específicamente para su función como profesoras; por lo tanto, deben ser profesionales de partería capaces y seguras de sí mismas, así como docentes competentes. Para mantener sus aptitudes clínicas, tienen que pasar periodos regulares y frecuentes colaborando con las estudiantes y supervisando su práctica clínica. Las profesoras parteras profesionales deben tener conocimientos teóricos y prácticos exhaustivos de la partería basada en la investigación e, idealmente, deben ser capaces de realizar sus propias investigaciones. También tienen que conocer a fondo los principios y la práctica de la docencia y sentirse cómodas y comprometidas con los métodos participativos modernos de la educación de adultos, porque es ampliamente reconocido que estos son sumamente eficaces (Knowles, 1989). En términos generales, esto significa adoptar un enfoque de la enseñanza centrado en la estudiante —en lugar de uno centrado en el profesor— y usar una variedad de métodos de enseñanza y aprendizaje que alientan a las estudiantes a participar activamente en su propio aprendizaje.

Las profesoras parteras profesionales también necesitan oportunidades para el desarrollo profesional permanente que les permitan mantenerse actualizadas tanto en la partería como en la docencia, si se desea aumentar su eficiencia y mantener su interés y entusiasmo.

Las profesoras también deben conocer las iniciativas, normas, documentos sobre educación y resoluciones relacionados con los problemas de salud reproductiva que han sido elaborados en el plano internacional, por ejemplo, la Iniciativa para una Maternidad Segura, la Iniciativa para Reducir los Riesgos del Embarazo (OMS), la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), así como los documentos importantes como *The Mother-Baby*

*Package (OMS), Midwifery Education Modules for Safe Motherhood (OMS), Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido (CLAP/SMR OPS) y diversas declaraciones y compromisos internacionales, especialmente los generados por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y muchos otros organismos.*

También participarán en la educación de las parteras profesionales otros especialistas pertinentes, como por ejemplo obstetras y personal médico, funcionarios de salud pública, enfermeras, farmacéuticos, epidemiólogos, microbiólogos y psicólogos.

### 1.23 Recursos didácticos

Es esencial contar con espacio y recursos suficientes para enseñar y aprender, como una cantidad adecuada de aulas, salones para seminarios, una biblioteca bien dotada con libros, revistas y otra bibliografía apropiados y recursos didácticos, medios audiovisuales, modelos, gráficos y una selección del equipo usado en la partería y la atención obstétrica. Las computadoras conectadas a la Internet, si se dispone de ellas, también serán un gran recurso para la enseñanza en materia de salud reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud prepara regularmente una gran cantidad de bibliografía relacionada con la salud reproductiva, que es muy útil para fines didácticos y de aprendizaje. También se producen materiales didácticos que son apropiados para las parteras profesionales, e incluyen los módulos de educación de partería para la maternidad segura, algunas guías esenciales de ejercicio de la profesión, el manual para el tratamiento de las complicaciones en el embarazo y el parto, el manejo de la atención para el recién nacido enfermo y otros.

### 1.24 Métodos de enseñanza y aprendizaje

#### 1.24.1 Métodos centrados en las estudiantes

Las estudiantes serán participantes activas en su propio aprendizaje a lo largo de todo el programa todo el programa porque es un hecho conocido que la mayoría de los estudiantes adultos aprenden más eficazmente de ese modo (Knowles, 1989). Los métodos de aprendizaje que promueven la participación activa de las estudiantes incluyen el aprendizaje basado en la solución de problemas, estudios de casos, discusión, exposición en seminarios, aprendizaje experimenta —la representación de papeles, la simulación y el aprendizaje basado en actividades, como juegos y acertijos— talleres, proyectos y la utilización reiterada de modelos anatómicos. También habrá algunas clases magistrales modificadas que promueven la participación de las estudiantes, generalmente mediante sesiones de preguntas y respuestas durante la clase.

#### 1.24.2 El aprendizaje basado en la solución de problemas, que será una característica clave de este programa, es definido por Boud (1985 y 1991) del siguiente modo:

*“La idea fundamental que sustenta el aprendizaje basado en la solución de problemas es que el punto de partida para el aprendizaje debe ser un problema, una pregunta o un acertijo que los alumnos deseen resolver....”*

*“Es por consiguiente una manera de enseñar usando problemas como estímulo de la actividad de los estudiantes”.*

Los problemas deben presentarse como situaciones “de la vida real”, y la primera etapa del proceso de solución de problemas es el esclarecimiento de los términos y los conceptos que no son fácilmente comprendidos por las estudiantes en un área de estudio nueva. Puede seguir una sesión de “tormenta de ideas”, donde las estudiantes expresen espontáneamente sus ideas inmediatas sobre el tema y se identifiquen los vacíos en los conocimientos y las aptitudes. Después se elabora con los grupos un plan para el estudio. El grupo y el profesor analizan y evalúan las formas de reunir los conocimientos necesarios y se estimula la reflexión crítica. Los conocimientos generalmente abarcan varias disciplinas; por ejemplo, un problema puede incluir elementos de biología, psicología, sociología, partería y farmacología, mientras que otro problema puede requerir una mezcla diferente de disciplinas. También se identificarán las aptitudes necesarias y, en consulta con el profesor, se harán planes para que las estudiantes las adquieran, inicialmente en modelos —si es apropiado— y luego en las áreas clínicas y bajo supervisión. Los buenos modelos a imitar, el cuestionamiento y la discusión, son piedras angulares para moldear las actitudes adecuadas que son esenciales si se desea que las estudiantes se conviertan en profesionales eficientes y sensibles, que se relacionan bien con los clientes y los colegas y satisfacen las necesidades de diversos tipos de clientela. También se debe prestar especial atención a desarrollar la sensibilidad de las estudiantes a los valores culturales y las creencias relacionadas con la salud reproductiva durante todo el proceso de aprendizaje.

Para que el aprendizaje basado en la solución de problemas sea eficaz, los profesores deben actuar como facilitadores y proporcionar a las estudiantes apoyo y orientación para obtener los recursos apropiados, aunque también se espera que busquen por sí mismas la información necesaria. Las estudiantes presentarán su trabajo basado en la solución de problemas a sus compañeras y profesores en seminarios, estudios de casos o representaciones de papeles. Después del nuevo aprendizaje, se resume el material y se lo integra en los conocimientos y aptitudes existentes de las estudiantes (Barrows y Tamblyn, 1980).

### **1.24.3 La reflexión**

Otra modalidad de aprender es la reflexión, que se promoverá en todo el programa, especialmente en la práctica clínica. La base de la reflexión está en aprender de la experiencia. Algunos profesionales tienen una experiencia clínica amplia, pero no desarrollan y mejoran su práctica porque no aprenden de esa experiencia. La reflexión es entonces una actividad con un propósito definido, que incluye las siguientes etapas:

- Una experiencia de práctica clínica... una descripción de lo que sucedió.
- Sentimientos ... qué estaba pensando y sintiendo el profesional.
- Evaluación ... qué estuvo bien y mal en la experiencia.
- Análisis de la experiencia ... por qué fue buena o mala la experiencia.
- Conclusión... qué más podría haber hecho o no hecho el profesional para mejorar el resultado.
- Plan de acción para la práctica futura... si se presentara nuevamente la situación, ¿qué haría el profesional?

*A menudo se describen las etapas como un proceso cíclico, ya que la reflexión debe conducir a la acción y luego a una nueva reflexión, y así sucesivamente.*

Esta modalidad de aprender requiere que las estudiantes lleven diarios de sus reflexiones durante la práctica clínica y seleccionen incidentes para que sean analizados críticamente en grupo cuando están en la clase, en grupos pequeños de trabajo o en forma individual bajo la dirección de un profesor. También se puede promover la reflexión como proceso durante el trabajo de estudio de casos y otras actividades en el aula.

## 1.25 Evaluación de conocimientos y aptitudes

### 1.25.1 Evaluación de la teoría

Una estrategia de evaluación válida y fiable es esencial para asegurarse de que las estudiantes adquieran los conocimientos y aptitudes requeridos para ser parteras profesionales competentes. Las evaluaciones deben abarcar tanto la teoría como la práctica, e incluir una variedad de métodos que pueden ser:

- ... tareas escritas, pruebas y exámenes,
- ... exposiciones en seminarios,
- ... estudios de casos,
- ... análisis críticos de investigaciones,
- ... proyectos,
- ... diarios con reflexiones.

Como este es un programa modular, será preciso efectuar evaluaciones durante cada módulo y al completar cada uno de ellos. Además, generalmente habrá un examen al final del programa para evaluar el aprendizaje general y para comprobar la integración de los conocimientos y aptitudes. Las evaluaciones de trabajos del curso realizadas durante cada módulo o al final de él deben equivaler normalmente a 60% del proceso de evaluación general y el examen, a 40%. *(Si una estudiante no logra alcanzar el nivel necesario en una evaluación o en el examen final, normalmente se le permite volver a presentarlo solo en dos ocasiones. Si no consigue aprobarlo en esas dos ocasiones, por lo general la estudiante queda fuera del programa de adiestramiento).*

Algunas de las evaluaciones modulares pueden ser exposiciones en grupo. En tales casos, se espera que todas las estudiantes tomen parte en el trabajo de investigación, preparación del material para la exposición y en la exposición en sí ante una audiencia. Todas deberán participar también en la discusión y el análisis que siguen a las exposiciones.

### 1.25.2 Evaluación del trabajo clínico

El trabajo clínico debe ser evaluado en forma constante, pero se incluye una lista de verificación de las aptitudes esenciales. A intervalos apropiados durante el programa se evaluará la competencia de las estudiantes al aplicar estas aptitudes. Los evaluadores pueden ser mentores, profesoras parteras profesionales y, para algunas aptitudes —como las necesarias para salvar vidas— médicos. Se requerirán instrumentos adecuados para la evaluación de la práctica clínica y los evaluadores deben ser adiestrados para el proceso de evaluación.

El adiestramiento de los evaluadores puede incluir sesiones ofrecidas por las profesoras parteras profesionales u otros docentes idóneos, acerca de la enseñanza y la evaluación de la práctica clínica.

Algunos módulos repiten las aptitudes clínicas que se deben evaluar. Por ejemplo, la habilidad para insertar una cánula intravenosa y establecer y mantener la venoclisis está incluida en el proceso de evaluación de varios módulos. Una vez que se ha evaluado que la estudiante es competente en esta habilidad, ya no tiene que volver a ser evaluada.

### ***1.25.3 Las calificaciones***

Se requerirán criterios claros expuestos por escrito e instrumentos de evaluación bien formulados para cada evaluación. Los trabajos escritos deben ser calificados usando normas bien redactadas y, para asegurar la homogeneidad de las calificaciones, deben ser revisados por una segunda persona que preferentemente no conozca la nota dada en la primera revisión. Otra posibilidad para verificar la homogeneidad es que un segundo calificador califique una muestra de los trabajos de todas las estudiantes.

Cuando se aprueban los módulos y exámenes, le será otorgado a la estudiante el número apropiado de créditos. Las normas de evaluación deben estar de acuerdo con los criterios del organismo acreditador y tal vez deban ser aprobadas por este.

## **1.26 Garantía de la calidad**

### ***1.26.1 Evaluación de la calidad***

Se evalúa la calidad de la enseñanza midiendo lo que se les proporciona a las estudiantes y luego comparando esto con lo que se espera de ellas. Si esta evaluación revela deficiencias o puntos débiles, por ejemplo una cantidad insuficiente de personal, un nivel deficiente de la enseñanza o recursos exiguos, se deben hacer esfuerzos por corregir los problemas.

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA POR LAS ESTUDIANTES.** Las estudiantes deben tener oportunidades planificadas de evaluar el programa con intervalos regulares en todo el curso. Los métodos de evaluación pueden incluir:

- Discusión informal en grupo entre las estudiantes y el cuerpo docente
- Observaciones y cuestionarios por escrito
- Entrevistas informales con un grupo de estudiantes seleccionadas al azar

La evaluación debe incluir todos los aspectos del curso, como la experiencia y la supervisión en las áreas clínicas, el sistema de mentores, el cuerpo docente y los métodos de aprendizaje, la disponibilidad de recursos apropiados, la realización de las evaluaciones, la estrategia, el apoyo dado a las estudiantes y los establecimientos de que disponen durante su programa.

Los datos obtenidos a partir de las evaluaciones deben ser enviados como mínimo al jefe del departamento de la institución que ofrece el curso, así como a los responsables de la gestión diaria del programa (a menudo llamado equipo de gestión del programa). A este equipo generalmente se le pide que responda a las evaluaciones y la retroalimentación aportada por las estudiantes con decisiones apropiadas con respecto al desarrollo permanente del programa. Por último, los informes de evaluación son a menudo requeridos por el consejo de examinadores, cuando existe un órgano de ese tipo, y a veces por los órganos normativos y de acreditación; frecuentemente el requisito exigido por estos últimos órganos es que tales informes deben mantenerse en archivos para ser usados como

evidencias cuando llega el momento de la reacreditación del programa o hay visitas e inspecciones de validación oficial.

**EXAMEN DE LOS SITIOS ASIGNADOS A LAS ESTUDIANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.** Se deben crear instrumentos específicos para un examen anual de las áreas clínicas donde son asignadas las estudiantes para la práctica. Deben determinarse los requisitos mínimos para los lugares adonde se asignará a las estudiantes, que pueden ser identificados a partir de la información obtenida mediante los exámenes anuales. La elección de los lugares dependerá entonces del resultado de los exámenes y se tendrán en cuenta las evaluaciones de estudiantes anteriores cuando los lugares de asignación hayan sido usados previamente.

### *1.26.2 Consejos del curso*

En la mayoría de las instituciones se exige que el programa sea dirigido por un equipo de gestión del programa y un consejo de exámenes, o sus equivalentes en el país.

EL EQUIPO DE GESTIÓN DEL PROGRAMA se encarga generalmente del examen de:

- el programa.
- los niveles de competencia alcanzados por las estudiantes.
- los recursos disponibles para ofrecer el programa.
- las evaluaciones de las estudiantes.
- el nombramiento o designación de examinadores externos en el consejo de examen.

El equipo de gestión del programa puede variar según las normas y reglamentos locales pero, idealmente, debe estar constituido por profesores y una autoridad del programa, así como representantes del personal administrativo y clínico de las áreas de asignación de las estudiantes. Otros miembros pueden ser representantes legales de grupos o asociaciones de mujeres, líderes de la comunidad, etc., y también se puede incluir a docentes y representantes de otras disciplinas para asegurar la concordancia del programa de partería con otros de un nivel similar.

EL CONSEJO DE EXÁMENES generalmente es responsable de:

- Revisar la estrategia general de evaluación.
- Examinar los niveles de competencia alcanzados por las estudiantes y hacer sugerencias para perfeccionar el programa y el proceso de evaluación.
- Examinar todos o una muestra de los trabajos escritos y los exámenes con el propósito de vigilar los criterios usados para calificar, determinar su homogeneidad y evaluar la calidad del trabajo de las estudiantes.
- Observar la práctica clínica y evaluar el nivel de competencia de las estudiantes, el apoyo y las enseñanzas proporcionados por los mentores, la calidad de las evaluaciones de la práctica y los recursos disponibles en los sitios asignados para la ella.
- Aconsejar en relación a las estudiantes que son “dudosas” o tienen problemas particulares asociados con el proceso de evaluación o examen.

El consejo de exámenes idealmente debe incluir a examinadores externos de otras instituciones involucradas en la formación de la partera profesional para que haya homogeneidad en todas las instituciones.

## PARTE 2: LOS MÓDULOS DE PARTERÍA

### 2.1 MÓDULO 1. Perspectiva de género con respecto a la salud y enfermedad

#### 2.1.1 Introducción

La situación de las niñas y las mujeres en la sociedad es crucial para su salud reproductiva. Durante el desarrollo de este módulo, las estudiantes examinarán los aspectos de género vinculados con la salud para tomar una mayor conciencia de su propia posición acerca de estos problemas y también de las actitudes que sostienen los miembros de la comunidad en los lugares donde son asignadas. El objetivo general de aprendizaje en este módulo es aumentar la conciencia de las estudiantes sobre las desigualdades entre los hombres y las mujeres, examinar cómo se mantienen estas desigualdades, y las consecuencias para el estado de salud de todos los miembros de la comunidad.

#### 2.1.2 Resultados de aprendizaje propuestos

Al final del módulo, las estudiantes podrán:

- 1 Demostrar que conocen las desigualdades entre los hombres y las mujeres.
- 2 Examinar cómo se mantienen estas desigualdades.
- 3 Explorar sus propias actitudes acerca de las desigualdades entre los sexos.
- 4 Analizar los efectos sobre el estado de salud de todos los miembros de la comunidad.
- 5 Considerar estrategias para mejorar las desigualdades entre los sexos.
- 6 Examinar los efectos de las desigualdades sobre la función de la partera profesional.

#### 2.1.3 Contenido

- Sociología básica; por ejemplo, la cultura y su efecto sobre las actitudes acerca de la salud y la enfermedad.
- Psicología; por ejemplo, el comportamiento humano, su percepción y cómo influye esto en su comportamiento relacionado con la salud y la enfermedad.
- La perspectiva del ciclo biológico en la salud reproductiva.
- Epidemiología concentrada en la mala salud de las mujeres, los niños y los hombres en su comunidad y cómo se relaciona esto con la distribución actual del poder.
- El síndrome de la pobreza.
- La situación económica de las mujeres.
- Los efectos de las desigualdades en la legislación, por ejemplo, la concerniente al derecho de poseer tierras y propiedades y el derecho de heredar.
- Los derechos de los niños.
- La situación de la niña.
- La violencia contra la mujer y los niños, el acoso sexual, el tráfico sexual y la prostitución, el infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo, etc.

- Tradiciones y prácticas nocivas.
- Los efectos del género sobre la salud reproductiva tanto de las mujeres como de los hombres.
- Los efectos del género sobre el ejercicio de la profesión de partera profesional.
- La importancia de empoderar a las mujeres para que puedan mejorar y mantener su salud.
- La recopilación sistemática de datos sobre cuestiones vinculadas con el género con diversos métodos, por ejemplo, las entrevistas, los grupos de discusión, el análisis y la interpretación de los datos y la presentación de los resultados.

### ***2.1.4 Métodos de enseñanza y aprendizaje***

Las estudiantes obtendrán de la comunidad datos sobre cuestiones relacionadas con el género y sobre las creencias religiosas y culturales vinculadas con la salud reproductiva mediante observación, entrevistas y discusiones con la comunidad y líderes religiosos, hombres, mujeres y grupos familiares, visitas a escuelas, grupos de mujeres, lugares de empleo y establecimientos de salud. Los métodos principales de enseñanza y aprendizaje serán:

- El aprendizaje basado en la solución de problemas, que se llevará a cabo en grupos pequeños, de 4 ó 5 estudiantes.
- La discusión en grupo con diferentes sectores de la comunidad.
- Estudios de casos.
- Exposiciones en seminarios.
- Representación de papeles.
- Elaboración de proyectos.
- Sesiones de trabajo dirigidas por tutores.
- Clases magistrales modificadas.
- Reflexión: se analizan en grupos pequeños los incidentes relatados por las estudiantes en sus diarios de reflexión.

Se pondrá énfasis en la capacidad de comunicación y aptitudes interpersonales durante el debate y las exposiciones y se esperará que las estudiantes muestren respeto por las opiniones de los demás, aun cuando sean diferentes a las propias. El énfasis en el desarrollo de actitudes apropiadas, buena comunicación y aptitudes interpersonales ayudará a las estudiantes cuando trabajen en la comunidad.

### ***2.1.5 Evaluación de las estudiantes***

ASESORES. Los asesores serán las profesoras parteras profesionales y el personal apropiado de la comunidad, por ejemplo, médicos y enfermeras. También se promoverán la auto evaluación y la evaluación por parte de las compañeras.

DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES. Se realizarán evaluaciones durante el desarrollo del módulo y al final de este. Durante el módulo se evaluará a las estudiantes por medio de seminarios y el trabajo de estudio de casos en relación con los conocimientos, la capacidad de análisis crítico, la comprensión y la aplicación en la práctica de los temas tratados, así como sus aptitudes de comunicación y apreciación de problemas éticos. Al final del módulo, se evaluará a las estudiantes en su trabajo con proyectos.

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- Estudios de casos, concentrados en el análisis crítico de los problemas identificados y las estrategias para mejorar los resultados.
- Exposiciones por grupos en seminarios sobre problemas específicos vinculados con el género.
- Elaboración de proyectos, nuevamente mediante el trabajo y exposiciones en grupo. Para esta tarea, se espera que las estudiantes recolecten, analicen, interpreten y presenten los resultados de su pequeño estudio a sus compañeros y a una audiencia integrada por invitados.

### *2.1.6 Evaluación del módulo*

Se efectuará la evaluación mediante entrevistas semiestructuradas individuales a una muestra pequeña de estudiantes así como en discusiones en grupo. Los detalles de las evaluaciones serán registrados y enviados al Equipo de Gestión del Programa y otro personal pertinente.

## **2.2 MÓDULO 2. Comunicación, orientación y educación sanitarias**

### *2.2.1 Introducción*

El objetivo de este módulo es permitir a las estudiantes considerar y reflexionar sobre las diversas maneras en las que se comunican las personas, analizar los elementos que constituyen la comunicación adecuada y también la deficiente, y las aptitudes interpersonales. Se ofrecerá a las estudiantes oportunidades para evaluar en forma crítica, pero constructiva y estimulante, sus propias aptitudes y las de sus compañeras para la comunicación, las relaciones interpersonales y la orientación.

También se incluirán conocimientos básicos acerca de la educación y los métodos de enseñanza y aprendizaje con el propósito de ayudar a las estudiantes a desarrollar aptitudes idóneas para la educación sanitaria.

### *2.2.2 Resultados de aprendizaje propuestos*

Al final del módulo, las estudiantes podrán:

- 1 Analizar las maneras en las que se comunican las personas y reconocer el empleo de la comunicación tanto verbal como no verbal.
- 2 Analizar las diferentes maneras en las que se pueden hacer las preguntas para obtener respuestas y el empleo de técnicas apropiadas de interrogatorio en diferentes situaciones.
- 3 Reconocer la importancia de la comunicación no verbal y cómo esta puede influir en la relación entre la partera profesional y una mujer, su familia y la comunidad.
- 4 Identificar las cualidades personales de un buen orientador, reconocer a las personas que tienen estas cualidades y examinar los conceptos básicos de la orientación.
- 5 Identificar las situaciones en las que las parteras profesionales han sido suficientemente adiestradas para proporcionar orientación, y aquellas en las que es aconsejable referir a las mujeres para que reciban una orientación más especializada.
- 6 Examinar los conceptos de educación, enseñanza y aprendizaje.
- 7 Aplicar métodos de enseñanza y aprendizaje que sean apropiados para la educación sanitaria impartida a individuos y grupos) y que permitan facilitar la toma de decisiones en relación con el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

### **2.2.3 Contenido**

#### **COMUNICACIONES Y ORIENTACIÓN**

- Introducción a las aptitudes para la comunicación.
- Comunicación verbal.
- Comunicación no verbal o lenguaje corporal.
- Cualidades de un orientador.
- Aptitudes de un orientador: prestar atención, escuchar y responder.
- Reconocimiento de las limitaciones de las aptitudes personales para la orientación, y de la necesidad de remitir a la persona para que reciba orientación experta.
- Situaciones de conflicto.
- Confianza en uno mismo.

#### **INTRODUCCIÓN A LA EDUCACIÓN, LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE**

- Introducción a los conceptos de educación, enseñanza y aprendizaje
- Métodos didácticos y de aprendizaje que son apropiados para la educación sanitaria, por ejemplo, suministro de información, empleo eficaz de medios visuales, preguntas alentadoras, fomento de la discusión, la demostración, la dramatización, y el aprendizaje basado en la simulación y la actividad, como juegos y acertijos.

### **2.2.4 Métodos de enseñanza y aprendizaje**

- Aprendizaje en grupos pequeños, de 4 ó 5 estudiantes, basado en la solución de problemas.
- Representación de papeles.
- Dramatización.
- Clase magistral modificada.
- Micro enseñanza.
- Empleo de medios visuales.
- Reflexión.

### **2.2.5 Evaluación de las estudiantes**

**EVALUADORES.** Habrá una combinación de auto evaluación, evaluación por las compañeras y por el profesor. En la práctica clínica, el mentor también participará de ella.

**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES.** Se efectuarán las evaluaciones durante el desarrollo del módulo. La exposición ante las compañeras y los asesores de los medios visuales diseñados y elaborados por las estudiantes tendrá lugar al final del módulo. También se celebrarán sesiones de micro enseñanza durante los últimos días del módulo.

La evaluación de las sesiones de enseñanza a grupos pequeños se realizará con intervalos durante todo el programa de adiestramiento, después de la finalización del módulo.

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

1. Representación de papeles para evaluar las aptitudes para la comunicación y la orientación.
2. Sesión de micro enseñanza en el aula; cada estudiante ofrecerá al resto de la clase una breve sesión de enseñanza (10 a 15 minutos) sobre un tema dado, usando los métodos de enseñanza y aprendizaje de su elección.
3. Durante su programa de adiestramiento de 18 meses, cada estudiante será evaluada en tres sesiones de enseñanza a grupos de clientas de la comunidad o de un establecimiento de salud.
4. Medio visual elaborado por cada estudiante para la educación sanitaria.

### *2.2.6 Evaluación del módulo*

La evaluación tendrá lugar con intervalos durante todo el desarrollo del módulo y al finalizar este. Los métodos incluirán la discusión en grupo y entrevistas no estructuradas en una muestra. Se registrarán los resultados y se los comunicará al equipo de gestión del programa y otro personal pertinente.

## **2.3 MÓDULO 3. Regulación de la fecundidad y control de las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida**

### *2.3.1 Introducción*

El desarrollo de este módulo tendrá lugar tanto en la comunidad como en consultorios y hospitales, e incluye estudios teóricos y adiestramiento clínico. La práctica clínica continuará con intervalos durante todo el programa de partería. Por consiguiente, la estudiante deberá ser competente en todos los aspectos de la regulación de la fecundidad y tener conocimientos exhaustivos del control, el reconocimiento y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida al concluir el programa, pero no necesariamente al finalizar este módulo específico. Al completar el módulo anterior sobre comunicación, orientación y educación sanitarias, se ayudará a la estudiante a comunicarse con clientas sobre temas que pueden causarles cierta turbación.

### *2.3.2 Resultados de aprendizaje propuestos*

Al final del módulo, las estudiantes podrán:

1. Demostrar un grado apropiado de conocimientos acerca de todos los métodos usados para la regulación de la fecundidad, su eficacia, los efectos secundarios y los requisitos de la atención de seguimiento.
2. Aconsejar a la mujer o la pareja acerca de la regulación de la fecundidad y aceptar su elección fundamentada de un método.
3. Mostrar competencia al proporcionar métodos de planificación familiar y enseñar a las clientas su empleo.
4. Demostrar un grado apropiado de conocimientos acerca de la epidemiología de las ITS y el VIH, transmisión de las infecciones y las estrategias requeridas para controlar su propagación.
5. Demostrar conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual, sus signos y síntomas, los métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
6. Demostrar conocimientos apropiados acerca de los trastornos relacionados con el VIH y el sida, incluido el modo de transmisión del VIH, los efectos sobre el embarazo y el parto, y la atención apropiada para las personas que viven con sida.
6. Demostrar capacidad para aplicar las precauciones universales.

7. Demostrar capacidad de atender un consultorio en forma eficiente y humanitaria, asegurando que todos los clientes sean tratados con respeto y dignidad y reciban atención de calidad; en el que sea evidente el trabajo eficiente en equipo, y donde se disponga de todos los suministros y equipo necesarios, según se requiera, y en buenas condiciones de funcionamiento y apropiadamente aseado y almacenado.
8. Impartir educación sanitaria y asesoramiento apropiado a las clientas y a grupos de la comunidad sobre la autoprotección (prevención o reinfección) en relación con las ITS y el VIH, de una forma respetuosa y fácil de comprender.
9. Vigilar la incidencia de las ITS en la comunidad local, llevar registros exactos de la incidencia, la captación de la atención, la eficacia del tratamiento prescrito y la concurrencia para recibir atención de seguimiento, y formular y poner en práctica estrategias encaminadas a reducir la propagación de las ITS en la comunidad.
10. Vigilar la captación de la planificación familiar en la comunidad, y formular y poner en práctica estrategias para promover la regulación de la fecundidad.
11. Servir eficazmente de enlace con otros profesionales de la asistencia sanitaria involucrados en la atención a clientas que requieren regulación de la fecundidad o tratamiento de ITS o VIH/sida, y formular estrategias para mejorar la accesibilidad y la captación de la atención.

### *2.3.3 Contenido relacionado con la regulación de la fecundidad*

#### ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

- La forma y función de la célula, el crecimiento celular y la división y diferenciación de ellas.
- Formación del óvulo y el espermatozoide.
- La anatomía y la fisiología de los órganos endocrinos y de la reproducción en la mujer y el hombre.
- Regulación hormonal del ciclo menstrual.

#### SEXUALIDAD HUMANA

- Desarrollo psicosexual.
- Opciones de sexualidad.
- Respuesta sexual.
- Comportamientos sexuales de riesgo.
- Riesgos asociados con tener múltiples compañeros sexuales.

#### REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

1. Métodos no farmacológicos
  - Dispositivos mecánicos para la regulación de la fecundidad.
  - Principios de la acción.
  - Formas de empleo.
  - Riesgos asociados con los dispositivos.
  - Ventajas de los dispositivos que incluyen efectos de prevención de ITS y de otro tipo, cuando proceda.

2. Métodos de regulación natural de la fecundidad (RNF)
  - Principios de la acción.
  - Formas de empleo.
  - Precauciones que hay que tomar.
  - Beneficios y limitación de los métodos.
  - Prevención de las ITS, efectos de los métodos.
  
3. Anticonceptivos hormonales y métodos químicos de barrera
  - La acción del principio farmacológico.
  - Farmacocinética.
  - Efectos secundarios y tratamiento.
  - Interacciones farmacéuticas.
  - Formas de empleo.
  - Riesgos y tratamiento.
  - Prevención de las ITS, efectos de los medicamentos usados para la anticoncepción.
  
4. Temas generales
  - Repercusión de las condiciones sanitarias en el empleo de diferentes fármacos.
  - Aspectos jurídicos nacionales de la regulación de la fecundidad.

#### INFORMACIÓN SANITARIA

Actitudes para la comunicación y la orientación concernientes a:

- Regulación de la fecundidad y empleo de métodos anticonceptivos.
- Evaluaciones de la necesidad de anticonceptivos.
- Preferencias de la mujer.
- Instrucciones sobre el empleo de los anticonceptivos.
- Riesgos y efectos adversos de los anticonceptivos.
- Medidas que se pueden tomar si se producen efectos secundarios adversos.

#### ***2.3.4 Aptitudes clínicas requeridas para la regulación de la fecundidad***

La estudiante debe tornarse competente en:

- Realizar una entrevista acerca de la regulación de la fecundidad.
- Realizar exámenes e investigaciones ginecológicas.
- Efectuar la medición de la presión arterial.
- Realizar pruebas para determinar la presencia de proteínas y glucosa en la orina.
- Insertar un dispositivo anticonceptivo intrauterino con seguridad.
- Proveer a la mujer de un dispositivo cervicouterino de barrera y enseñarle cómo insertarlo y usarlo.
- Insertar implantes.
- Administrar inyecciones intramusculares y subcutáneas.
- Documentar con exactitud la información obtenida en la entrevista, los exámenes, las pruebas y el método de planificación familiar proporcionado.

- Prestar adecuada atención de seguimiento.
- Reconocer las complicaciones que requieren la remisión de las mujeres para el asesoramiento y la atención por expertos y hacer los arreglos necesarios con prontitud.
- 

### CONTENIDO PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

- Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Prevención y control a nivel social e individual.
- Legislación sobre la notificación de enfermedades infecciosas.
- Etiología de las ITS.
- Síntomas de las ITS en sus diferentes estadios.
- Métodos microbiológicos para la detección de ITS.
- Orientación y pruebas voluntarias (OPV) relacionadas al VIH.
- Diagnóstico y tratamiento de las ITS.
- Metodología del enfoque sindrómico.
- Ventajas y deficiencias del enfoque sindrómico.
- Protocolos para el tratamiento de casos.
- Evaluación de riesgos.
- Evaluación clínica, incluido el examen con espéculo.
- Exámenes de laboratorio.

### FARMACOLOGÍA

- Fármacos usados para el tratamiento de las ITS y las infecciones de las vías urinarias.
- Acción del principio de los fármacos usados para el tratamiento de las ITS.
- Farmacocinética.
- Efectos adversos de las preparaciones farmacéuticas.
- Prescripción de los medicamentos.
- Efectos secundarios y tratamiento .

### HIGIENE

- Microorganismos comunes.
- Transmisión de la infección.
- Principios básicos de la prevención de la transmisión de la infección.
- Precauciones universales.
- Técnica de lavado correcto de las manos.
- Técnica aséptica.
- Limpieza y esterilización de los instrumentos y equipo.
- Eliminación sin riesgos de material infectado.

## INFORMACIÓN SANITARIA

- Riesgos de las ITS.
- Prevención y autoprotección contra las ITS y el VIH.
- Información sanitaria sobre aspectos del modo de vida, es decir, la protección de los compañeros y la higiene, la promoción de la salud general, la importancia de seguir el tratamiento y los síntomas significativos que requieren atención médica.
- Combatir contra las falsas creencias y tabúes relacionados con la transmisión de las ITS y el VIH.
- Notificación y tratamiento de los compañeros.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS RELACIONADAS CON LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD, LAS ITS Y EL VIH

Las estudiantes deben identificar los problemas éticos pertinentes y sus propias actitudes hacia estos problemas. También deben ser escrutadas a fondo las actitudes del entorno cultural particular donde están practicando, incluidos los siguientes elementos:

- Derechos vinculados con la reproducción y situación social de las mujeres.
- ¿Cuándo comienza la vida?
- El derecho a vivir de un embrión o feto.
- El derecho jurídico al aborto seguro.
- La responsabilidad moral y la transmisión de la infección (incluido el derecho de las clientas a la confidencialidad frente al bien público).
- Los derechos y responsabilidades jurídicas de la partera profesional.

## GESTIÓN

- Documentación de la información en las historias clínicas de las pacientes e interpretación de los resultados.
- Protección de la confidencialidad.
- Mantenimiento y archivo eficiente de las historias clínicas de las pacientes.
- Evaluación de la necesidad de anticoncepción, tratamiento de ITS y OPV en la comunidad.
- Organización de los suministros de preparaciones farmacéuticas y otros dispositivos en uso en un consultorio de planificación familiar.
- Mantenimiento del equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Aseo del entorno y el equipo y altos estándares de higiene para prevenir la infección cruzada y proteger a los trabajadores de salud.
- Evaluación de los efectos de la educación sanitaria y la regulación de la fecundidad sobre los individuos y la comunidad local.

### *2.3.5 Práctica clínica para ITS en los consultorios*

ENFOQUE GENERAL DE LAS CLIENTAS. La estudiante debe adquirir una perspectiva holística sobre la atención que se presta a las clientas con ITS, identificar sus necesidades individuales y encontrar formas de satisfacer esas

necesidades. Algunas mujeres se sentirán turbadas y trastornadas por su enfermedad, el carácter personal de la información que se les solicita y las investigaciones y el tratamiento. Por consiguiente, se requiere mucha prudencia para calmarlas y tranquilizarlas: se les debe garantizar la privacidad y la confidencialidad en todo momento.

Se requieren conocimientos acerca de la identificación de las características del riesgo sexual. Al trabajar con clientas que sufren ITS, la partera profesional siempre debe estar consciente del riesgo de que la mujer también pueda estar infectada por el VIH, tanto al llevar a cabo la identificación de sus necesidades, como en el tratamiento, la atención y las perspectivas de salud futura. Al planificar la atención para las clientas con ITS, se debe tener en cuenta esta posibilidad de infecciones duales o múltiples.

### ***2.3.6 Aptitudes clínicas para la atención de clientas con ITS***

La práctica clínica debe ser efectuada en consultorios apropiados donde son tratadas las clientas con ITS y se ofrece planificación familiar. Es importante que los consultorios seleccionados estén dotados de personal capacitado, preparado para enseñar, supervisar y evaluar a las estudiantes durante su adiestramiento.

En la práctica clínica se debe dar a las estudiantes la oportunidad de desarrollar aptitudes para:

- Realizar entrevistas y tomar nota de las historias clínicas de las clientas.
- Llevar a cabo exámenes ginecológicos.
- Tomar frotis cervicouterinos y frotis húmedos.
- Efectuar pruebas o tomar muestras para las pruebas pertinentes, incluidas la OPV.
- Correlacionar todos los resultados y hacer diagnósticos correctos.
- Seleccionar y proporcionar el tratamiento apropiado, incluida la remisión inmediata, según proceda.
- Suministrar la información sanitaria apropiada.
- Reconocer las complicaciones que requieren remisión para el asesoramiento y la atención de expertos, y hacer los arreglos necesarios con prontitud.
- Orientar acerca de métodos de regulación de la fecundidad y protección contra las ITS o el VIH.
- Prestar atención de seguimiento y asesoramiento apropiados.
- Recolectar datos para estudios epidemiológicos encaminados a evaluar la captación de los servicios de atención, la extensión y la gama de problemas de ITS y la eficacia del tratamiento.
- Documentar toda la información en forma cabal y exacta.

### *2.3.7 Infertilidad y esterilidad*

La capacidad de investigar y tratar la infertilidad no es una responsabilidad de la partera profesional. Sin embargo, la estudiante debe adquirir conocimientos y aptitudes que le permitan decidir cuándo es necesario remitir a las clientas para examinar una posible infertilidad, y estar consciente de la repercusión de los siguientes problemas sobre la fecundidad y la capacidad de llevar a buen término un embarazo:

- Infecciones del aparato reproductor.
- Insuficiencia hormonal relacionada con los ovarios, los testículos y las glándulas hipotalámicohipofisarias.
- La nutrición.

### *2.3.8 Métodos de enseñanza y aprendizaje*

- **Aprendizaje basado en la solución de problemas.** El curso está orientado principalmente a la solución de problemas. Las estudiantes deben trabajar en grupos de 4 ó 5 personas. A cada grupo se le asignan problemas relacionados con el programa de estudios para que los resuelvan. Las estudiantes se basarán en los conocimientos y experiencias que ya tienen para encontrar, con apoyo tutorial, soluciones a los problemas, y también para ampliar sus conocimientos y comprensión mediante la búsqueda de bibliografía, análisis y discusión, observación y práctica supervisada, estudios de casos, asistencia a conferencias ofrecidas por expertos en el campo y discusiones de casos. Los resultados de esas investigaciones sobre los problemas serán presentados al personal docente y clínico y a otras estudiantes en los seminarios.
- **Representación de papeles.** Se usará ampliamente la representación de papeles para explorar las actitudes, las cuestiones éticas, las aptitudes de comunicación y ciertos estudios de casos, seguida de la discusión y el análisis detallado de los temas que surjan durante el ejercicio.
- **Demostración de las aptitudes.** Se usará la simulación para enseñar ciertos procedimientos y las estudiantes practicarán en modelos, con el equipo apropiado y en el laboratorio, antes de prestar asistencia a pacientes. Por ejemplo, para exámenes ginecológicos, los métodos anticonceptivos de barrera y algunas pruebas de laboratorio.
- **Clases magistrales modificadas.**
- **Estudios de casos.**
- **Proyectos.** El grupo se dividirá en subgrupos pequeños. A cada grupo se le asignará un tema para su proyecto y se espera que lo exploren a fondo, incluidos —cuando fueran pertinentes— los siguientes aspectos: sociológicos, psicológicos, éticos, fisiológicos, farmacéuticos y médicos. La exposición de los proyectos tendrá lugar al final del módulo ante una audiencia de invitados.
- **Reflexión.**

### *2.3.9 Evaluación de las estudiantes*

**EVALUADORES.** Los conocimientos teóricos serán evaluados por los profesores de partería u otros profesores y especialistas apropiados.

Personal médico experimentado de partería o enfermería de los consultorios, realizará la evaluación de la práctica clínica. También se promoverán la auto evaluación y la evaluación por las compañeras.

## DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES

- Se llevará a cabo una prueba escrita cerca de la finalización del módulo.
- Al llegar aproximadamente a la mitad del módulo, las estudiantes entregarán un trabajo escrito sobre un tema asignado, como “La educación de la comunidad acerca de las ITS y el VIH”.
- Se programará un estudio de casos basado en la solución de problemas, según proceda.
- Se evaluará el trabajo clínico en forma constante, pero también se evaluarán las aptitudes clínicas especificadas cuando la estudiante esté preparada, durante el desarrollo del módulo o al final de este, para asegurarse de que es competente.

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

1. Prueba escrita con el fin de evaluar los conocimientos acerca de la regulación de la fecundidad y las ITS. La prueba se basará en problemas clínicos para evaluar el enfoque holístico de la atención.
2. Exposiciones en grupo sobre estudios de casos basados en la solución de problemas, para evaluar no solo el manejo técnico del caso, sino también los aspectos éticos y jurídicos que puedan presentarse y las aptitudes para comunicarse y dar orientación.
3. Exposiciones de proyectos. Se espera que las estudiantes, en grupos pequeños, recopilen datos sobre el tema de su proyecto, analicen, interpreten y discutan las implicaciones de los resultados y expongan su trabajo ante una audiencia de profesores y personal clínico invitados.
4. Las evaluaciones clínicas incluirán:
  - la anamnesis de la clienta que requiere planificación familiar o con presunta ITS o VIH.
  - la orientación brindada a una clienta acerca de los métodos de planificación familiar disponibles o acerca de tratamiento para una ITS.
  - la enseñanza impartida a una clienta acerca del método de planificación familiar que escogió.
  - la inserción de un dispositivo anticonceptivo intrauterino.
  - la eliminación sin riesgos y el aseo del equipo.
  - la inserción de implantes.
  - el tratamiento de las clientas con ITS.
  - la medida en que son completos los registros.

### *2.3.10 Evaluación del módulo*

Se efectuará la evaluación al final del módulo mediante un cuestionario que abarcará tanto los aspectos teóricos como la experiencia clínica obtenida durante su desarrollo. Las respuestas serán analizadas por los profesores, los supervisores clínicos y el equipo de gestión de programa. Durante el desarrollo del módulo, las estudiantes tendrán oportunidades de formular observaciones sobre cualquier aspecto del módulo en periodos breves de discusión, establecidos para esta finalidad con intervalos de aproximadamente dos semanas. Esas observaciones serán documentadas y enviadas al personal pertinente.

## 2.4 MÓDULO 4. Atención preconcepcional y prenatal

### 2.4.1 Introducción

El objetivo general de este módulo es permitir a la estudiante adquirir las competencias para brindar a todas las mujeres atención adecuada antes de la concepción y durante el embarazo, detectar la aparición de complicaciones en el embarazo y tomar medidas pertinentes y oportunas, incluidas las aptitudes para salvar vidas.

### 2.4.2 Resultados de aprendizaje propuestos

Al final del módulo, las estudiantes podrán:

1. Educar a los miembros de la comunidad acerca de la importancia de la atención antes del embarazo y prenatal, y promover la captación de los servicios de atención.
2. Registrar una historia clínica completa y exacta de la mujer e identificar los factores que pueden tener un efecto adverso sobre la salud materna o fetal.
3. Realizar un examen físico completo de la mujer de manera sistemática y usando las técnicas correctas, identificar cualquier desviación de lo normal y tomar medidas apropiadas.
4. Aplicar la semiología obstétrica para evaluar a la embarazada, observando en particular en el último mes del embarazo la situación, presentación, posición y descenso del feto, y auscultando los latidos cardiacos fetales. Distinguir entre los resultados que indican un progreso normal y aquellos que son anormales y tomar medidas apropiadas y oportunas.
5. Evaluar el estado emocional de la mujer observando su conducta, usando un interrogatorio hábil y alentándola a manifestar sus problemas o inquietudes.
6. Brindar apoyo psicosocial a las mujeres antes del embarazo o durante él, según sea necesario.
7. Proporcionar asesoramiento y orientación apropiados a la mujer y su familia acerca de cómo promover la salud en el embarazo, el tratamiento de trastornos menores y los síntomas que requieren atención médica inmediata; y suministrar información sobre la preparación para el parto y la atención del recién nacido, incluida la lactancia materna.
8. Analizar con la mujer y su familia cuál será el lugar más apropiado para el parto y asesorarles acerca de los arreglos para esa fecha.
9. Conocer y solicitar todas las pruebas e investigaciones que puedan requerirse en el embarazo, asegurarse de que se lleven a cabo, estimar la importancia de los resultados y tomar medidas apropiadas, según sea necesario.
10. Llevar registros exactos y completos de cada examen efectuado antes del embarazo y durante este.
11. Examinar todos los resultados, identificar los factores de riesgo y tomar medidas inmediatas, según sea necesario.
12. Realizar toda maniobra para salvar vidas que pueda requerirse en el embarazo.
13. Coordinarse eficazmente con miembros de la comunidad con el fin de asegurar de que se dispondrá del transporte y los conductores apropiados para la remisión inmediata, si se requiere.
14. Preparar a la mujer y a su pareja en la sicoprofilaxis del parto y estimulación prenatal del feto, y posteriormente del recién nacido.

### 2.4.3 Contenido

#### ATENCIÓN ANTES DEL EMBARAZO

- Evaluación del estado de salud y, cuando sea posible, tratamiento de los trastornos importantes.
- Elaboración de una historia clínica e identificación de los trastornos importantes.
- Examen para detectar y, cuando sea posible, tratar los trastornos que puedan tener un efecto adverso sobre el embarazo, por ejemplo, la anemia, infecciones, enfermedades de transmisión sexual, VIH, diabetes, etc.
- Evaluación del estado de nutrición y asesoramiento nutricional apropiado durante el embarazo.
- Inmunizaciones y otros tratamientos profilácticos recomendados (específicos del país).
- Educación sanitaria apropiada para promover un modo de vida sano en preparación para el embarazo, incluidas las prácticas para evitar, por ejemplo, fumar, tomar medicamentos (a menos que sean prescritos por un médico, partera profesional o enfermera plenamente capacitada), el consumo de alcohol, el sexo sin protección y otras prácticas nocivas.
- La importancia de la atención prenatal y la planificación del lugar apropiado para el parto.
- Diagnóstico precoz de embarazo.

#### EL EMBARAZO NORMAL:

- La concepción.
- Desarrollo y crecimiento del embrión, el feto y la placenta.
- Hormonas placentarias en el embarazo.
- Anatomía y fisiología de la circulación fetal.
- Anatomía de la pelvis y el cráneo fetal.
- Métodos de medición y evaluación del crecimiento y la salud del feto.
- Modificaciones fisiológicas generales y locales producidas por el embarazo.
- Anatomía de las mamas femeninas y fisiología de la lactancia.
- Aspectos psicológicos y emocionales del embarazo.
- Diagnóstico del embarazo.
- Puesta en práctica del programa de salud materna.
- Anamnesis.
- Examen físico durante el embarazo, incluido el examen obstétrico en sus diferentes etapas.
- Los estudios de laboratorio requeridos en el embarazo, que incluyen: protocolos para los análisis de sangre para detectar la sífilis; la orientación y pruebas voluntarias (OPV) en relación con el VIH en las mujeres en riesgo; el perfil sanguíneo completo, incluida la hemoglobina, el grupo sanguíneo y el factor Rh; prueba de orina para detectar la bacteriuria asintomática.
- Atención profiláctica para lograr resultados sanos del embarazo, por ejemplo, administración del toxoide tetánico, hierro y folato, fármacos antimaláricos, mebendazol y vitamina A, cuando exista carencia de ella en la zona.
- Formulación y puesta en práctica de un plan de atención basado en los resultados de todos los exámenes y pruebas.

- Apoyo requerido por la embarazada según sus necesidades físicas y psicosociales.
- Evaluación de riesgos.
- Recolección y análisis de información sanitaria pertinente en relación con la nutrición, el modo de vida, la preparación para el parto y la atención del recién nacido.
- Reconocimiento de desviaciones del embarazo normal y medidas necesarias que hay que tomar.
- Procedimiento de toma de PAP e interpretación de resultado.

## FARMACOLOGÍA E INMUNIZACIÓN

- Medicamentos que son teratógenos en el embarazo.
- Administración de medicamentos, las dosis, los métodos de administración, y los signos de toxicidad.
- Farmacocinética, interacciones y efectos secundarios de los fármacos usados durante el embarazo.
- Tratamientos profilácticos: tratamiento con hierro y ácido fólico supresión de la malaria, toxoide tetánico, mebendazol, vitamina A, antibióticos.

## NUTRICIÓN Y LACTANCIA MATERNA

- Condiciones nutricionales en la comunidad.
- Estado nutricional de las mujeres en el embarazo.
- Necesidades nutricionales de la madre durante la lactancia.
- Diez pasos para una lactancia materna con éxito.
- Las ventajas de amamantar para la madre y el lactante.

## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD MATERNA

- Gestión de un consultorio de partería (o un establecimiento de salud de la comunidad, según proceda) y enlace con la comunidad.
- Manejo de casos: documentación.
- Evaluación y selección de riesgos para la remisión de las mujeres a otros servicios.
- Organización de un plan de derivación para las mujeres que lo necesiten.
- Aptitudes para la formación de equipos y cooperación con otros trabajadores de salud.
- Estrategias y aptitudes aplicadas en el adiestramiento de otro personal sanitario.
- Organización y mantenimiento de los suministros, incluidos los medicamentos y el equipo.
- Aptitudes para la promoción de la causa y la extensión en la comunidad con el fin ganar la confianza y la cooperación de los líderes y la población local; aptitudes básicas de movilización de la comunidad.
- Evaluación de las necesidades locales, planificación de estrategias para satisfacer las necesidades identificadas y evaluación de los resultados.

## ASPECTOS ÉTICOS

- Problemas éticos relacionados con el género, la cultura y la religión.
- Aspectos éticos relacionados con la atención y los procedimientos obstétricos, y prioridades en cuanto a recursos cuando corre peligro la salud del feto o la madre.

## EMBARAZO CON COMPLICACIONES

- Anormalidades en la fisiología de la reproducción (por ejemplo, los procesos inflamatorios crónicos).
- Malformaciones, tumores benignos, insuficiencia hormonal.
- Fisiopatología y atención durante un embarazo complicado.
- Anemia, sangrado durante el embarazo, aborto, embarazo ectópico en la última etapa, rotura de la placenta, placenta previa, trastornos de la coagulación.
- Trastornos hipertensivos del embarazo, por ejemplo, preeclampsia y eclampsia.
- Infecciones durante el embarazo, y prevención de la infección cruzada.
- Presentación y posición distócica.
- Embarazo multifetal (embarazo múltiple).
- Rotura de membranas antes de término y antes del trabajo de parto.
- Enfermedades sistémicas concurrentes que afectan al embarazo, por ejemplo, diabetes mellitus, cardiopatías, malaria, tuberculosis, etc.

**2.4.4 Aptitudes clínicas**

- La estudiante debe tornarse competente en los siguientes procedimientos clínicos:
- Examen físico general completo, incluida la talla, el peso, la evaluación del estado general de salud, la evaluación del estado nutricional (por ejemplo, medición de la circunferencia braquial), detección de anormalidades y malformaciones, detección de anemia e infecciones.
- Determinación de signos vitales, por ejemplo, presión arterial, temperatura y pulso.
- Examen obstétrico, incluida la situación, presentación, posición, descenso de la cabeza y auscultación de latidos cardíacos fetales, detección de presentaciones distócicas y embarazo multifetal (embarazo múltiple).
- Evaluación de la edad gestacional y el crecimiento fetal.
- Tacto vaginal.
- Pruebas de orina para determinar las concentraciones de proteínas, cetonas y glucosa.
- Venipuntura y recolección de muestras de sangre para diversas pruebas.
- Recogida de muestras sanguíneas capilares.
- Inmunización con toxoide tetánico durante el embarazo.
- Asesoramiento en materia de salud y nutrición brindado a las mujeres durante el embarazo.
- Asesoramiento a la mujer, la pareja o la familia para elaborar durante el embarazo un plan para el parto, incluidos los preparativos para situaciones de emergencia.
- Organizar la derivación inmediata de las mujeres que presentan una complicación del embarazo.
- Elaboración y ejecución de un plan de acción para las embarazadas con complicaciones en el embarazo, que pueda ser aplicado apropiadamente por la partera profesional.
- Elaboración y ejecución, bajo supervisión, de un plan de atención a una mujer que sufre una complicación grave del embarazo y que requiere tratamiento médico u obstétrico.

### ***2.4.5 Aptitudes para salvar vidas***

Las estudiantes deben volverse competentes en los siguientes procedimientos:

- Inserción de una cánula intravenosa y establecimiento y mantenimiento de la venoclísis.
- Adición y administración correcta de medicamentos a la venoclísis, por ejemplo, antibióticos, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, corticoides, útero inhibidores, oxitócicos y otros de su competencia.
- Tratamiento de convulsiones eclámpicas y posterior atención de urgencia de la paciente.
- Tratamiento del shock, incluido el shock séptico.
- Tratamiento de urgencia de las infecciones graves.
- Aspiración manual por vacío (AMV) para el manejo del aborto incompleto.
- Tratamiento de urgencia de la hemorragia grave en el embarazo.
- Reanimación cardiopulmonar del adulto.

### ***2.4.6 Métodos de enseñanza y aprendizaje***

- Aprendizaje basado en la solución de problemas. Las estudiantes deben trabajar en grupos de 4 ó 5 personas. Para cada área temática se identifican uno o varios problemas según los objetivos del programa de estudios y los conocimientos previos de las estudiantes. Los problemas identificados y los conocimientos previos constituyen la base para ahondar más en el tema. Los resultados serán presentados a toda la clase en los seminarios, estudios de casos o los proyectos.
- Clases magistrales modificadas.
- Sesiones de trabajo individuales o en grupos pequeños, dirigidas por un tutor.
- Estudios de casos expuestos por las estudiantes y analizados para explorar los temas planteados, incluido el conocimiento del tema y la evaluación de la atención prestada, las aptitudes para el análisis crítico, la adopción de decisiones, aspectos éticos y aptitudes para la comunicación.
- Exposiciones en seminarios sobre temas determinados por los profesores.
- Representación de roles en base a las actitudes, los aspectos éticos, las aptitudes para comunicarse y orientar.
- Simulación de ciertos procedimientos, como la RCP, en modelos o circunstancias como las que se espera encontrar en una situación de urgencia.
- Demostración de las aptitudes.
- Reflexión sobre los incidentes en la práctica que son registrados por las estudiantes en sus diarios.
- Práctica clínica.

La práctica clínica debe tener lugar en la comunidad y, al avanzar el adiestramiento, en los establecimientos de salud donde las estudiantes pueden obtener experiencia en el manejo de casos complicados y en las aptitudes para salvar vidas. Deben ser supervisadas por mentores experimentados que son responsables de apoyar, enseñar y evaluar a las estudiantes. Es preciso alentar la aplicación de la teoría en la práctica y hacer que las estudiantes reflexionen sobre ella, con el fin de estimular el aprendizaje activo a partir de la experiencia.

La experiencia práctica puede ser paralela a las sesiones teóricas, o el módulo puede comenzar con un bloque de teoría seguido de un bloque de práctica y finalizar con un bloque teórico donde las estudiantes realicen exposiciones sobre algunas áreas de su práctica y ofrezcan soluciones a los problemas esbozados en sus guías de estudio.

Se sugiere que durante este periodo las estudiantes vuelvan a la escuela o institución educativa con intervalos regulares, por ejemplo, un día cada una o dos semanas, para recibir enseñanza adicional y relacionar la teoría con la práctica. Esto también permitirá la evaluación permanente del progreso y los profesores podrán analizar la experiencia clínica de las estudiantes.

#### ***2.4.7 Evaluación de las estudiantes***

**EVALUADORES.** El conocimiento teórico de las estudiantes será evaluado por profesoras parteras profesionales, personal médico y otros profesores del campo de la salud maternoinfantil.

Parteras profesionales clínicas experimentadas actuarán como mentores, y también participarán en la evaluación de la práctica clínica médicos y profesoras parteras profesionales.

**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES.** Todas las evaluaciones tendrán lugar durante el desarrollo del módulo y al final habrá un examen escrito.

Se realizarán evaluaciones clínicas durante el desarrollo del módulo y se evaluará al final la simulación de las aptitudes para salvar vidas.

#### **MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

1. Un examen escrito para comprobar conocimientos teóricos esenciales: el examen se basará en problemas clínicos, de tal modo que se pueda evaluar el pensamiento holístico de la estudiante. La capacidad de reflexión crítica y de análisis deben ser criterios importantes en la evaluación.
2. Exposición de estudios de casos o seminarios por grupos, sobre su trabajo en la solución de problemas.
3. Se evaluarán continuamente las aptitudes clínicas y el desarrollo profesional en las áreas clínicas. Las evaluaciones clínicas específicas incluirán:
  - elaboración de historias clínicas, documentando la información, correlacionando los datos, identificando la información pertinente y analizando los resultados con el asesor
  - realización de exámenes prenatales completos y discusión de los resultados
  - aplicación o simulación de al menos tres aptitudes para salvar vidas (las estudiantes no tendrán ningún conocimiento previo de las seleccionadas para las evaluaciones).

#### ***2.4.8 Evaluación***

Se invitará a las estudiantes a evaluar el módulo durante su ejecución mediante discusiones informales con intervalos de aproximadamente dos semanas.

Al final del módulo, todos los estudiantes responderán un cuestionario que incluirá preguntas sobre el contenido, los métodos didácticos, los profesores, los recursos disponibles, la experiencia clínica, la enseñanza y el apoyo clínicos y las evaluaciones. Los cuestionarios serán analizados por el equipo de gestión del programa y se enviarán los resultados a todo el personal pertinente.

## 2.5 MÓDULO 5. Atención durante el parto y el nacimiento

### 2.5.1 Introducción

El objetivo general de este módulo es que, al finalizarlo, la estudiante será competente al proporcionar atención de calidad a las mujeres en el parto y el nacimiento cuando no hay ninguna complicación, bajo supervisión directa de una partera profesional experta. Al finalizar el programa, la estudiante debe ser competente para prestar esa atención sin supervisión, así como reconocer tempranamente y tratar las complicaciones, y contar con las aptitudes necesarias para salvar vidas.

### 2.5.2. Resultados de aprendizaje propuestos

Al final del programa de partería, la estudiante:

1. Tendrá un conocimiento exhaustivo y comprensión de los aspectos psicosociales del parto.
2. Habrá adquirido la capacidad de establecer rápidamente relaciones propicias con las mujeres parturientas y sus familias, y podrá suministrar información clara, apoyo y estímulo.
3. Podrá establecer relaciones mutuamente respetuosas con líderes de la comunidad y otro personal importante cuya ayuda y cooperación serán necesarias cuando se presenten complicaciones graves y sea preciso remitir a las mujeres a otros servicios.
4. Reconocerá el inicio del parto y distinguirá entre el verdadero trabajo de parto y el falso.
5. Prevedrá las infecciones al adoptar estándares rigurosos de higiene, poner en práctica las precauciones universales y usar la técnica aséptica correcta para los exámenes y procedimientos, incluidas las aptitudes para facilitar el parto, así como la higiene y descontaminación seguras del equipo.
6. Podrá vigilar y registrar con exactitud el estado de la madre y el feto así, como el progreso del trabajo de parto usando un partograma y otros registros pertinentes, y también reconocer las desviaciones de lo normal y tomar medidas oportunas y apropiadas.
7. Será capaz de proporcionar atención general a la mujer en el trabajo de parto para que se sienta mejor y ayudará a aliviar el dolor.
8. Podrá aplicar una técnica de asistencia del parto higiénica y segura y solo intervendrá cuando sea necesario para seguridad o beneficio de la madre o su hijo.
9. Prestará atención capacitada al niño al nacer y, de ese modo, evitará el inicio de complicaciones prevenibles y reconocerá con prontitud cualquier desviación de lo normal, tomando medidas oportunas y apropiadas.
10. Podrá efectuar correctamente el manejo activo del tercer estadio para reducir al mínimo las complicaciones, especialmente la hemorragia.
11. Examinará la placenta y membranas para determinar que están completas y son normales, y las eliminará siguiendo un procedimiento seguro.

12. Efectuará con eficiencia el examen del aparato genital, detectará desgarros, suturará aquellos para los cuales ha sido capacitada y remitirá los demás casos de desgarro a personal médico capacitado.
13. Vigilará estrechamente el estado de la madre y el recién nacido durante las primeras dos horas posteriores al parto y proporcionará cuidados para promover su comodidad y seguridad.
14. Podrá detectar una hemorragia excesiva inmediatamente después del parto y tomar medidas inmediatas y correctas para controlarla.
15. Identificará los casos en que están indicadas la extracción manual de la placenta o la exploración del útero para determinar si existen productos retenidos y podrá llevar a cabo los procedimientos con cuidado y habilidad.
16. Reconocerá los casos en que está indicada la extracción por vacío y realizará el procedimiento con habilidad y seguridad.
17. Podrá efectuar la infiltración del perineo y llevar a cabo una episiotomía, si el parto es inminente y hay signos de sufrimiento fetal agudo severo, y antes de los partos complicados, por ejemplo, la distocia de nalgas o de hombro.
18. Podrá diagnosticar las presentaciones defectuosas en el trabajo de parto y manejar partos con presentaciones de cara y de nalgas, si no hay tiempo suficiente para la remisión. Remitirá urgentemente otras presentaciones defectuosas, debido al riesgo de parto obstruido.
19. Podrá manejar el parto y el nacimiento en los casos de embarazo multifetal (múltiple).
20. Podrá reconocer los signos de distocia de hombros y realizar las maniobras correctas para ayudar en esos casos.
21. Podrá llevar registros exactos y completos de todas las observaciones y exámenes efectuados durante todo el parto, incluidos el nacimiento y la asistencia posterior de la madre y el lactante.

### ***2.5.3 Contenido***

PRIMER ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL. Contenidos orientados a la atención humanizada del parto.

- Aspectos psicosociales del trabajo de parto.
- Fisiología de las primeras etapas del parto y el paso del feto por el conducto del parto.
- Circulación fetal y cambios que se producen al nacer.
- Evaluación del estado general de la mujer durante el parto e identificación de cualquier desviación del proceso normal y adopción de medidas apropiadas y oportunas.
- Uso oportuno del partograma de la OMS (partógrafo) o del CLAP/SMR ([www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)) para determinar el progreso en el trabajo de parto e identificación de la necesidad de tomar medidas apropiadas cuando se requieran.
- Uso de la tecnología apropiada para vigilar el estado de la madre y el feto durante todo el parto e identificación de la necesidad de tomar las medidas correctas si hay desviaciones del proceso normal.
- Alivio del dolor por métodos no farmacológicos en el parto normal; empleo de medicamentos para aliviar el dolor en el parto complicado.
- Proporcionar cuidados físicos para promover la comodidad y satisfacer las necesidades fisiológicas, el aseo, los alimentos y líquidos, el cuidado urinario, la movilidad y posiciones cómodas en el primer estadio del trabajo de parto, incluidas las técnicas de relajación.

- Normas de higiene y aplicación de las precauciones universales para prevenir la infección durante el parto.
- Beneficios del apoyo constante en el parto por una persona elegida por la mujer y apoyo e información proporcionados por la partera profesional.

## SEGUNDO ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO

**Diagnóstico del inicio.** Estadios de la segunda etapa, la fase temprana o pasiva y la posterior fase expulsiva o perineal. Atención del segundo estadio que incluya:

- Pujo no dirigido.
- Monitoreo del estado de la madre y el feto y el progreso del parto.
- Ventajas e inconvenientes de diferentes posiciones para el parto.
- Asistencia de partería para brindar comodidad y apoyo en la segunda etapa.
- Prevención de la infección.
- Protección del perineo.
- Nacimiento.
- Reconocimiento de desviaciones del proceso normal y medidas que se pueden tomar.

### **Atención del recién nacido inmediatamente después del parto**

- Adaptación fisiológica a la vida extrauterina: respiración, frecuencia cardíaca y termorregulación.
- Atención inmediata del recién nacido; secar y mantener el calor corporal, comprobar si la respiración es normal, efectuar reanimación en caso de necesidad, cuidado del cordón, y fomentar la lactancia materna temprana.

## TERCER ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO

- Fisiología del tercer estadio del trabajo de parto y control del sangrado.
- Manejo fisiológico del tercer estadio del trabajo de parto.
- Uso de fármacos oxitócicos en el tercer estadio del trabajo de parto.
- Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto.
- Técnicas para el control de la hemorragia excesiva.
- Monitoreo del estado de la madre.
- Examen del aparato genital para detectar desgarros.
- Prevención de la infección.
- Examen y eliminación sin riesgos de la placenta y las membranas.

## CUARTO ESTADIO O POSTALUMBRAMIENTO (2 PRIMERAS HORAS POSPARTO)

- Monitoreo y registro del estado de la madre y el recién nacido, interpretando los resultados con exactitud y tomando medidas oportunas y apropiadas, si es necesario.
- Control cada 15 minutos.
- Infiltración anestésica local del perineo.
- Sutura de desgarros perineales, vaginales o del cuello uterino.
- Higiene y cuidado de la madre para promover la comodidad y el aseo.

- Examen posnatal de la madre.
- Primer examen del recién nacido para detectar la presencia de cualquier anomalía.
- Finalización cabal y exacta de los registros del parto y la atención posterior, correspondientes a la madre y al recién nacido.

#### **2.5.4 Aptitudes clínicas para el parto normal** (que se lograrán al finalizar el módulo)

La estudiante deberá ser competente en las siguientes aptitudes clínicas:

1. Evaluación del inicio y el progreso del trabajo de parto en las tres etapas mediante:
  - Historia de los síntomas.
  - Evaluación de las contracciones para evaluar su fuerza, frecuencia y duración.
  - Observación de la pérdida vaginal para detectar la salida del tapón mucoso y de líquido amniótico.
  - Examen obstétrico para identificar el descenso y la presentación durante el parto.
  - Examen vaginal para evaluar, en particular, el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso de la parte que se presenta.
  - Evaluación de los cambios de comportamiento de la mujer.
  - Reconocimiento de los signos externos de la dilatación total.
  - Orientación para el pujo no dirigido en el segundo estadio del parto.
  - Reconocimiento del descenso visible de la presentación en la segunda etapa.
  - Reconocimiento de los signos de desprendimiento y descenso de la placenta.
  - Alivio del dolor mediante maniobras para sostener y masajes, escuchando con atención, brindando apoyo y movilidad y ayudando a la mujer a adoptar las posiciones de su elección; baño tibio.
2. Evaluación del estado de la madre y el feto durante el parto:
  - Evaluar la presión arterial, la temperatura, el pulso y la respiración.
  - Instar a la mujer a vaciar la vejiga periódicamente y palparla para determinar si está llena o no.
  - Efectuar pruebas de orina para determinar la presencia de proteínas, glucosa y cetonas.
  - Evaluar el estado de hidratación de la mujer examinando la condición de la piel y las mucosas.
  - Evaluar el estado psicológico y emocional de la mujer durante el parto.
  - Auscultar los latidos cardíacos fetales.
  - Evaluar las características del líquido amniótico.
  - Reconocer los signos de infección en el trabajo de parto.
  - Cuidados para promover el aseo y la comodidad de la mujer durante el parto; estándares altos de higiene personal tanto para la mujer como para la partera profesional, especialmente en el lavado frecuente y minucioso de las manos y en asegurarse de que la vulva y el perineo de la mujer sean aseados antes de los exámenes vaginales y el parto; uso de apósitos vulvares limpios y lienzo seco.
  - Asistir el parto higiénico y seguro del recién nacido.
  - Expulsión de la placenta y membranas mediante el manejo tanto activo como fisiológico de la tercer etapa.
  - Masaje del útero para estimular la contracción y la expulsión de coágulos.
  - Evaluación exacta de la cantidad de pérdida sanguínea utilizando una pesa para tal efecto.

- Infiltración del perineo inmediatamente antes de la episiotomía cuando esté indicada, y realización de una episiotomía mediolateral.
- Sutura de una episiotomía o de desgarros del perineo, la vagina o el cuello uterino

### 3. Atención del recién nacido:

- Evaluación del estado del niño al nacer y posteriormente.
- Suministro de calor al recién nacido.
- Ligadura y corte del cordón umbilical.
- Cuidado de los ojos al nacer, incluida la administración de antimicrobianos.
- Promoción de la lactancia materna temprana y exclusiva.
- Examen del recién nacido para detectar anomalías al nacer.
- Administración de inmunizaciones, según la política local.
- Preocuparse del apego y del contacto piel a piel con la madre y con el padre.

#### ***2.5.5 Contenido para el parto complicado***

- Hemorragia puerperal.
- Retención y extracción manual de la placenta.
- Productos retenidos de la concepción y exploración del útero para detectar y extraer los restos placentarios (retención de membranas o cotiledones).
- Reconocimiento y tratamiento del shock.
- Preeclampsia y eclampsia graves durante el parto.
- Parto antes de término.
- Rotura prolongada de las membranas.
- Reconocimiento y tratamiento del parto prolongado y obstruido.
- Desproporción céfalo pelviana.
- Presentaciones defectuosas, por ejemplo, de nalgas, de cara, de frente y de hombro.
- Versión podálica y extracción manual del feto con presentación de nalgas.
- Embarazo y parto de múltiples fetos.
- Prolapso del cordón.
- Distocia de hombro.
- Presentación y prociencia del cordón umbilical.
- Parto con fórceps y extracción por vacío.
- Reconocimiento y tratamiento de enfermedades sistémicas intercurrentes y enfermedades infecciosas en el parto.

#### ***2.5.6 Aptitudes clínicas para el parto complicado (que se lograrán al finalizar el programa)***

La estudiante debe llegar a ser competente en las siguientes aptitudes clínicas:

- Manejo de un parto con presentación de nalgas.
- Versión podálica y técnicas de extracción cuando hay presentación de nalgas.
- Manejo de la presentación y parto de cara.

- Detección de la situación transversa y el parto obstruido, y preparación para la derivación inmediata.
- Reconocimiento inmediato del parto prolongado y preparación para la remisión.
- Manejo y parto seguro de gemelos o partos múltiples.
- Tratamiento del la procidencia del cordón.
- Tratamiento de la distocia de hombro.
- Tratamiento del sufrimiento fetal agudo.
- Reanimación del recién nacido.

**2.5.7 Aptitudes para salvar vidas** (que se lograrán al finalizar el programa) La estudiante debe tornarse competente en las siguientes maniobras de reanimación.

- Manejo de la hemorragia puerperal, incluida la compresión bimanual y aórtica.
- Reconocimiento y tratamiento del choque.
- Inserción de una cánula intravenosa y establecimiento y administración de una venoclísis.
- Adición de medicamentos a la venoclísis y administración correcta, por ejemplo, de oxitocina , sulfato de magnesio y antibióticos.
- Extracción por vacío y parto con fórceps.
- Extracción manual de la placenta y membranas.
- Exploración del útero y extracción de los productos retenidos de la concepción.
- Tratamiento de la eclampsia.
- Reanimación cardiopulmonar de adultos.

### **2.5.8 Métodos de enseñanza y aprendizaje**

- Aprendizaje basado en la solución de problemas, para la asistencia durante el parto y la detección y el tratamiento de las complicaciones. Normalmente se realizará en grupos pequeños que presentarán su trabajo a toda la clase.
- Exposiciones en seminarios.
- Clase magistral modificada, para parte de la teoría.
- Estudios de casos, para promover el análisis crítico y la evaluación.
- Demostración de algunas aptitudes.
- Simulación de ciertas aptitudes antes de la práctica con las mujeres o los recién nacidos.
- Representación de papeles.
- Práctica clínica, que será supervisada por mentores, profesoras parteras profesionales y personal médico.
- Reflexión.
- Aprendizaje previo en modelos anatómicos.

### 2.5.9 Evaluación

**EVALUADORES.** Los conocimientos teóricos serán evaluados por las profesoras parteras profesionales y el personal médico. La práctica será evaluada por mentores parteras profesionales, profesores y personal médico.

**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES.** La evaluación de los conocimientos teóricos tendrá lugar en los seminarios que se realizarán durante el desarrollo del módulo, y al final habrá un examen escrito de tres horas basado en problemas clínicos reales o potenciales.

Habrá evaluación continua de la práctica clínica en todos los módulos, en particular en el módulo 8 y en la apreciación de las aptitudes para salvar vidas, en el bloque de consolidación. La evaluación de aptitudes clínicas específicas se efectuará durante el desarrollo del módulo con el fin de asegurar que la estudiante ha logrado un nivel satisfactorio de competencia y hay un progreso.

### MÉTODOS DE EVALUACIÓN

1. *Examen escrito*, con una duración de tres horas al final del módulo y basado principalmente en problemas clínicos para evaluar los conocimientos, la capacidad de análisis crítico, las aptitudes para resolver problemas, el conocimiento de la investigación actual sobre el tema y una apreciación de los temas éticos pertinentes.
2. *Exposiciones en seminarios*, por grupos y sobre temas basados en la solución de problemas para evaluar los conocimientos, la comprensión, la capacidad de aplicar la teoría a la práctica y de resolver eficazmente problemas clínicos, las aptitudes de toma de decisiones, las aptitudes para la comunicación y una apreciación de los aspectos éticos pertinentes.
3. Aptitudes clínicas específicas
  - Evaluación de la mujer al ser hospitalizada en trabajo de parto.
  - Empleo del partógrafo.
  - Asistencia de un parto normal, incluido el manejo activo de la tercera etapa.
  - Inserción de una cánula intravenosa y establecimiento de una venoclísis.
  - Asistencia del recién nacido.
  - Examen del recién nacido.
4. Complicaciones y aptitudes para salvar vidas.

Los siguientes procedimientos serán evaluados en la práctica o mediante la simulación, ya sea durante el desarrollo de este módulo o durante el bloque de consolidación: el parto de nalgas, la extracción manual de la placenta y las membranas, el tratamiento de la hemorragia puerperal, la extracción por vacío, el parto con fórceps, la sutura de desgarros del aparato genital, la reanimación cardiopulmonar y la reanimación del recién nacido.

### 2.5.10 Evaluación

El módulo será evaluado por las estudiantes en los grupos de discusión, convocados con intervalos de aproximadamente dos semanas durante el desarrollo del módulo; al final, las estudiantes responderán a un cuestionario.

Se evaluará la experiencia de las estudiantes tanto en el aula como en las áreas de práctica. Las evaluaciones serán analizadas por el equipo de gestión del programa y se enviarán los resultados al personal pertinente.

## **2.6 MÓDULO 6. Atención de la madre y el lactante en el puerperio y atención del niño hasta la edad de 5 años**

### **2.6.1 Introducción**

El objetivo de este módulo es ayudar a las estudiantes a adquirir un conocimiento exhaustivo de la atención posnatal y de las complicaciones que pueden presentarse. Es preciso que desarrollen aptitudes para la atención de la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento y durante todo el periodo posnatal, y que estén capacitadas para la detección temprana y el tratamiento de las complicaciones, ya que todavía mueren muchas mujeres y sus hijos durante esta etapa. Las defunciones durante la primera infancia también siguen siendo frecuentes y se ha incluido en este módulo una descripción de la vigilancia y la atención profiláctica del niño hasta la edad de cinco años.

### **2.6.2 Resultados de aprendizaje propuestos:**

Al final del módulo, las estudiantes podrán:

1. Tener un conocimiento y comprensión adecuados de los cambios fisiológicos que se producen en la madre y el lactante durante el puerperio, y aplicar ese conocimiento a su práctica.
2. Prestar en todo momento atención capacitada, comprensiva y de apoyo a la madre.
3. Vigilar el estado de la madre y el lactante, detectar tempranamente cualquier desviación del proceso normal, y tomar medidas apropiadas y oportunas.
4. Mantener estándares altos de higiene y tomar todas las medidas necesarias para prevenir la aparición de una infección en las madres y sus hijos en el periodo posnatal.
5. Impartir educación sanitaria clara y pertinente a todas las madres en el puerperio, y advertirles acerca de los síntomas que requieren atención médica inmediata.
6. Conocer la fisiología de la lactación y aplicar este conocimiento al manejo de la lactancia materna.
7. Promover y apoyar la lactancia materna temprana y exclusiva durante al menos los seis primeros meses de vida.
8. Tener un conocimiento adecuado de las necesidades nutricionales de la madre, el lactante y el niño preescolar y aplicar este conocimiento al asesoramiento que se brinda a la madre en relación con su propio régimen alimentario, la introducción de alimentos sólidos en el régimen alimentario de su hijo y el régimen alimentario del niño en etapa de crecimiento.
9. Reconocer los signos de malnutrición en la madre y el niño y la detención del crecimiento en el lactante, y tomar medidas apropiadas y oportunas.
10. Reconocer y prestar atención de urgencia a las madres y los lactantes que sufren complicaciones en el periodo posnatal.
11. Organizar la referencia apropiada y oportuna de las madres o los lactantes que necesitan asistencia médica, reconocer los trastornos que requieren una remisión urgente, y acelerarla con la cooperación de la familia y la comunidad.
12. Asegurarse de que la madre y el lactante hayan sido sometidos a todas las pruebas de detección y recibido las inmunizaciones y tratamientos profilácticos recomendados antes de ser dados de alta del servicio de atención posnatal.

13. Prestar atención experta de seguimiento a la madre y el lactante, continuar los tratamientos profilácticos e inmunizaciones, según se recomiende, vigilar la salud general y detectar tempranamente los problemas.
14. Efectuar exámenes y pruebas en el lactante y el niño preescolar para evaluar el progreso del desarrollo, detectar cualquier desviación del proceso normal y remitir los casos que requieran la evaluación y el asesoramiento de especialistas.
15. Reconocer los signos y los síntomas de la infección en el lactante y el niño pequeño y tomar medidas apropiadas y oportunas.
16. Reconocer los signos y síntomas de enfermedades infecciosas que afectan al niño y la aparición de cualquier complicación, prestar asesoramiento y tratamiento apropiados y, si es necesario, organizar la remisión.

### **2.6.3 Contenido**

ATENCIÓN DE POSPARTO DE LA MADRE Y EL LACTANTE. Cambios fisiológicos que afectan a la madre en el puerperio

- Involución del útero.
- Loquios.
- Lactación.
- Vías urinarias.
- Tubo digestivo.
- Aparato circulatorio.
- Aparato respiratorio.
- Sistema endocrino.
- Sistema músculo esquelético.

Cambios fisiológicos que afectan al niño al nacer:

- El comienzo y mantenimiento de la respiración.
- Sistema cardiovascular, incluidos los cambios en la circulación y la sangre del feto.
- Control de la temperatura.
- Aparato digestivo.
- Sistema renal.
- Sistema nervioso central.
- Protección contra la infección.

ATENCIÓN PUERPERAL DE LA MADRE

- Evaluación emocional y psicológica y suministro de apoyo.
- Promoción del establecimiento del vínculo entre la madre y el bebé.
- Elaboración de un plan de atención puerperal.
- Examen puerperal de la mujer para evaluar la involución, loquios, el perineo, las mamas, las extremidades inferiores, la micción y defecación, los signos de anemia e infección.
- Promoción y apoyo de la lactancia materna.

- Higiene y atención del perineo para prevenir la infección.
- Patrones del sueño y promoción del reposo y descanso adecuados.
- Nutrición e hidratación.
- Educación sanitaria y asesoramiento sobre el cuidado del lactante.
- Asesoramiento sobre planificación familiar (véase el Módulo 3).
- Tratamientos profilácticos e inmunizaciones.
- Atención seguimiento y examen posnatal seis semanas después del parto.
- Evaluación de la respiración al nacer y medidas de resucitación, si son necesarias.
- Control de la temperatura.
- Cuidado del cordón umbilical al nacer y posteriormente.
- Peso al nacer y mediciones.
- Examen del recién nacido inmediatamente después del parto para detectar anomalías congénitas o traumatismos del nacimiento, y exámenes posteriores para detectar signos de infección, detención del crecimiento u otras condiciones anormales.
- Cuidado de la piel, el cordón y los ojos para prevenir infección.
- Promoción de la lactancia materna temprana y exclusiva o alimentación de sustitución si la prefiere una madre que es VIH-positiva.
- Monitoreo de la excreción, es decir, producción urinaria e índole, y frecuencia de las heces.
- Monitoreo del estado general del lactante, por ejemplo el peso, la alimentación, la temperatura, signos de infección u otras condiciones anormales.

#### Seguimiento para:

- Vigilar el crecimiento y el desarrollo.
- Evaluar el estado general y el estado de nutrición.
- aconsejar a la madre acerca de la alimentación y otros cuidados.
- Administrar las inmunizaciones y otra atención profiláctica.
- Identificar los trastornos que requieren tratamiento o remisión para el asesoramiento o atención por expertos.

#### ATENCIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO DE 1 MES A 5 AÑOS DE EDAD

- Monitoreo del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Pruebas de detección y de desarrollo.
- Nutrición del niño pequeño, incluido el destete y los suplementos alimentarios.
- Detención del crecimiento.
- Signos de infección o enfermedad.
- Inmunizaciones y otros tratamientos profilácticos recomendados para un niño de 0 a 5 años de edad.
- Asesoramiento a las madres sobre el cuidado de sus hijos.
- Trastornos graves que requieren la remisión para consulta o tratamiento por expertos.
- Organización de la remisión a un centro apropiado donde se preste asistencia pediátrica experta.

## FARMACOLOGÍA

- Medicamentos empleados en el puerperio; por ejemplo, para la madre, oxitócicos, antibióticos, hierro y folato; para el lactante, antibióticos.
- Modalidad de administración y dosis de los medicamentos .
- Farmacocinética, interacciones y efectos secundarios de los medicamentos usados en el puerperio.

## HIGIENE Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN

- Técnica de lavado correcto de las manos usando jabón y agua limpios.
- Estándares altos de higiene en el cuidado y la alimentación del lactante.
- Estrategias para la prevención de infecciones en los establecimientos de salud y en la comunidad.
- Estrategias para la protección de los trabajadores de salud contra la infección.
- Manejo correcto y eliminación de lienzos, desechos y utensilios contaminados.
- Limpieza correcta y frecuente del establecimiento de salud.
- Estándares altos de higiene personal.
- Técnicas de esterilización correcta.
- Provisión suficiente de guantes limpios o estériles para uso de los trabajadores de salud.
- Provisión de una cantidad adecuada de lienzos limpios, apósitos y equipo.
- Empleo de una técnica aséptica, cuando sea necesaria.
- Aplicación de las precauciones universales.
- Educación sanitaria sencilla en los establecimientos de salud y en la comunidad acerca de la prevención y el reconocimiento temprano de la infección y la necesidad de asistencia médica.
- Estrategias para promover el abandono de prácticas perjudiciales y cambios del comportamiento, especialmente la promoción de una mejor atención (incluida la educación) de las niñas, en las zonas donde existe desigualdad por razón de sexo.

## COMPLICACIONES PUERPERALES QUE AFECTAN A LA MADRE

- Eclampsia, incluido el tratamiento de urgencia, la remisión y el seguimiento.
- Reconocimiento y manejo de la septicemia puerperal, incluidas las causas, la prevención, los peligros, la atención de urgencia y el seguimiento.
- Reconocimiento y tratamiento de la hemorragia puerperal secundaria, incluida la remisión y el seguimiento.
- Reconocimiento y tratamiento de trastornos tempranos y tardíos de la mama, por ejemplo, ingurgitación severa, pezones doloridos o agrietados, mastitis, absceso mamario.
- Reconocimiento y tratamiento de trastornos de las vías urinarias, por ejemplo, infección, retención e incontinencia.
- Reconocimiento y tratamiento de trastornos tromboembólicos .
- Reconocimiento y tratamiento de trastornos psiquiátricos del puerperio, por ejemplo, depresión posnatal, enfermedades mentales menores y psicosis puerperal.
- Atención en el puerperio de la mujer con VIH/sida o ITS, incluido prevención de la transmisión vertical.

### COMPLICACIONES POSNATALES QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO

- Asfixia del neonato y otras afecciones respiratorias.
- Hipotermia e hipertermia.
- Inapetencia.
- Detención del crecimiento.
- Ictericia neonatal.
- Infecciones que afectan la piel, los ojos, el cordón, el tracto gastrointestinal, las vías respiratorias, las vías urinarias, ITS, osteoartritis, otitis media, septicemia y meningitis.
- Enfermedades infecciosas como el sarampión, la varicela, la parotiditis, la rubéola, la tos ferina, etc.
- Anormalidades congénitas y traumatismos del nacimiento graves.
- Retraso del crecimiento y el desarrollo.
- Convulsiones.
- Lactantes de bajo peso al nacer, por ejemplo, los nacidos antes de término y los pequeños para su edad gestacional.
- VIH/sida.

### MANEJO DE UN CONSULTORIO DE MATERNIDAD

- Administración de un consultorio de maternidad.
- Manejo de casos: documentación.
- Evaluación de riesgos y selección de clientas para la derivación.
- Organización de un plan de derivación para el consultorio.
- Cooperación con otros trabajadores de salud y adiestramiento del personal sanitario.
- Organización y mantenimiento de los suministros de medicamentos y equipo.
- Evaluación de las necesidades, formulación y aplicación de estrategias para satisfacer las necesidades de salud y evaluación de los resultados.

### ASPECTOS ÉTICOS

- Problemas éticos relacionados con el género, la cultura y la religión.
- Prioridades obstétricas cuando corre peligro la salud del feto o de la madre.
- Problemas éticos durante el puerperio relacionados con las creencias, el género y el modo de vida.

#### ***2.6.4 Aptitudes clínicas para la atención de la madre***

La estudiante debe llegar a ser competente en las siguientes aptitudes clínicas:

*Examen posnatal de la madre que incluya:*

- Palpación del abdomen para evaluar la involución y detectar signos y síntomas de infección.
- Evaluación de loquios y el perineo para determinar su normalidad, signos de infección y curación.
- Examen de las mamas para determinar la cantidad de leche, la presencia de ingurgitación, pezones agrietados o inflamados, mastitis y abscesos mamarios.
- Examen de las extremidades inferiores para detectar trastornos tromboembólicos.
- Evaluación del estado emocional y psicológico.

- Examen para detectar anemia.
- Determinación de la hemoglobina.
- Examen para detectar infecciones.
- Vigilancia de los signos vitales, por ejemplo, la temperatura, la presión arterial, el pulso y la respiración.
- Asistencia para la lactancia materna, por ejemplo, la colocación del bebé y asegurar que se prenda correctamente (aseguramiento) sobre la mama.
- Impartir enseñanzas a la madre acerca de su propia atención y la de su hijo.
- Asesorar a la mujer o la pareja para elegir con conocimiento de causa sus métodos de planificación familiar en el puerperio.
- Tratamiento y atención de la mujer con una complicación puerperal.

### ***2.6.5 Aptitudes clínicas para la atención del lactante***

La estudiante debe tornarse competente en las siguientes aptitudes clínicas relacionadas con la atención del recién nacido:

- Evaluación del estado del niño al nacer mediante la observación y la evaluación del esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, la respuesta a los estímulos y el color.
- Colocación del recién nacido en contacto de piel contra piel con la madre para mantener el calor.
- Examen del recién nacido para detectar anomalías congénitas, traumatismos del nacimiento, signos de infección y otras condiciones anormales.
- Observación periódica del cordón umbilical para detectar infección o hemorragia.
- Administración de un agente antibacteriano en los ojos del recién nacido.
- Mover al lactante hasta lograr la posición correcta para la lactancia materna y ayudarlo a prenderse a la mama correctamente.
- Evaluación de la eficiencia de la lactancia materna.
- Evaluación del crecimiento y el desarrollo del lactante según el peso, las mediciones, el comportamiento neuromuscular y las aptitudes sociales.
- Esterilización del equipo para preparar alimentos artificiales y de sustitución.
- Preparar correctamente alimentos artificiales y de sustitución.
- Alimentación de un lactante con una taza o cuchara.
- Colocar una sonda naso gástrica.
- Alimentación de un recién nacido con sonda.
- Lavar y bañar a un recién nacido.
- Evaluación de la edad gestacional del recién nacido.
- Manejo diestro de los recién nacidos de bajo peso al nacer.
- Administrar inyecciones subcutáneas, intramusculares e intravenosas.

Las aptitudes adicionales que se pueden requerir, si la tecnología pertinente es accesible, incluyen:

- Uso correcto y mantenimiento de una incubadora.
- Uso correcto y mantenimiento del equipo usado para la fototerapia.
- Obtención de muestras subcutáneas de sangre.
- Técnicas de laboratorio para medir la hemoglobina y la bilirrubina sérica.

### ***2.6.6 Aptitudes clínicas para la atención del niño preescolar***

La estudiante debe llegar a ser competente en las siguientes aptitudes clínicas relacionadas con la atención de niños pequeños, de un mes a cinco años de edad:

- Exploración física general para detectar condiciones anormales.
- Pesaje y medición.
- Evaluación del estado de nutrición.
- Ganarse la confianza y cooperación del niño.
- Pruebas para evaluar su desarrollo social y motor.
- Administración de inmunizaciones y otros tratamientos profilácticos recomendados.
- Venipuntura, para análisis de sangre específicos.
- Obtención de muestras de orina, heces y de otro tipo, según sea necesario.
- Detección de infecciones.
- Reanimación cardiopulmonar del niño pequeño.

### ***2.6.7 Aptitudes para salvar vidas***

La estudiante debe tornarse competente en las siguientes aptitudes clínicas:

- Tratamiento de las convulsiones eclámpicas para mantener libres las vías respiratorias y prevenir lesiones.
- Tratamiento de la septicemia puerperal, por ejemplo, la administración de antibióticos (por vía intravenosa cuando la septicemia es grave) antes de la remisión.
- Exploración del útero para determinar la existencia de restos de membranas y/ o cotiledones retenidos.
- Tratamiento de la hemorragia puerperal secundaria, por ejemplo, masajear el útero, si es palpable, para estimular la contracción y expulsar los coágulos; administración de los medicamentos oxitócicos y antibióticos por la vía apropiada.
- Inserción de una cánula intravenosa y establecimiento de la venoclísis.
- Adición de los medicamentos apropiados a la infusión.
- Reanimación cardiopulmonar del adulto y del niño pequeño.
- Tratamiento de la asfixia del nacimiento, incluida la reanimación del recién nacido.

### ***2.6.8 Métodos de enseñanza y aprendizaje***

- Trabajo en grupos pequeños para el aprendizaje basado en la solución de problemas.
- Seminarios.
- Estudios de casos para examinar aspectos psicológicos y sociológicos, el manejo técnico, los resultados reales y posibles y los problemas éticos.
- Clases magistrales modificadas.

- Representación de roles con el fin de explorar las actitudes, aspectos éticos y aptitudes de comunicación, y promover la reflexión sobre ciertos casos.
- Simulación de ciertas aptitudes usando los estuches para pruebas de laboratorio, modelos, simuladores, equipo de reanimación para la madre y el recién nacido, estuches para sutura, cánulas intravenosas y equipo para suministrar infusiones.
- Reflexión sobre incidentes observados en la práctica clínica y registrados en un diario.
- Práctica clínica. La estudiante debe contar con un mentor designado para que la guíe, enseñe, evalúe y apoye en la práctica clínica. A veces el mentor hará arreglos para que la estudiante trabaje con otros profesionales de la asistencia sanitaria, que se encargarán de la enseñanza y evaluación en la práctica clínica, por ejemplo, personal médico, y personal de salud pública. La práctica clínica tendrá lugar en una variedad de entornos con el propósito de proporcionar a la estudiante una gama amplia de experiencias por ejemplo, en la comunidad, establecimientos de salud de primer nivel y hospitales donde se pueden atender emergencias obstétricas y neonatales.

## **2.6.9 Evaluación**

**EVALUADORES.** Profesoras parteras profesionales, mentores, personal médico y enfermeras experimentadas en los consultorios pediátricos.

**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES.** El examen escrito se celebrará al finalizar el módulo, mientras que las otras evaluaciones tendrán lugar durante su desarrollo.

### **MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

1. Examen escrito para comprobar los conocimientos, la comprensión, la aplicación en la práctica, la capacidad de análisis crítico y la apreciación de investigaciones pertinentes.
2. Exposiciones en grupo del trabajo sobre temas basados en la solución de problemas, con el fin de evaluar la recuperación de la información pertinente y su aplicación en la práctica, el nivel de los conocimientos y la comprensión, las aptitudes para la adopción de decisiones, aspectos éticos y de la investigación y las aptitudes para la comunicación.
3. Estudio de caso para evaluar los conocimientos y la comprensión, el tratamiento de casos, problemas éticos y las aptitudes para la comunicación.
4. Representación de papeles: enseñar a una madre VIH-seropositiva que ha elegido dar a su hijo alimentos de sustitución, a esterilizar el equipo, preparar los alimentos y alimentar al niño con una taza y una cuchara.
5. Práctica clínica: se efectuará la evaluación continua de la práctica clínica y la estudiante recibirá periódicamente retroalimentación de información.

También se evaluarán durante el módulo aptitudes clínicas específicas:

- Examen de una madre en el puerperio.
- Examen de un lactante.
- Evaluación del crecimiento y desarrollo del niño.

- Evaluación del estado de nutrición del niño.
- Manejo de la lactancia materna.
- Dar de alta a la madre y al recién nacido en el periodo posnatal, lo que implica efectuar exámenes finales, completar todos los tratamientos y las inmunizaciones profilácticas, asesorar a la madre sobre el cuidado de sí misma y de su hijo o hija, los signos de peligro que requieren atención médica inmediata, la planificación familiar, la atención ulterior y las citas para consultas posteriores, completar los registros, aptitudes para la comunicación y la orientación.

### ***2.6.10 Evaluación***

Habrá una evaluación permanente al dar a las estudiantes la oportunidad de hacer comentarios en los grupos de discusión convocados con intervalos de aproximadamente dos semanas durante el desarrollo del módulo. Al final del módulo, las estudiantes responderán a un cuestionario, que será analizado por el equipo de gestión del programa y enviado al personal pertinente.

## **2.7 MÓDULO 7. Introducción a la ginecología**

### ***2.7.1 Introducción***

El objetivo general de este módulo es permitirle a la estudiante reconocer algunos de los principales problemas ginecológicos que puede encontrar durante la práctica y dar el asesoramiento y la atención apropiados, incluido el reconocimiento de los síntomas que requieren remisión para la consulta o la atención de urgencia.

*(Este es un módulo optativo que puede ser reemplazado si se han logrado TODOS los resultados previstos en la primera parte del programa (para ingreso directo) o durante la parte de servicios previos de enfermería).*

### ***2.7.2 Resultados de aprendizaje propuestos***

Al final del módulo las estudiantes podrán:

1. Tomar nota de una historia total y exacta de la salud general, reproductiva y ginecológica de una mujer.
2. Examinar a las mujeres para evaluar su estado de salud general y ginecológico.
3. Reconocer los signos y síntomas anormales que requieren tratamiento o remisión.
4. Administrar el tratamiento apropiado para trastornos que no requieran remisión y evaluar su eficacia.
5. Iniciar un tratamiento de urgencia, en caso de necesidad, y preparar a la mujer para el transporte al establecimiento de remisión.
6. Impartir asesoramiento y educación sanitaria relacionados con la salud reproductiva y ginecológica a los individuos y grupos para promover la buena salud y reducir la incidencia de algunos trastornos.
7. Prestar apoyo, orientación y alivio efectivo del dolor a las mujeres y los miembros de su familia que sufren enfermedades no tratables graves.
8. Administrar atención terminal holística a las mujeres que agonizan a causa de trastornos ginecológicos, incluida la atención física, psicológica y espiritual.

## 2.7.3 Contenido

### GINECOLOGÍA

- Flujos vaginales rojos y blancos.
- Reconocimiento y tratamiento de las complicaciones como la amenaza de aborto y abortos completos, incompletos y sépticos.
- Reconocimiento, tratamiento y peligros del embarazo ectópico.
- Conocimiento de tipos y causas de fístulas y su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Cambios anatómicos y fisiológicos que afectan al sistema reproductivo en el transcurso del ciclo biológico.
- Menstruación y problemas menstruales.
- La menopausia y afecciones posmenopáusicas.
- Prolapso del útero y la vejiga urinaria.

Cáncer genital y mamario, signos y síntomas, técnicas de diagnóstico y tratamiento, incluido el alivio del dolor.

### FARMACOLOGÍA

- Medicamentos comúnmente usados para los trastornos ginecológicos.
- Farmacocinética.
- Interacciones farmacológicas.
- Efectos secundarios de los medicamentos pertinentes.
- Tratamiento de alivio del dolor.

### NUTRICIÓN

Evaluación de las necesidades nutricionales de las mujeres y estrategias para satisfacer estas necesidades en:

- Las mujeres durante sus años reproductivos.
- Las que sufren menorragia.
- Las pacientes con cáncer del aparato reproductor.

### INFORMACIÓN SANITARIA

- Formulación y presentación a las mujeres de información sanitaria acerca de estilos de vida saludables , especialmente en lo concerniente a la nutrición y la salud reproductiva.
- Promover el autocuidado y el auto examen de las mamas.
- Reconocimiento de síntomas anormales que requieren atención médica, incluido el exudado vaginal, la menorragia, la hemorragia posmenopáusica, la presencia de una masa palpable en la mama, la secreción en los pezones de una mujer que no amamanta, masa abdominal o incontinencia.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Consideraciones éticas en la atención ginecológica relacionada con el género, la cultura y la religión.
- Consideraciones éticas en el aborto provocado.
- Consideraciones éticas en la atención terminal.

#### **2.7.4 Aptitudes clínicas**

- Al finalizar el módulo, las estudiantes habrán adquirido las siguientes aptitudes:
- Tomar nota de una historia clínica completa y pertinente.
- Medición de la temperatura, el pulso, la presión arterial y la respiración.
- Especuloscopia, examen de cuello uterino y vagina.
- Toma de un frotis cervical.
- Tacto vaginal.
- Examen de las mamas.
- Exploración física general, incluidos los procedimientos para la detección de anemia, infección, masas abdominales y ascitis.
- Tratamiento de la hemorragia vaginal profusa durante el aborto y después del aspiración manual por vacío.
- Cateterismo de la vejiga urinaria.
- Inserción de un pesario de anillo.
- Mediciones para evaluar el estado de nutrición de una mujer.
- Toma de muestras de sangre capilar y venosa.
- Administración de medicamentos por vía oral, intramuscular e intravenosa.
- Inserción de una cánula intravenosa y establecimiento y mantenimiento de la venoclísis.
- Preparación de planes de atención comunitaria para las mujeres con trastornos ginecológicos.

#### **2.7.5 Aptitudes para salvar vidas**

- Al finalizar el módulo, las estudiantes habrán adquirido las siguientes aptitudes:
- Tratamiento de la hemorragia uterina.
- Tratamiento del choque.
- Tratamiento de la infección pelviana grave.
- Reanimación cardiopulmonar.

#### **2.7.6 Métodos de enseñanza y aprendizaje**

- Trabajo en grupo para el aprendizaje basado en la solución de problemas con el fin de alentar a las estudiantes a aprender en forma independiente.
- Exposiciones en seminarios de trabajos en grupo para evaluar los conocimientos, la comprensión, la aplicación en la práctica clínica, los aspectos éticos y las aptitudes para la comunicación.
- Clases magistrales modificadas.
- Estudios de casos con el fin de explorar trastornos ginecológicos particulares y evaluar en forma crítica la atención prestada.
- Representación de papeles para examinar las actitudes, los aspectos éticos, las aptitudes para la comunicación y tratamiento de ciertos trastornos.
- Demostración de aptitudes clínicas nuevas.
- Simulación de ciertas aptitudes clínicas, por ejemplo, los exámenes generales físicos y ginecológicos, el examen de mamas, la recolección de frotis cervicouterino, la aspiración manual por vacío, el cateterismo de la vejiga urinaria, la inserción de un pesario de anillo.

- **Práctica clínica.** Las estudiantes deben asistir a un mínimo de cinco consultorios ginecológicos para recibir la enseñanza impartida por el médico principal en el consultorio. Además, deben ser asignadas por un periodo breve, de aproximadamente 2 semanas, a un pabellón ginecológico donde serán adiestradas en relación con los trastornos más graves. En la comunidad, efectuarán el seguimiento de las mujeres con problemas ginecológicos, proporcionando cuidados y asesoramiento apropiados bajo supervisión.

### **2.7.7 Evaluación**

**EVALUADORES.** Los evaluadores serán el personal médico responsable de las pacientes ginecológicas, las profesoras parteras profesionales, enfermeras, parteras profesionales de nivel superior experimentadas en la atención ginecológica.

**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES.** Se efectuarán evaluaciones tanto durante el desarrollo del módulo como al final de éste.

#### **MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

1. *Prueba escrita* para examinar los conocimientos, comprensión, capacidad de análisis crítico y conocimiento de las investigaciones actuales.
2. *Exposiciones en seminarios* por grupos sobre la solución de problemas, con el fin de evaluar la recuperación de información, organización del material, conocimientos, comprensión, aplicación en la práctica, investigaciones actuales, problemas éticos y aptitudes para la comunicación.
3. *Estudios de casos* encaminados a evaluar la capacidad de análisis crítico, conocimientos y comprensión, aptitudes para la adopción de decisiones, aspectos éticos y aptitudes para la comunicación.
4. *Práctica clínica.* La evaluación continua de la práctica clínica será llevada a cabo por el mentor de la estudiante y otros profesionales de la asistencia sanitaria que están enseñando y supervisando la práctica.

Las aptitudes clínicas específicas que se evaluarán incluyen:

- Toma de un frotis cervicouterino.
- Realización de un tacto vaginal.
- Pasar un catéter urinario.
- Examen de las mamas.
- Inserción de un pesario de anillo.
- Aspiración manual por vacío.

### **2.7.8 Evaluación**

La evaluación informal incluirá discusiones en grupo con intervalos regulares durante el desarrollo del módulo como también al final. Para evaluar el módulo, un profesor realizará entrevistas semiestructuradas a un grupo de estudiantes seleccionadas en forma aleatoria.

Los resultados de ambos métodos de evaluación serán registrados y enviados al equipo de gestión del programa y a otro personal pertinente.

## **2.8 MÓDULO 8. Aspectos profesionales en la partería**

### ***2.8.1 Introducción***

El objetivo general de este módulo es permitir a las estudiantes adquirir una perspectiva más amplia de su función profesional y aumentar su conciencia acerca del proceso de investigación, los fundamentos de la práctica basada en evidencia, ética, políticas sanitarias y planificación de los servicios. Un objetivo adicional es profundizar el conocimiento de las estudiantes sobre los principios, y la práctica de la adopción de decisiones y la gestión eficaz. El elemento de práctica de este módulo permitirá a las estudiantes perfeccionar sus aptitudes de partería para alcanzar la competencia total en todas las áreas y adquirir confianza en sí mismas. Por último, tendrán la oportunidad de perfeccionar sus aptitudes de análisis y auto evaluación conforme examinen de manera crítica su propia práctica, para de esta forma identificar cuánto de lo que hacen puede ser corroborado por los hechos.

### ***2.8.2 Resultados de aprendizaje propuestos***

Al final del programa las estudiantes podrán:

1. Explicar el proceso de la investigación.
2. Comprender los diferentes métodos de la investigación y los distintos tipos de evidencia.
3. Leer un documento de una investigación y emitir un juicio crítico.
4. Tener conocimiento de las estadísticas básicas.
5. Usar los resultados de la investigación para fundamentar su práctica y mejorar los estándares de la atención.
6. Analizar la trascendencia de la ética en el ejercicio de la partería.
7. Examinar los méritos y las deficiencias de las políticas sanitarias actuales y de la prestación de servicios de salud materna y neonatal en su país; empezar a desarrollar una conciencia política sobre los procesos necesarios para promover el cambio en beneficio de las mujeres y sus familias.
8. Apreciar los efectos de diferentes estilos de gestión del personal, las organizaciones y la prestación de atención de calidad.
9. Explicar la teoría del cambio y comenzar a aplicar este conocimiento en la puesta en práctica de estrategias eficaces para el cambio en su propia vida y campo profesional.
10. Apreciar y practicar un manejo eficaz del tiempo.
11. Desarrollar aptitudes para la toma de decisiones eficaces basadas en evidencia científica.
12. Examinar el papel y la función de la Organización Mundial de la Salud y sus esfuerzos por reducir los riesgos del embarazo, especialmente en los países con recursos limitados.
13. Evaluar en forma crítica las iniciativas y los adelantos en su propio país encaminados a reducir los riesgos del embarazo, y considerar las maneras en las que pueden contribuir a una maternidad segura.
14. Analizar el papel y las funciones de otras organizaciones internacionales involucradas en la salud reproductiva, como la Confederación Internacional de Matronas (ICM), especialmente las que se preocupan por reducir los riesgos del embarazo y desarrollar la función de las parteras profesionales.

## 2.8.3 Contenido

### INVESTIGACIÓN

- El proceso de la investigación, incluidos los pasos necesarios al realizar un estudio.
- Diferentes enfoques de la investigación, por ejemplo, investigación experimental, encuestas e investigación cualitativa.
- El significado del ejercicio profesional y la atención de salud basadas en evidencia.
- Nuevos avances en la investigación de partería y temas conexos.
- Lectura y evaluación crítica de las investigaciones.
- Ejercicio profesional basado en la investigación.
- Las estadísticas básicas y la epidemiología.

### POLÍTICAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- Papel y función del ministerio de salud.
- Formulación de políticas sanitarias nacionales y su aplicación.
- Papel y función de los organismos y organizaciones profesionales y su capacidad de influir en la política sanitaria y la prestación de servicios.
- Planificación de la prestación de servicios de salud (en particular, planificación a nivel de distrito y establecimientos).
- Salud y desarrollo.
- Evaluación de las políticas sanitarias actuales y medidas para identificar las deficiencias.
- Función del gobierno central y local y prestación de servicios de salud.
- El compromiso político, incluido un panorama histórico general de las mejoras en la atención de la madre, y diversos estudios de casos de países donde se ha reducido con éxito la mortalidad materna.

### GESTIÓN

- Tipos de organización.
- Estilos de liderazgo.
- Teoría del cambio.
- Promoción de la causa.
- Manejo del tiempo.
- Ciclo de mejora de la calidad.
- Proceso de adopción de decisiones.
- Planificación empresarial.

### ASPECTOS INTERNACIONALES

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), incluidas sus iniciativas, como la de reducir los riesgos del embarazo.
- Otros organismos internacionales.
- La iniciativa para una maternidad segura y la salud reproductiva.
- La Confederación Internacional de Matronas y el Día Internacional de la Partera Profesional.

- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y metas conexas.
- Compromisos internacionales de mejorar la salud de la mujer y del niño, incluido el examen de conferencias internacionales trascendentales (CIPD y conferencias ulteriores), donde se trataron los problemas de las mujeres.

#### ÉTICA

- Ética y teorías éticas, por ejemplo, el conflicto moral, el dilema moral, el utilitarismo, la deontología.
- Deber de la atención.
- Los principios éticos, por ejemplo, la autonomía, etc.
- El código deontológico internacional para las parteras profesionales.

#### ***2.8.4 Aptitudes clínicas***

No se han definido aptitudes clínicas fijas para este módulo ya que el objetivo propuesto es dar a las estudiantes la oportunidad de desarrollarse y llegar a ser competentes en las aptitudes esenciales que necesitarán al iniciar el ejercicio cabal (no supervisado) de la profesión.

#### ***2.8.5 Evaluación***

EVALUADORES. Las profesoras parteras profesionales, el personal médico, el personal clínico, los compañeros y la estudiante misma.

DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA EVALUACIÓN. Se efectuará la evaluación durante los 3 a 6 últimos meses del programa de partería.

TIPO DE EVALUACIÓN. Las estudiantes realizarán en grupos pequeños un proyecto sobre un tema de su elección, relacionado con su práctica, después de analizarlo con su tutor de partería. Llevarán a cabo los pasos iniciales del proceso de investigación, examinarán los problemas éticos planteados por el estudio, escribirán su informe y presentarán los resultados principales a una audiencia de invitados constituida por profesionales locales de la asistencia sanitaria.

Se usará la evaluación continua de la práctica clínica para determinar el creciente nivel de competencia.

Las estudiantes llevarán un diario donde escribirán sus reflexiones acerca de su práctica normal y considerarán cuánto de lo que practican está realmente basado en los hechos.

#### ***2.8.6 Evaluación***

Discusión con las estudiantes en grupos pequeños y llenado de un cuestionario. Los resultados de la evaluación serán enviados al equipo de gestión del programa y otro personal pertinente.

## REFERENCIAS

- Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based Learning Methods: An Approach to Medical Education*. Nueva York: Springer, 1980.
- Davies BA. Reforming Birth and (Re)making Midwifery in North America. En: Devries R, Benoit C, Van Teijlingen E, Wrede S (eds). *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. Londres: Routledge, 2001
- Boud DJ. Problem-based learning in perspective. En: Boud DJ (ed) *Problem-based Learning in Education for the Professions*. Sydney: Higher Education Research and Development Society of Australasia, 1985.
- Boud DJ, Feletti G. *The Challenge of Problem-based Learning*. Londres: Kogan Page, 1991.
- Hogberg U, Wall S, Brostrom G. The potential impact of medical technology on maternal mortality in the late 19<sup>th</sup> century Sweden. *International Journal of Obstetrics* 1986; 24: 251-261.
- Guilliland K. Women and Midwives a Partnership in Progress. En: *A Midwife's Gift, Love, Skills and Knowledge*, proceedings of the International Conference of Midwives 22<sup>nd</sup> Triennial Congress, Kobe, Japón, 1990. La Haya, ICM, 1990.
- International Confederation of Midwives (ICM), Definition of the Midwife, 1972; ratified by the International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) in 1973 and later adopted by the World Health Organization (WHO) . Definition amended by the ICM in 1990 and ratified by FIGO and WHO in 1991 and 1992 respectively.
- International Confederation of Midwives (ICM). *Draft Statement on The Philosophy and Model of Midwifery care*. La Haya, ICM, 2003
- Knowles MS. *The Making of an Adult Educator*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989.
- Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, 1987
- World Health Organization (1994b). *Mother–baby package: a practical guide to implementing safe motherhood in countries*. Programa de Salud de la Madre y Maternidad segura, División de Salud de la Familia, Ginebra, OMS, 1994.
- World Health Organization (1996b). *Normal birth*. Programa de Salud de la Madre y Maternidad segura, División de Salud de la Familia, Ginebra, OMS, 1996.
- World Health Organization. *Management of Complications in Pregnancy and Childbirth*. Ginebra, OMS, 2000.
- World Health Organization. *Midwifery Modules for Safe motherhood*. Education materials for Midwife Teachers, Revised edition. División de Salud Familiar y Reproductiva, Ginebra, OMS, 2003.

**APÉNDICE 1/ Evaluación del programa de estudios***Marco para la evaluación del programa de estudios*

	SÍ	NO	No se sabe
Se ha analizado y revisado el programa de estudios en los últimos cinco años			
El requisito mínimo de ingreso es: 12 años de escolaridad, o 10 años más la prueba de ingreso, o completar con éxito un curso básico (o ambas cosas), o el registro o licencia para ejercer la enfermería			
Se ha acordado una razón profesor/estudiantes, que se ajusta a las normas nacionales			
El programa de estudios deber ser aprobado por la autoridad de reglamentación de partería (el organismo establecido por el gobierno para supervisar la partería y otorgar el derecho a ejercer la profesión)			
El programa de estudios se lleva a cabo en un organismo o institución de enseñanza apropiados, o tiene la aprobación de ellos			
El programa de estudios tiene un nivel educativo equivalente al programa de estudios de otros prestadores de atención de salud			
El programa de estudios se basa en teorías educativas sólidas del aprendizaje del adulto, que fomentan en las estudiantes la reflexión crítica y las aptitudes para la solución de problemas			
El programa de estudios tiene una filosofía clara acerca de la partería, que valora a las parteras profesionales que trabajan en asociación con las mujeres y reconocen que el embarazo y el parto son acontecimientos naturales en la vida de la mayoría de las mujeres			
El programa de estudios está organizado para asegurar que las estudiantes vinculen la teoría con la práctica y sean asignadas a sitios que les permitan practicar lo que se les ha enseñado en el aula			
El programa de estudios es impartido por profesoras parteras profesionales experimentadas, que tienen antecedentes en el ejercicio de esta profesión y han sido adiestradas como docentes			
Los recursos didácticos y de aprendizaje son suficientes y ponen a las estudiantes en contacto con los resultados de investigaciones recientes			
Las estudiantes tienen oportunidades de practicar en el área clínica bajo la supervisión directa de una partera profesional experimentada que evalúa su práctica			
Al finalizar el programa educativo, las parteras profesionales pueden ejercer como profesionales autónomas sin supervisión (capaces de actuar conforme a lo esbozado en la definición de partera profesional)			

***Lista de verificación para la evaluación del programa de estudios***

Al finalizar el programa educativo, la parteras profesional puede actuar como un miembro plenamente participante de un equipo multidisciplinario			
Al finalizar el programa educativo, las parteras profesionales pueden prestar asistencia de partería en cualquier entorno, como la comunidad, el consultorio, el centro de salud, el hospital o el propio hogar de la cliente.			
Al finalizar el programa educativo, las parteras profesionales poseerán todas las aptitudes esenciales para salvar vidas, tanto de mujeres como de recién nacidos			

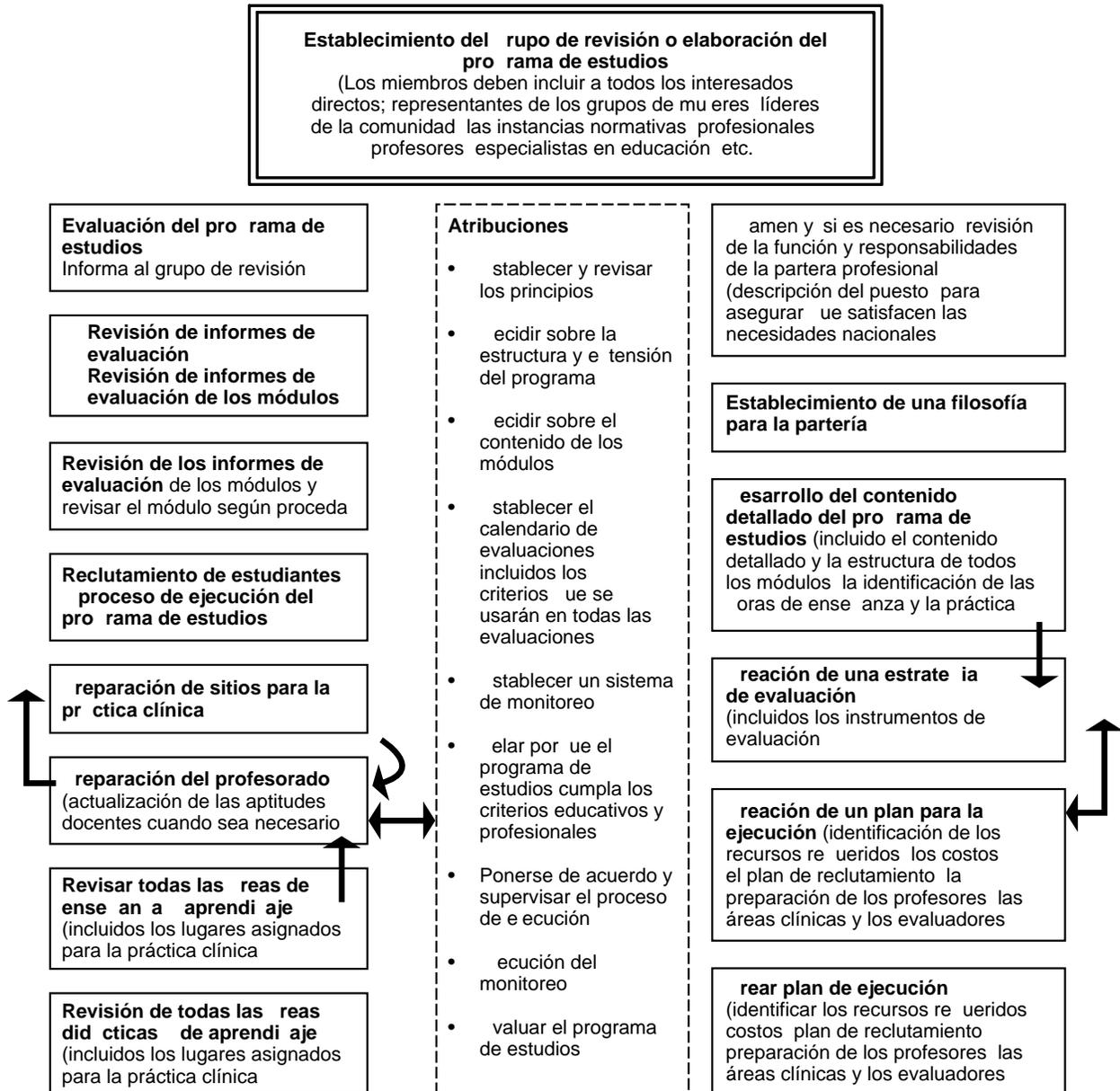
Todas las evaluaciones están identificadas claramente en el programa de estudios y las estudiantes conocen los puntos de evaluación			
Se han fijado criterios claros para todas las evaluaciones clínicas y de la teoría			
Todos los evaluadores, incluidos los evaluadores clínicos, han sido especialmente preparados para su función			
El programa de estudios tiene mecanismos de garantía de calidad claros y transparentes y las estudiantes pueden dar retroalimentación de información a los profesores			
Se han comprobado la validez y fiabilidad de todos los instrumentos de evaluación			
Los registros de las estudiantes aseguran que en todo el programa se pueda seguir el progreso individual			

La lista de verificación anterior puede ser usada para evaluar el programa de estudios con el propósito de ver dónde necesita ser fortalecido.

Al completar la lista de verificación de evaluación, es importante:

- Revisar el documento del programa de estudios y todos los instrumentos de evaluación, normas, etc.
- Obtener la opinión de estudiantes actuales y recientemente egresadas, profesores y líderes del programa.
- Obtener la opinión de las parteras profesionales que supervisan a las estudiantes en las áreas de práctica clínica.
- Obtener la opinión del personal pertinente de la institución educativa que supervisa el programa de estudios.
- Obtener la opinión del personal pertinente en el órgano normativo y la asociación profesional, cuando existen esas entidades.
- Observar cómo se llevan a cabo la enseñanza y el aprendizaje.
- Observar a las estudiantes en las áreas clínicas.
- Examinar los registros de las estudiantes.
- Examinar los recursos de enseñanza y aprendizaje

**APÉNDICE 2/ Pasos esenciales en la elaboración del programa de estudios encaminados a lograr que sea adecuado para la finalidad prevista**



# Elaboración de programas eficaces para la preparación de profesores de parteras profesionales

## DIRECTRICES PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE PARTERÍA

### Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional para las Américas (OPS) están comprometidas con la reducción significativa de la morbilidad y mortalidad maternas ligadas al parto. La estrategia de OMS/OPS para lograr este objetivo consiste, en parte, en garantizar que todas las mujeres tengan acceso a los servicios de personal capacitado para la asistencia en el embarazo y el parto. Esto requiere de una buena formación en partería, la que solo se obtendrá con un número suficiente de profesores de partería bien preparados para satisfacer las necesidades de cada país en este campo. La provisión de programas eficaces para la formación y capacitación de profesores de partería es, por consiguiente, esencial. Las directrices para la elaboración de los programas de formación de profesores de partería están diseñadas para ayudar a los países a preparar dichos programas, y/o para revisar y perfeccionar los ya existentes.

Las directrices tienen en cuenta, en primer lugar, los criterios de entrada en los programas de formación de parteras profesionales. Es esencial que ellas, que van a ser profesoras, no solo estén capacitadas académicamente, sino que también tengan experiencia y que sean competentes en la práctica clínica. Se recomienda que el programa dure el equivalente a dos años académicos completos, o cuatro años a tiempo parcial.

Las opciones para la prestación general del programa están divididas en dos partes; la primera centrada en los estudios avanzados de partería, y la segunda en la docencia teórica y práctica. Otra posibilidad sería organizar el programa con la teoría docente y de partería integradas con la práctica a lo largo de todo el programa.

Se entiende que los programas necesitarán encajar en el sistema de enseñanza existente en cada país y se recomienda que todos los módulos o unidades didácticas estén acreditadas y se otorgue un diploma o un título universitario. En el caso de los diplomados se sugiere que se creen las vías necesarias para que los profesores de partería puedan posteriormente emprender estudios complementarios para convertir el diploma en título universitario. Las necesidades de personal del programa también se tienen en cuenta, haciendo hincapié en la necesidad de involucrar a los profesores de partería que se han formado convenientemente y están preparados para su función.

Se exponen las directrices para la creación de un equipo de gestión del programa, seguido de las sugerencias sobre los factores que han de considerarse cuando el equipo redacte la filosofía de los cursos. Esta filosofía se reflejará en los objetivos y la elección del modelo de plan de estudios y, por supuesto, a lo largo de todo el programa. El contenido de los cursos se esboza a continuación. Pueden estructurarse en módulos o unidades didácticas con temas que tratan más de una asignatura. Se hacen sugerencias para elegir los emplazamientos de las prácticas clínicas y docentes, y para la preparación de los mentores/ supervisores.

Después se tratan las estrategias didácticas y de aprendizaje para la formación de profesores de partería, junto con los métodos centrados en el estudiante que se involucra activamente en el propio aprendizaje.

Dado que la evaluación es una parte importante de cualquier programa se proponen una serie de métodos. La sección siguiente se centra en la garantía de calidad, que es esencial para promover un alto nivel de formación, esbozándose algunos métodos para fomentarla. Se describen los recursos esenciales requeridos por el programa, entre otros buenos establecimientos para la práctica clínica y docente. Se dan directrices para la inspección de estos sitios con el fin de ayudar a seleccionar los establecimientos apropiados.

La Herramienta 6 plantea varias opciones para la provisión de los programas de profesores de partería en los países con recursos limitados. Estas engloban tanto opciones dentro de un país, como opciones para la colaboración entre países a fin de compartir los recursos y proporcionar programas viables. También se plantea la necesidad de formación profesional continua para los profesores de partería, ya que es esencial que tengan la posibilidad de mantenerse al día una vez obtenida la titulación que les permite ejercer la partería y la docencia si quieren seguir siendo educadores eficaces en los años venideros.

# Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	189
1.1 Justificación.....	190
1.2 Objetivos .....	191
1.3 Esquema del contenido.....	191
2 REQUISITOS DE ENTRADA.....	192
3. DURACIÓN Y ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA .....	193
3.1 Duración .....	193
3.2 Opciones para la estructura general del programa.....	193
4. INSTITUCIONES DOCENTES, TÍTULOS Y PERSONAL REQUERIDO PARA EL PROGRAMA DE PROFESORES DE PATERÍA.....	195
4.1 Instituciones docentes.....	195
4.2 Acreditación del aprendizaje y títulos.....	196
4.3 Personal .....	196
5. PLAN DE ESTUDIOS .....	196
5.1 Equipo de gestión del programa (EGP) .....	197
5.2 Filosofía del programa.....	197
5.3 Marco/ modelo del plan de estudios.....	197
5.4 Objetivos y resultados de aprendizaje perseguidos.....	197
5.5 Contenido del programa.....	198
5.6 Establecimientos para la práctica docente.....	199
5.6.1 Selección de las instituciones para los establecimientos docentes .....	199
5.6.2 Preparación de mentores/ supervisores.....	200
5.6.3 Organización de la práctica docente.....	200
6. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	201
7. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS Y DE APRENDIZAJE .....	201
8. ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN.....	202
8.1 Validez y fiabilidad de las evaluaciones .....	202
8.2 Métodos de evaluación .....	203
8.3 Gestión del proceso de evaluación .....	204
9. GARANTÍA DE CALIDAD .....	204
9.1 La calidad en la educación .....	204
9.2 Evaluación del curso .....	205
9.3 Inspección de las zonas clínicas y establecimientos docentes asignados a los estudiantes durante el curso .....	205

9.4 Juntas del curso .....	205
9.5 Evaluación del rendimiento individual .....	206
10. RECURSOS .....	206
10.1 Institución docente .....	206
10.2 Establecimientos .....	206
11. OPCIONES PARA LA PROVISIÓN DE PROGRAMAS PARA LOS PROFESORES DE PARTERÍA.....	208
11.1 Opción 1. Programas nacionales .....	208
11.2 Opción 2. Programas entre países.....	208
11.3 Opción 3. Implicación de los países desarrollados en la formación de profesores de partería .....	209
12. FORMACIÓN PROFESIONAL CONTINUA DE PROFESORES DE PARTERÍA.....	210
ANEXO 1. Modelo del plan de estudios.....	211
ANEXO 2. Contrato de aprendizaje .....	212
ANEXO 3. Ciclo reflexivo .....	213
ANEXO 4. Competencias de los profesores de la partería.....	214
GLOSARIO .....	216

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional para las Américas (OPS) están comprometidas con la reducción significativa de la morbilidad y mortalidad maternas ligadas al parto. Parte de la estrategia de OPS/OMS para lograr este objetivo consiste en la prestación de los servicios de personal capacitado en cada nacimiento. La asistencia de parteras profesionales bien formadas y competentes es esencial para ayudar a reducir la mortalidad y morbilidad maternas y del recién nacido. Ahora bien, para proporcionar buena formación en partería debe haber un número suficiente de profesores bien preparados que puedan satisfacer las necesidades de dicha formación en cada país. Por consiguiente, es esencial la provisión de programas eficaces y de alta calidad para la formación y perfeccionamiento de los profesores de partería. Las directrices para la elaboración de los programas de formación de profesores de partería están diseñadas para ayudar a los países a preparar esos programas y revisar o perfeccionar los ya existentes.

Esta herramienta forma parte de la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y trata una serie de temas relacionados con la preparación de los profesores de partería. Otras herramientas para el fortalecimiento de la partería son:

- Una justificación que describe la necesidad de potenciar la partería en los distintos países y la contribución que las parteras profesionales pueden aportar a los esfuerzos del país para lograr una buena salud reproductiva, así como la necesidad de lograr los objetivos de una maternidad segura.
- Competencias esenciales que una partera debe poseer, aun en los entornos con escasos recursos.
- Directrices para la elaboración de un plan de estudios de partería.
- Directrices para formular normas o estándares de práctica profesional que respondan a las preguntas: ¿Qué son estándares de ejercicio profesional?, ¿Por qué son importantes los estándares?, ¿Cómo elaborarlos?, ¿Quién debe elaborarlos?, y ¿Cómo pueden evaluarse?

Las próximas directrices incluirán “Cómo organizar el seguimiento de apoyo a las parteras profesionales” y el “Desarrollo de las aptitudes de liderazgo y de promoción de la causa en las parteras profesionales”. Las herramientas para el fortalecimiento de la partería se han preparado en colaboración con la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y con el aporte de numerosos expertos internacionales en partería. Además, forma parte de un paquete de herramientas dentro de la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, de OMS, una serie conocida en su conjunto como Atención Integrada del Embarazo y el Parto (AIEP). La finalidad de esta serie de herramientas es proporcionar a los países, los directores del programa, las instancias normativas y los profesionales —ya sean individuos o asociaciones— orientación basada en evidencias para mejorar los servicios de salud destinados a las mujeres y a los recién nacidos, y reducir el costo innecesario e inadmisibles en muertes y discapacidades ligadas a un acontecimiento que debería ser normal y feliz, como es el nacimiento. Las herramientas para el fortalecimiento de la partería complementan las herramientas clínicas de la AIEP, que plantean la mejor manera de prestar asistencia durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como el tratamiento de las complicaciones de las mujeres y los recién nacidos. Por último, las herramientas para el fortalecimiento de la partería están también en consonancia con diversas guías de gestión y planificación encaminadas a hacer que el embarazo y el parto sean más seguros.

Actualmente se admite que el factor fundamental para los países cuyo objetivo es reducir la razón de morbilidad y mortalidad materna e infantil y garantizar que los recién nacidos comiencen la vida con salud, es invertir en una mayor provisión de personal capacitado, es decir, en profesionales de la salud con conocimientos de partería. Además, garantizar que todas las mujeres, en especial las más desfavorecidas, puedan tener acceso y beneficiarse de sus servicios. Como mínimo, el personal capacitado debe poder ayudar a las mujeres y a sus recién nacidos cuando el embarazo, el parto y el puerperio son normales, e identificar las complicaciones y tener la capacidad de remitirlos a niveles superiores para su atención, en caso de complicación o cuando sea necesario. Vale decir que asegurarse de que las parteras profesionales sean capaces de actuar según las normas profesionales, universalmente aceptadas y basadas en evidencia es solo un eslabón en la cadena que permitirá a las mujeres y recién nacidos beneficiarse de dicha atención especializada.

## 1.1 Justificación

La calidad de la formación ofrecida para la preparación de los profesores de partería ejerce una gran influencia sobre su capacidad para formar parteras profesionales competentes u otros trabajadores sanitarios responsables de prestar atención especializada en el embarazo y el parto.

Actualmente, los estándares de preparación de profesores de partería varían mucho en las diferentes partes del mundo. En algunos países los profesores de partería tienen pocos o ningún estudio para preparar a los estudiantes para su función, no obstante, serán responsables durante muchos años de la formación de generaciones futuras de parteras profesionales que prestarán una atención esencial a las mujeres en edad de procrear y a sus recién nacidos. Con frecuencia, futuros profesores de partería no son obligados a tener experiencia clínica después de su formación básica, antes de dedicarse a la enseñanza. Por consiguiente, estos profesores carecerán de aptitudes de partería fundamentales y competencia clínica. En los países donde hay programas genéricos para la formación de profesores de diversas disciplinas, rara vez se encuentra una parte del programa organizado para satisfacer las necesidades específicas de las parteras profesionales. Incluso, a veces no hay ningún profesor de partería involucrado en la planificación y desarrollo del programa, ni en el seguimiento de los estudiantes.

En los países con recursos restringidos la escasez de profesores de partería constituye un gran problema y muchos de aquellos disponibles han sido preparados inadecuadamente para su función. Esta escasez y las fuertes exigencias sobre el personal médico disponible involucrado en la formación conducen a que profesores de otras disciplinas, por ejemplo enfermería o farmacología, desempeñen con frecuencia un papel importante en la formación de las parteras profesionales, aunque ellos no sean parteros. Naturalmente, solo pueden enseñar la teoría basándose en los escasos libros que puedan estar disponibles, y a veces son incapaces de aplicarla a la práctica, o de enseñar aptitudes de partería y supervisar. Como resultado de esto, con demasiada frecuencia la formación que reciben las parteras profesionales es inadecuada para su función profesional porque no han adquirido la competencia clínica necesaria para un ejercicio profesional seguro. Prestar atención al reclutamiento y a la formación de los profesores de partería es, por consiguiente, crucial para mejorar las competencias de las parteras profesionales y de ese modo promover la maternidad segura.

## 1.2 Objetivos

Los objetivos de estas directrices son:

- Suministrar información y herramientas para ayudar a los países con recursos limitados a planificar, poner en práctica y vigilar programas de calidad para la preparación de los profesores de partería.
- Promover la preparación de un número suficiente de profesores de partería con un alto nivel de competencia tanto en la práctica como en la docencia, a fin de satisfacer las necesidades del país.
- Proporcionar un abanico de opciones para la formación de los profesores de parteras profesionales, y ofrecer la posibilidad de compartir programas y recursos con otras disciplinas o incluso con otros países, para poner a su alcance cursos económicamente viables de nivel elevado.

## 1.3 Esquema del contenido

Las directrices comienzan con recomendaciones sobre los requisitos de entrada en un programa de profesores de partería, puesto que la selección de los candidatos adecuados es un factor crucial para la preparación de profesores de gran calidad. Luego se consideran temas como la duración y la estructura de los programas, las instituciones educativas apropiadas, la acreditación del aprendizaje, los títulos y el personal requerido para llevar a cabo los programas.

La sección siguiente se centra en el contenido de los programas de profesores de partería. Se recomienda la creación de un equipo de gestión del programa y se hacen sugerencias acerca de los miembros. Luego se presentan algunos factores a tener en cuenta para la filosofía de los cursos y el plan de estudios. A continuación se esbozan los esquemas sugeridos para el contenido de los estudios de partería y docencia, seguido de una sección sobre los establecimientos para la enseñanza práctica. Se recomienda inspeccionar los establecimientos de la práctica clínica y docente y se hacen sugerencias acerca de los criterios para su elección. Las opciones para estructurar el programa en módulos o unidades didácticas se consideran a continuación, seguido de una sección sobre los métodos de enseñanza y aprendizaje. Se recomienda un enfoque basado en la solución de problemas de aprendizaje, especialmente para la parte del curso relativa a la partería.

Luego se consideran las estrategias de evaluación y se dan las directrices para promover métodos válidos y fiables de evaluación del aprendizaje teórico y práctico. La sección siguiente se centra en cuestiones de garantía de calidad. En la puesta en marcha de mecanismos para el seguimiento y revisión del programa, su prestación y eficacia son esenciales ya que guían el desarrollo en curso del programa necesario para mantener un nivel alto. Esta sección da paso a consideraciones sobre los recursos requeridos para un programa de profesores de partería.

La sección final de las directrices considera varias opciones para la provisión de programas para los profesores de partería. Se observa que no todos los países pueden proporcionar sus propios programas debido a la restricción de los recursos, o al hecho de que hay un número insuficiente de estudiantes para profesores de partería que impide organizar un curso viable. Por esta y otras razones, las opciones incluyen sugerencias para la colaboración entre países.

Por último, hay una lista de obras de referencia, anexos y un glosario.

## 2. REQUISITOS DE ENTRADA

### 2.1 A continuación se esbozan los criterios para la entrada en un programa de formación de profesores de partería:

- Una buena educación general, normalmente de 12 años de duración. El futuro profesor (a) de partería debe haber logrado los certificados correspondientes del país en el que se educó. Este nivel se alcanzará al menos en las asignaturas de ciencias y también en la “lengua franca” principal de la región (por ejemplo, inglés, francés, español, chino) porque gran parte de la bibliografía utilizada en los estudios estará escrita en esos idiomas clave.

(Los países decidirán la edad máxima para poder comenzar el programa de profesores de partería. Esto dependerá de varios factores, entre otros de la edad de jubilación).

- Una titulación en partería subsiguiente a la finalización con éxito de la formación de partería básica y al logro de buenas calificaciones en teoría y práctica.
- Un mínimo de dos años a tiempo completo (o el equivalente a tiempo parcial) de experiencia clínica como partera, además del tiempo empleado en la formación. La experiencia clínica obtenida durante los años de ejercicio de la partería debe examinarse cuidadosamente. Si la experiencia es limitada (por ejemplo, en promedio menos de un parto al mes) deberá practicar más antes de que el candidato se considere apto para el programa. La experiencia en un hospital sería una ventaja antes de emprender el curso de profesores, sin embargo, si la práctica se limita al entorno de una comunidad no sería tan ventajoso.
- Buen conocimiento de la partería básica y un buen informe sobre las prácticas, valorado mediante:
  - un examen de entrada sobre conocimientos de la partería y atención neonatal.
  - referencias de un tutor de la escuela de partería donde el o ella se formaron, y de un supervisor de las prácticas.
- La motivación para ser un profesor de parteras profesionales, valorado mediante:
  - Una entrevista en la cual el aspirante demuestra estar motivado y poseer aptitudes para la enseñanza, así como la capacidad para desenvolverse con la teoría y práctica del programa. Si esto es difícil de organizar debido a las distancias o el gasto, el examen de entrada podría ampliarse para incluir una sección sobre la formación, por ejemplo, la redacción de un ensayo sobre la propia experiencia de los estudiantes en la enseñanza de la práctica clínica, o su noción personal sobre la educación.
- Otros criterios decididos localmente, podrían incluir aquellos para la dispensación de partes del programa. Por ejemplo, una partera que ha adquirido conocimientos avanzados de partería al realizar estudios adicionales en una institución académica de más prestigio, o quien haya adquirido experiencia práctica a un nivel superior al de la formación básica de partería puede estar dispensado de la Parte 1 del curso, en la Opción 1 citada más adelante, o de algunos módulos de partería en la Opción 2. *Para más detalles sobre los criterios de dispensación de la Parte 1 del programa de profesores de parteras profesionales, véase la sección 3.2.1.*

## 3. DURACIÓN Y ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA

### 3.1 Duración

El periodo de tiempo recomendado para la formación de los profesores de partería equivale a dos años de estudio a tiempo completo, o cuatro años de estudio a tiempo parcial.

El programa puede tener lugar en cualquier institución siempre y cuando tenga el personal apropiado, las instalaciones y los recursos necesarios para impartir los cursos, por ejemplo una universidad, una escuela u otra institución que pueda otorgar los diplomas o títulos universitarios.

En general se considera que un curso académico equivale a 1.200 horas de estudio. La duración total del programa por consiguiente será de 2.400 horas de estudio. Esto incluirá 240 horas de práctica clínica y 480 horas adicionales de prácticas docentes. La práctica clínica se añade para que el aspirante a profesor pueda aplicar la teoría a la práctica y mantener y ampliar sus aptitudes clínicas, mientras que la práctica docente supervisada es una parte esencial del programa de profesores de partería. El tiempo de estudio del programa de profesores de partería presentado en este documento se ha calculado en horas para brindar a los planificadores mayor flexibilidad al momento de decidir la duración y la estructura real del programa y tener la seguridad de que puede adaptarse según las necesidades específicas de cada país.

### 3.2 Opciones para la estructura general del programa

Se puede elegir entre varias opciones al diseñar un programa de profesores de partería; dos de las más usuales se presentan a continuación.

#### *3.2.1 OPCIÓN 1. Estudios avanzados posteriores a los básicos de partería y estudios de docencia.*

La justificación de la división del programa en dos partes, la primera centrada en la partería y la segunda en la docencia, es garantizar que el profesor tenga un conocimiento exhaustivo de la teoría y práctica de la partería antes de comenzar con la parte docente del programa. Es, por lo tanto, un requisito esencial para los profesores de partería. Esta opción tiene muchas ventajas; una es que brinda la oportunidad a aquellas parteras profesionales que quieren ampliar sus conocimientos de partería —pero no desean convertirse en profesoras— de apuntarse solo en la primera parte del programa. Esta opción debe fomentarse, porque las parteras profesionales mejor formadas en la práctica clínica no solo promoverán una mejor atención, sino que también proporcionarán una enseñanza y supervisión más eficaces a los estudiantes de partería en las prácticas. Otra ventaja de poner la Parte 1 del programa al alcance de las parteras profesionales que reúnan las condiciones necesarias es que eso aumentará el número de participantes y por consiguiente da más posibilidades de que el curso sea viable. Debe quedar claro, sin embargo, que las parteras profesionales que deseen convertirse en profesoras deben completar ambas partes del programa.

- **PARTE 1. PROGRAMA AVANZADO DE PARTERÍA PRÁCTICA** (1.200 horas de estudio, incluidas 240 horas de práctica clínica). Las parteras profesionales que ya han terminado un programa de estudios avanzados posteriores a los básicos de partería pueden estar dispensadas de esta parte, siempre y cuando satisfagan los criterios acordados por la institución que imparte el programa.

El paso a la parte 2 del programa depende de que la partera supere la parte 1 (los estudios avanzados/ posteriores a los básicos de partería) o que sea dispensada en base a los criterios enunciados.

- PARTE 2. ESTUDIOS DE DOCENCIA PARA LA ENSEÑANZA DE LA PARTERÍA (1.200 horas de estudio, incluidas 480 horas de práctica docente supervisada en las aulas y las áreas clínicas).

La parte 2 del programa (estudios de docencia) normalmente se comienza a las pocas semanas de acabar la primera. Si la parte 2 no se comienza antes de transcurridos cinco años desde la finalización de la primera, la partera deberá aportar pruebas de que ha actualizado recientemente sus conocimientos de partería y, si no ha ejercido la profesión durante gran parte de este tiempo, deberá preparar inmediatamente antes de comenzar la segunda parte un periodo de práctica clínica y aportar las referencias de un supervisor clínico que atestigüe su competencia clínica en todos los aspectos del ejercicio de la partería, a fin de ser admitida en la esta parte del programa.

Si se establecen los programas a tiempo parcial, se alargará el tiempo de ambas partes para lograr las horas recomendadas de estudio y práctica. Debe existir la posibilidad de completar una parte del programa mediante estudios a tiempo parcial y la otra parte a tiempo completo.

PARTE 2 DEL PROGRAMA (ESTUDIOS DE DOCENCIA). Pueden considerarse las siguientes opciones para la segunda parte:

- Un programa diseñado solo para profesores de partería.
- Un programa multidisciplinario que admitiría estudiantes procedentes de otras disciplinas afines a la salud, por ejemplo, enfermeras, fisioterapeutas, etc. Esto puede ser necesario en caso de que el número de estudiantes para profesores de partería fuera insuficiente y el programa no fuera viable.
- Un programa multidisciplinario para parteras profesionales, otro personal relacionado con la salud y también profesionales de otras disciplinas que están preparados para enseñar a los adultos, por ejemplo, historia, literatura etc. Compartir los recursos entre varias disciplinas hace que el programa sea viable.

Cualquiera que sea la opción seleccionada, es esencial que siempre haya un profesor de partería con experiencia en el equipo de gestión del programa, alguien que esté plenamente involucrado en todos los aspectos de la planificación, puesta en práctica y prestación del programa.

En el caso de los programas multidisciplinarios, se recomienda un plan de estudios común obligatorio para todos los estudiantes, y un módulo especial para los estudiantes de diferentes disciplinas que podrá ser impartido por un tutor de su propia disciplina; o tener la oportunidad de discutir con el tutor sobre la aplicación del contenido común a su área de especialidad. La práctica docente también estaría organizada y supervisada por el tutor de la especialidad. Un profesor de partería perteneciente al personal de la institución que lleva a cabo el programa de profesores de partería supervisará por consiguiente a los estudiantes para profesores. Por otro lado, el estudiante para profesor también debe tener un profesor nombrado de partería en su establecimiento docente que actuará como mentor y supervisor.

### 3.2.2. OPCIÓN 2. Estudios integrados avanzados de partería teórica, docencia y práctica.

Los estudios avanzados/ posteriores a los básicos de partería, de docencia y práctica, estarán incluidos en todo el programa de profesores de partería.

Las ventajas de la Opción 2 son:

- La teoría, la práctica y la docencia de la partería pueden integrarse en todo el programa.
- Hay menos riesgo de que las parteras profesionales sean nombradas para puestos de enseñanza después de finalizar solo la primera parte (es decir, solo habiendo hecho estudios de partería avanzados/ posteriores a los básicos sin ninguna competencia docente).

Los inconvenientes de la Opción 2 son:

- Menos flexibilidad porque el carácter integrado del programa haría más difícil admitir a otras parteras profesionales para la parte de estudios avanzados de partería.
- Repercusiones en el costo y los recursos al proporcionar programas separados para poner al día a las parteras profesionales en la práctica clínica.
- El diseño de programas integrados implica una mayor dificultad a la hora de dispensar a las parteras profesionales que han realizado anteriormente estudios avanzados de partería.
- Tanto los estudios de partería avanzados posteriores a los básicos como los de docencia, tendrían que realizarse en el mismo lugar. Esto contrasta con la posibilidad de la Opción 1 en la que si no hay ningún centro adecuado para ambas partes del programa, sería posible realizar cada uno en áreas separadas. Esta flexibilidad podría ser particularmente importante si los programas están diseñados para compartir entre los países.
- Con el modelo integrado hay una mayor necesidad de tener un programa estructurado que permita a los estudiantes desarrollar a fondo sus competencias tanto de la partería como de la docencia en forma simultánea, mientras que con la Opción 1 podría haber más flexibilidad en la prestación de las partes específicas del programa, por ejemplo, podría ser un curso impartido directamente o con una parte de educación a distancia.
- Un posible efecto perjudicial sobre los programas de estudio es que los profesores de partería enseñarían durante sus prácticas docentes, antes de haber perfeccionado completamente su conocimiento de la partería. Los conocimientos básicos, entonces, podrían ser inadecuados en el inicio de las prácticas docentes.

## 4. INSTITUCIONES DOCENTES, TÍTULOS Y PERSONAL REQUERIDO PARA EL PROGRAMA DE PROFESORES DE PARTERÍA

### 4.1 Instituciones docentes

Se propone que la formación de los profesores de partería encaje en el sistema educativo existente en cada país, por ejemplo universidades, escuelas u otras instituciones con recursos para la realización del programa y que sean capaces de otorgar los diplomas o títulos.

## 4.2 Acreditación del aprendizaje y títulos

Se acreditarán todos los programas de profesores de partería.

Se impulsarán vías que permitan a los profesores progresar académicamente una vez finalizado el programa, si así lo desean, hasta que adquieran suficientes créditos para que les sea otorgado un título superior, una licenciatura por ejemplo si el programa de profesores de partería no estuviera a este nivel, y con el tiempo un doctorado. Esto es crucial, ya que se necesitan parteras profesionales con título y conocimientos de materias afines, especialmente para enseñar en los programas avanzados/ posteriores a los básicos de partería y en los programas de profesores de partería. De manera análoga, se necesitan parteras profesionales con títulos docentes para enseñar en los programas de profesores de partería, y para el diseño y elaboración de los planes de estudios, de manera que los países con recursos limitados puedan elaborar y examinar críticamente sus propios planes de estudios para todos los programas de partería.

## 4.3 Personal

### *4.3.1 Estudios avanzados/posteriores a los básicos de partería dentro del programa de profesores de partería*

PROFESORES DE PARTERÍA. Es importante que los mismos profesores de partería participen activamente en los programas de formación para lo que deben estar bien preparados. Es obligatorio que hayan seguido un programa oficial de partería avanzado que le permitirá obtener un diploma o un título reconocido. Si en el país donde se desarrolla el programa de profesores de partería no hay programas apropiados reconocidos con un título oficial, se recomienda que los profesores de partería seleccionados para enseñar en el programa de profesores se formen asistiendo a los programas apropiados en el extranjero.

#### OTRO PERSONAL DOCENTE

- Profesores de ciencias biológicas y de la conducta.
- Personal médico con experiencia en obstetricia, pediatría neonatal, salud comunitaria y otras materias podrían participar en la enseñanza tanto de la teoría como de la práctica.
- Profesores de otras especialidades como nutricionistas, farmacéuticos, epidemiólogos, así como investigadores y gestores en puestos de responsabilidad de los servicios de salud.

### *4.3.2 Docencia dentro del programa de profesores de partería*

PROFESORES DE PARTERÍA. Los profesores de partería que tengan los méritos y pericia necesaria participarán como profesores en el plan de estudios común de la parte docente del programa, y tendrán la responsabilidad de aplicar los principios enseñados en el plan de estudios común de la formación de partería. También acordarán los establecimientos para las prácticas docentes de los estudiantes para profesores de partería y harán un seguimiento y evaluación del progreso de estas tanto en el aula como en las áreas clínicas.

OTRAS DISCIPLINAS. Se recurrirá con frecuencia a los profesores para adultos así como a las tecnologías de la información y los dispositivos audiovisuales para la enseñanza de las asignaturas de la parte docente del programa.

## 5. PLAN DE ESTUDIOS

### 5.1 Equipo de gestión del programa (EGP)

Debe establecerse un equipo de gestión del programa (EGP) para planificar el plan de estudios. Además será responsable del seguimiento y evaluación del programa y del perfeccionamiento posterior como respuesta a los hallazgos.

#### 5.1.1 Miembros del EGP

Los miembros del equipo de gestión del programa serán profesores de partería activos, parteras profesionales que ocupan puestos de responsabilidad en áreas clínicas, profesores de partería, personal médico, un profesor de enfermería, un administrador, pedagogos del sector de la enseñanza superior y un bibliotecario. El número de miembros del EGP debe ser como máximo 15, aunque pueden nombrarse personas con conocimientos y experiencia para asistir a algunas reuniones. Los profesores de partería deben estar especialmente bien representados en todas las reuniones del equipo.

### 5.2 Filosofía del programa

La filosofía que respalda el programa debe estar claramente expuesta, y se basará en las áreas esbozadas más abajo y en otros factores adicionales que se consideren importantes. La filosofía debe reflejarse a lo largo de la elaboración y puesta en práctica del programa, y por consiguiente debe ser realista y factible.

Teniendo en cuenta la filosofía, el equipo puede desear reflejar:

- La filosofía de la asistencia de partería.
- Las políticas nacionales y locales de atención sanitaria que afectan a la asistencia de partería.
- Otras políticas y factores que afectan a las mujeres y niños pequeños, concretamente a su salud y bienestar.
- La filosofía de la educación.
- Las políticas docentes que afectan a la preparación de profesores de partería.
- Otras políticas y temas que afectan a las parteras profesionales y su formación.
- Las perspectivas internacionales, por ejemplo la Iniciativa para una Maternidad Segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- La influencia de la investigación sobre el programa.
- La elección del marco del plan de estudios (véase 5.3).

### 5.3 Marco/modelo del plan de estudios

Un marco o modelo es una representación de algo que se expone generalmente de forma gráfica (Quinn, 1989). El modelo elegido refleja y resalta los valores y creencias de la institución y el enfoque del personal sobre la enseñanza (anexo 1).

### 5.4 Objetivos y resultados de aprendizaje perseguidos

Los objetivos generales del programa serán formulados por el equipo de gestión del programa y especificarán los propósitos que los profesores quieren lograr. Están seguidos de objetivos más específicos y resultados de aprendizaje

perseguidos para cada parte del programa, es decir para cada módulo o unidad didáctica, que expresa lo que se espera que los estudiantes aprendan.

## 5.5 Contenido del programa

Se deben tener en cuenta los siguientes estadios cuando se tomen decisiones acerca del contenido del programa:

- (i) El conocimiento y las aptitudes necesarias para que las parteras profesionales sean profesoras eficaces.
- (ii) La organización y entrega de conocimiento y aptitudes en un programa.
- (iii) La evaluación para determinar hasta qué grado se han alcanzado los objetivos y los resultados de aprendizaje perseguidos.

### 5.5.1 Estudios de partería

Para enseñar eficazmente es esencial que los profesores de partería tengan un conocimiento exhaustivo de la partería y otras ciencias afines y sean profesionales capacitados. El programa debe estar diseñado para que se desarrollen y amplíen los conocimientos y aptitudes ya presentes. Los conocimientos y las aptitudes requeridas por los profesores de partería se esbozan más adelante, pero los países pueden querer agregar o suprimir asignaturas de acuerdo con sus propios criterios para la selección del contenido del plan de estudios.

**Teoría:** El contenido de las áreas generales incluye:

- Aptitudes para el estudio.
- Ciencias conductuales y biológicas relacionadas con la práctica de la partería.
- El proceso de investigación.
- Epidemiología, temas de salud comunitaria, políticas sanitarias y prestación de los servicios.
- Partería especializada basada en la investigación y temas relacionados, entre otros la planificación familiar, la ginecología y la salud de la mujer.
- Ejercicio profesional de la partería basado en la investigación.
- Aptitudes para salvar vidas.
- Cuestiones profesionales de partería, por ejemplo la comunicación interpersonal y las aptitudes aconsejadas, la garantía de calidad, inspección clínica, legislación, reglamentación, supervisión, ética y perspectivas internacionales.

**Práctica clínica.** Las indicaciones para la práctica clínica incluyen:

- Periodos de experiencia clínica planificados cuidadosamente para lograr resultados positivos de aprendizaje. El estudiante, al hablar con su tutor y el supervisor clínico, puede formular contratos de aprendizaje que satisfagan sus necesidades individuales (anexo 2). Debe considerarse la experiencia en la comunidad y los centros de salud primaria, así como el trabajo en los hospitales.
- Visitas a las áreas clínicas con objeto de recopilar datos para las sesiones de enseñanza y aprendizaje.
- Enseñanza clínica.
- Observación y práctica supervisada para aprender aptitudes para salvar vidas.

### 5.5.2 Estudios de docencia

El contenido a tener en cuenta para esta parte del programa incluye:

- Enseñanza y aprendizaje.
- Las cualidades de un buen profesor.
- Aptitudes de comunicación, tanto verbales como no verbales.

#### DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN DE ESTUDIOS

- Evaluación previa y posterior.
- Temas de gestión en la educación.
- La práctica de la enseñanza.
- La formación profesional continua.

### 5.6 Establecimientos para la práctica docente

Se recomienda que los estudiantes para profesores de partería tengan un mínimo de 480 horas de práctica docente en sus establecimientos con un mínimo de 48 horas en las aulas, más la docencia en las áreas clínicas. Inicialmente, esto deberá supervisarse y los estudiantes requerirán retroalimentación positiva de su mentor/ supervisor, pero a medida que ganen experiencia y confianza —al final de las prácticas docentes— podrán enseñar sin supervisión. También tendrán sesiones cortas de micro-enseñanza con el grupo de compañeros del programa, cuando reciban retroalimentación positiva antes de comenzar a enseñar a los estudiantes en una escuela de partería.

#### 5.6.1 Selección de las instituciones para los establecimientos docentes

Es útil que el personal en las instituciones elegidas como establecimientos para enseñar (incluidas las organizaciones no gubernamentales (ONG) llene un cuestionario para que los organizadores del programa de profesores puedan contar con un perfil de la institución. La selección de los sitios destinados a la docencia dependerá de criterios como:

- Disponibilidad de experiencia docente.
- Variedad de programas.
- Número de estudiantes.
- Número de los profesores de partería en la institución y su experiencia.
- Recursos disponibles para la enseñanza y el aprendizaje, como por ejemplo el material de enseñanza, modelos, material audiovisual, biblioteca, videos, computadoras, etc.
- Disponibilidad de las áreas y experiencia clínica.
- Proximidad al lugar de residencia de los profesores estudiantes y posibilidad de transporte, en caso necesario.

Cada estudiante para profesor necesita un establecimiento dentro de la institución donde tiene lugar la formación de partería. En algunos países puede ser aconsejable facilitar experiencia a los estudiantes en una segunda institución, quizás hacia el final de su programa, cuando se sientan más seguros. Se seleccionará un profesor experimentado de partería en la institución donde están los estudiantes, que será su mentor/ supervisor.

### ***5.6.2 Preparación de mentores/supervisores***

Se recomienda que la institución responsable de la formación de los profesores de partería prepare a los mentores /supervisores para su función de supervisar y evaluar a los profesores estudiantes.

En la preparación de los mentores /supervisores se tomarán en cuenta los siguientes campos:

- Información acerca del programa de estudiantes para profesores.
- Experiencia requerida por los estudiantes durante su estancia en el establecimiento docente. Deben participar en todos los aspectos de la función del profesor de partería, así como en la enseñanza en las aulas y áreas clínicas.

Función del mentor /supervisor

- Los procedimientos de evaluación y las herramientas para evaluar la enseñanza clínica y en el aula.
- Contacto con un profesor de partería en la institución donde tiene lugar el curso de los profesores (llamado en adelante profesor de partería de enlace).
- 

Posteriormente debe haber diálogo constante entre los profesores de partería de enlace y los mentores/ supervisores para tratar cuestiones del programa, el progreso de los estudiantes o cualquier problema que surja. Un espíritu de colaboración beneficia a ambas partes y, en particular, a los estudiantes.

### ***5.6.3 Organización de la práctica docente***

En condiciones ideales debería haber periodos cortos de orientación y observación en los establecimientos docentes las doce primeras semanas del programa de profesores, seguidos posteriormente de bloques más largos.

Deberán enunciarse claramente los resultados del aprendizaje de cada periodo en el establecimiento docente. También se alentará a los estudiantes para que escriban un diario donde se reflejen los incidentes significativos que han ocurrido, por ejemplo, cómo ella/el (o uno de los otros tutores) reaccionarían frente a un estudiante que perturba el orden en clase, o un problema de relación ocurrido entre el personal. La reflexión y exposición de estos incidentes con su grupo de compañeros y tutor en el retorno a sus clases (sin revelar los nombres de los individuos pertinentes) promueve el aprendizaje basado en los incidentes. El uso de contratos de aprendizaje formulados por el estudiante y tratados con el mentor /supervisor durante las prácticas docentes en los establecimientos, también ayuda al aprendizaje (anexos 2 y 3).

Se requerirán evaluaciones de la enseñanza, tanto en el aula como en las áreas clínicas. Se recomienda que el profesor de partería de enlace de la institución que organiza el programa realice algunas de las evaluaciones, y el resto son llevadas a cabo por el mentor/supervisor del estudiante. Si la distancia o los viajes impiden que el profesor de enlace realice las evaluaciones, ella o el deberán evaluar las sesiones de micro enseñanza en la institución donde está basado el curso. A los mentores y supervisores se les pedirá que redacten los informes provisionales y finales sobre el progreso de sus estudiantes.

## 6. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

El programa puede organizarse en módulos o en unidades didácticas enlazadas por temas.

### 6.1 Módulos

Jarvis (1995) define los módulos como cursos individuales que constan de un número especificado de horas de aprendizaje que se espera que un estudiante cumpla. Una de las ventajas de un programa modular es que es flexible y permite a los estudiantes la elección de algunos módulos, aunque hay generalmente un grupo de módulos que es obligatorio. Los módulos pueden variar en la duración de las horas de aprendizaje y también en el periodo de tiempo en el que se extiende el aprendizaje. Cada módulo se evalúa al final y se otorga una acreditación cuando se supera con éxito.

La planificación cuidadosa asegura que los módulos se realicen en una secuencia lógica, que no se impartan más de 2 a 4 a la vez y que haya un mínimo de tres semanas entre las evaluaciones que tienen lugar al final de cada módulo.

### 6.2 Unidades didácticas y temas

Otra posibilidad es organizar el programa en unidades didácticas o fases, y en ellos se pueden tratar temas que abarcan sobre más de una asignatura. La duración de las unidades puede ser variable e incluir tanto teoría como práctica. Los estudiantes son evaluados al finalizar cada unidad y se acredita el aprendizaje.

## 7. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS Y DE APRENDIZAJE

Los estudiantes para profesores de partería son alumnos adultos que llevarán al curso riqueza vital y experiencia profesional. Está ampliamente reconocido que los estudiantes adultos aprenden más eficazmente al involucrarse activamente en su propio aprendizaje (Knowles, 1989). Los métodos centrados en el estudiante son los métodos didácticos de aprendizaje más eficaces (Boud, 1991). También ayuda a los estudiantes a asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje a desarrollar el gusto por aprender durante toda la vida, una característica esencial de los profesores de partería.

Los métodos centrados en el estudiante incluyen:

- Aprendizaje basado en la solución de problemas.
- Estudios de casos.
- Discusión y otros tipos de trabajo en grupo.
- Presentación de seminarios.
- Aprendizaje experimental (incluye representación de papeles, simulación y juego).
- Talleres.
- Proyectos.

Los métodos centrados en el profesor incluyen:

- Conferencias.
- Demostraciones.
- Programas de instrucción.

El aprendizaje basado en la solución de problemas es descrito por Boud del siguiente modo:

*La idea principal detrás del aprendizaje basado en la solución de problemas es que el punto de partida para aprender debe ser un problema, una consulta o un rompecabezas que el alumno desea resolver (Boud, 1985)... es por consiguiente una forma de enseñar que usa problemas como estímulo para la actividad del estudiante (Boud, 1991). Para que el aprendizaje basado en la solución de problemas sea eficaz, los estudiantes necesitan tener acceso a un profesor que actúe como facilitador y pueda proporcionar o guiar hacia algunos recursos, aunque también se espera que busquen recursos por sus propios medios. Al final del proceso se resume e integra el aprendizaje en el conocimiento y las aptitudes ya existentes en los estudiantes. —(Carretilas y Tamblin, 1980).*

Este método de aprendizaje es particularmente apropiado para los profesores de partería porque usan activamente el conocimiento que tienen de ella, la educación y temas relacionados, amplía sus conocimientos y las aptitudes en el contexto en el cual el conocimiento se utilizará y promueve el aprendizaje independiente y reflexivo. La experiencia de este método de aprendizaje en su formación los ayudará a usarlo eficazmente con sus estudiantes una vez que sean profesores titulados.

## 8. ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Una estrategia de evaluación válida y fiable es esencial para asegurarse de que los estudiantes logren el conocimiento y aptitudes requeridas para ser profesores de partería competentes. La estrategia de evaluación debe incluir tanto la teoría como la práctica en ambas partes del programa: partería y docencia. Se debe decidir si habrá exámenes durante o al final del programa; evaluación continua; o una combinación de ambos sistemas de evaluación.

En un programa modular es normal que los estudiantes se evalúen durante y a la finalización de cada módulo y deben usarse varios métodos de evaluación a lo largo del curso.

### 8.1 Validez y fiabilidad de las evaluaciones

Cualquiera que sea la estrategia de evaluación seleccionada, es importante que sea:

- Apropiaada para el conocimiento o las aptitudes a evaluar (es decir, válida).
- Adecuada al nivel.
- Suficientemente espaciada a lo largo del programa.
- Puntuadas/valoradas usando criterios claros y herramientas de evaluación bien formuladas.

- Puntuadas/valoradas por miembros apropiados del personal; se recomienda la puntuación doble ciego, si fuera posible (es decir, la tarea será evaluada por un segundo corrector que no conoce los puntos asignados por el primero) para comprobar que los puntos asignados son consistentes.
- Moderada por asesores de otra institución seleccionados cuidadosamente, es decir, los examinadores externos.
- Repetida, si el estudiante no consigue los requisitos básicos necesarios.
- Deben formularse criterios claros para los resistentes, como por ejemplo el número de veces que un estudiante puede ser evaluado, la puntuación mínima aceptable y la máxima que puede otorgarse para alguien que se vuelve a presentar.

Tanto los estudiantes como los profesores del curso deben conocer las normas y los criterios para cada evaluación.

## 8.2. Métodos de evaluación

Los métodos de evaluación deben ser variados y rigurosos y pueden contener uno o todos de los siguientes ejemplos:

- Ensayos.
- Críticas de investigación.
- Presentaciones de seminarios seguidas de un debate y un resumen escrito.
- Estudios de casos de partería.
- Proyectos.
- Exámenes.
- La observación de la práctica clínica seguida de un debate.

La parte docente del curso puede incluir alguno de los métodos anteriores, pero también debe centrarse principalmente en la enseñanza y el aprendizaje. A continuación se dan algunos ejemplos de evaluación:

- Paquete de recursos didácticos.** Podría incluir:
  - Justificación de la educación.
  - Público al que va dirigida.
  - Esquema del tema.
  - Material didáctico preparado por el estudiante que ayudará a promover el aprendizaje durante la clase, con justificación de la elección de la ayuda y explicación de cómo se usará.
- Trabajo escrito.** Podría contener, por ejemplo, un análisis de tres métodos didácticos que el estudiante ha usado u observado durante su formación docente, indicando los puntos fuertes y débiles de cada uno y comentando su uso en la docencia de la partería.
- Reflexiones sobre la práctica docente.** Se le podría exigir al estudiante que, por ejemplo, registrara varios incidentes significativos que hayan ocurrido durante las prácticas docentes en los establecimientos (por ejemplo, acontecimientos en el aula, área clínica o asuntos de relaciones). El estudiante reflexionará sobre estos incidentes, usando el ciclo reflexivo (anexo 3) y especificará, después de un análisis, lo que ha aprendido de los incidentes y qué medidas tomaría si situaciones similares surgieran nuevamente.
- Evaluación de la práctica clínica.** El estudiante para profesor diseñará, por ejemplo, una herramienta

de valoración para la evaluación clínica, explicará y justificará su diseño, realizará una evaluación clínica bajo supervisión, enviará retroalimentación al estudiante, completará el formulario de evaluación y escribirá una crítica de su propia actividad y de la herramienta como si fuera un asesor.

- e. **Proyecto del plan de estudios del grupo.** Los estudiantes se dividirán en grupos pequeños de unos cuatro para formar un “mini” equipo de gestión del programa, y diseñar el plan de estudios para un corto programa de formación, o una parte de un programa, sobre uno de los aspectos de la salud materna o infantil. Cada grupo presentará su plan de estudios al resto de la clase y será evaluado por los compañeros y el personal docente, usando los criterios decididos previamente. Si hay estudiantes suficientes de una institución pueden desear diseñar una parte de un plan de estudios para su escuela.
- f. **Evaluaciones de la enseñanza.** Cada institución decidirá el número de evaluaciones de la enseñanza que llevarán a cabo. Cuando sea posible se llevarán a cabo por el mentor/ supervisor del estudiante o por el profesor de partería de enlace de la institución que lleva a cabo el programa de los profesores. Se evaluará la enseñanza tanto en el aula como en la clínica.

### 8.3 Gestión del proceso de evaluación

- Las instituciones que llevan a cabo los programas de profesores redactarán normas claras para la evaluación, que se harán llegar a todos los asesores y estarán disponibles para los estudiantes.
- Se establecerá una junta de examinadores del curso compuesta por el jefe del programa, el director del departamento, los profesores y asesores del programa, el administrador del curso y los examinadores externos. Los representantes del equipo de gestión del programa también deben ser miembros de la junta, si no están incluidos entre los anteriores.

Las responsabilidades de la junta son:

- Asegurarse de que se hagan los trámites necesarios para fijar y puntuar todas las evaluaciones o exámenes del curso.
- Reunirse regularmente para comentar y decidir las puntuaciones/títulos que serán otorgados a cada estudiante después de las evaluaciones o exámenes.
- Encomendar los títulos a las juntas apropiadas de las instituciones.
- Considerar y formular las recomendaciones sobre cualquier problema en el proceso de evaluación o problemas de los estudiantes relacionados con la evaluación.

## 9. GARANTÍA DE CALIDAD

### 9.1 La calidad en la educación

Se evalúa midiendo lo que se aporta y comparándolo con lo que se espera. Si esto revela deficiencias o debilidades en la provisión de la formación —por ejemplo, bajo nivel del personal, normas de enseñanza deficientes o recursos insuficientes —deberá hacerse todo lo posible para corregirlas.

Los principales asuntos que deben considerarse en lo relativo a la calidad en la educación son descritos por Wit (1993) y están enumerados a continuación:

- Política.
- Personal.
- Cursos (por ejemplo, el programa de profesores).
- Comercialización.
- Enseñanza y aprendizaje.
- Los resultados (notas).

Algunos de los métodos de evaluación de la calidad del programa de formación de profesores se esbozan más adelante, pero no se puede considerar como una lista completa.

### 9.2 Evaluación del curso

Los estudiantes deben tener la oportunidad de evaluar el curso a intervalos regulares durante y al final del programa.

Los métodos de evaluación pueden ser:

- Discusiones informales en grupo con personal docente.
- Observaciones escritas o cuestionarios.
- Una muestra aleatoria de entrevistas no estructuradas.

Los datos obtenidos a partir de las evaluaciones deben incluir todos los aspectos del programa y se remitirán al equipo de gestión del programa que emitirá una respuesta y tomará las decisiones adecuadas de acuerdo con la evolución actual del curso. Las copias de las evaluaciones también deberán enviarse al director del departamento de la institución donde se lleva a cabo el curso.

### 9.3 Inspección de las zonas clínicas y establecimientos docentes asignados a los estudiantes durante el curso

Deben crearse herramientas para la inspección anual de las áreas clínicas e instituciones didácticas destinadas a establecimientos para los estudiantes. Posteriormente se seleccionarán los establecimientos en función de los resultados de la inspección, y de la valoración hecha por estudiantes anteriores si ya se han usado estos establecimientos previamente.

### 9.4 Juntas del curso

El equipo de gestión del programa tiene bajo su responsabilidad el examen del programa, y que tanto el grupo como la junta de examinadores compartan la responsabilidad de revisar los estándares logrados por los estudiantes.

Además de la supervisión informal, se sugiere que debe haber una revisión por parte de todo el personal incluido en el programa al final de cada curso. Se incluirá retroalimentación de los que aportan elementos teóricos y prácticos al programa, de los estudiantes y de los examinadores externos. Debe realizarse también un examen del nivel del personal y de los conocimientos teóricos y prácticos disponibles, así como de los recursos al alcance para el año siguiente.

Cada cinco años el programa debe revisarse a fondo. En una institución de enseñanza superior un programa nuevo o revisado normalmente tiene que pasar por un proceso de validación. Esto significa que el nuevo programa es presentado por el equipo de gestión del programa a un panel de validación que lo examinará detalladamente y decidirá si cumple las normas necesarias o debe validarse de nuevo.

Los datos obtenidos a partir de los mecanismos establecidos para la garantía de calidad pueden conducir a preguntas o hipótesis para investigación.

### **9.5 Evaluación del rendimiento individual**

La evaluación anual del rendimiento individual se recomienda para todo el personal que contribuye al programa de formación de profesores de partería de forma sistemática. Normalmente esta evaluación se lleva a cabo por un miembro de la jerarquía del departamento de personal. Se identificarán los puntos fuertes y débiles y las estrategias creadas para continuar con el perfeccionamiento profesional.

## **10. RECURSOS**

### **10.1 Institución docente**

La provisión de los recursos adecuados para realizar un curso de profesores de partería es esencial e incluye la dotación de personal docente bien formado, bibliotecarios, personal para los recursos audiovisuales y personal administrativo, aulas bien equipadas, espacio para los seminarios, material variado de enseñanza audiovisual y otros tipos, así como instalaciones con computadoras y una biblioteca bien abastecida. Además debe haber lugares para que estudiantes y personal tomen un refrigerio, y puede ser necesario un medio de transporte si no hay ningún otro apropiado para los estudiantes que se desplazan a los establecimientos docentes. Si el programa no se ofrece en una institución de enseñanza superior simultáneamente con otros programas de preparación de profesores de adultos y enseñanza superior, entonces deberá vincularse a una institución de este tipo.

### **10.2 Establecimientos**

Será necesario un número suficiente de establecimientos clínicos adecuados para proporcionar a los estudiantes experiencia en partería, incluidas las aptitudes para salvar vidas, y la enseñanza clínica. Para la práctica docente se requerirán establecimientos dentro de las escuelas de partería o enfermería donde haya parteras profesionales o enfermeras estudiantes de partería.

El número de profesores estudiantes asignado a cada establecimiento debe armonizar con las posibilidades de cada establecimiento. La mayoría de ellos solo podrán ofrecer experiencia suficiente y buena supervisión para dos o tres

estudiantes. La institución docente que organiza el curso de profesores tendrá, por consiguiente, que crear enlaces con diversas áreas clínicas y escuelas de partería que podrían acoger a los estudiantes.

Una inspección de las áreas clínicas y escuelas de partería ayudará a los organizadores del curso de profesores a seleccionar los establecimientos apropiados.

### ***10.2.1 Inspección para evaluar la idoneidad de los establecimientos clínicos y docentes***

La siguiente información será necesaria para llevar a cabo una inspección:

- Tipo de centro de salud y número de camas de maternidad disponibles.
- Número de partos por año.
- Grado de experiencia que se puede adquirir, incluida la experiencia de las complicaciones que requieren aptitudes para salvar vidas.
- Número y pericia del personal médico y de partería para la enseñanza clínica y supervisión de los profesores estudiantes.
- Instalaciones disponibles para la asistencia a los enfermos.
- Equipo, dotaciones y recursos disponibles para la atención de partería, obstétrica y neonatal.
- Acceso a las instalaciones de la comunidad y personal involucrado en la salud maternoinfantil en la comunidad.
- Accesibilidad a los establecimientos de salud (hospital y comunitarios).
- Disponibilidad de transporte, en caso necesario.
- Alojamiento para el profesor estudiante, en caso necesario.
- Informe anual, si lo hay, o la estadística anual vital y de otro tipo en relación con la atención de las mujeres en edad de procrear y los lactantes.

### ***10.2.2 Información necesaria para seleccionar los sitios de práctica docente***

- Número y tipo de programas de formación de partería proporcionados en la institución.
- Otros programas de formación afines proporcionados en la institución, por ejemplo, la asistencia materna para los estudiantes de enfermería, los programas de formación continua de partería, los programas de formación para las parteras profesionales tradicionales y los programas de planificación familiar.
- La provisión de programas de formación de parteras profesionales u otros trabajadores de la salud con estudios que tienen la máxima responsabilidad en la atención médica de la madre, constituye un requisito esencial para la selección del establecimiento de enseñanza para los profesores de partería.
- Número de estudiantes en los diversos programas de formación.
- Número de profesores de partería en la institución, y un breve currículum vitae de cada uno de ellos.
- Número de otros profesores en la institución y sus competencias.
- Instalaciones disponibles, por ejemplo las aulas, los espacios de discusión, otros lugares didácticos y la biblioteca.
- Equipo y recursos disponibles para la enseñanza y el aprendizaje.
- Disponibilidad de la institución.
- Posibilidad de transporte, si es necesario.
- Alojamiento para el profesor estudiante, si es necesario.
- Informe anual o estadísticas de la institución, y en particular de los estudios de partería.

## 11. OPCIONES PARA LA PROVISIÓN DE PROGRAMAS PARA LOS PROFESORES DE PARTERÍA

En muchos países hay dificultades para encontrar los recursos necesarios para proporcionar programas educativos apropiados de formación de profesores de partería. No obstante, es esencial disponer de un número suficiente de profesores bien preparados para formar a parteras profesionales competentes, que sean capaces de prestar asistencia segura y especializada a las mujeres y sus lactantes, y reducir de ese modo la mortalidad y morbilidad ligadas al parto. Esta sección por consiguiente incluye varias opciones para la formación de profesores de partería que podrían ser interesantes para los países.

### 11.1 OPCIÓN 1. Programas nacionales

Cada país proporciona su propio programa o programas para la preparación de profesores de partería:

- 11.1.1 Para los profesores de partería exclusivamente.
- 11.1.2 Para los profesores de partería junto con otros profesionales de asistencia sanitaria que se están preparando para convertirse en profesores de su especialidad, por ejemplo, enfermeras, fisioterapeutas, etc.
- 11.1.3 Para los profesores de partería, otros profesionales de asistencia sanitaria y otras disciplinas que se están preparando para convertirse en profesores de adultos, por ejemplo, para enseñar historia, economía etc.

Es importante señalar que solo podría compartirse con otros grupos profesionales la parte docente del programa. La parte correspondiente a los estudios avanzados de partería tendría que ser completada antes del inicio de la parte 2 del programa, que es la docente.

### 11.2 OPCIÓN 2. Programas entre países

La escasez de recursos puede hacer imposible que algunos países ofrezcan programas de formación de profesores de partería. Por consiguiente, se sugiere que dos o más países de la misma región combinen sus recursos limitados y ofrezcan un programa compartido. Un mayor número de estudiantes ayudaría a hacer el programa viable.

Este programa puede estar:

- 11.2.1 Situado en uno de los países.
- 11.2.2 Situado en los dos países, por ejemplo, la parte relativa a los estudios avanzados de partería podría estar en un país y la parte docente en el otro.
- 11.2.3 La parte docente del programa podría compartirse con otras disciplinas de los países participantes, según se propone en los apartados anteriores 11.1.2 y 11.1.3 .

En cualquiera de las opciones la financiación será acordada y compartida entre los gobiernos participantes.

Los temas a tener en cuenta si se planifican los programas entre países son:

- Selección del país o países donde el curso estaría basado.
- El recurso de educación a distancia para una o toda la parte correspondiente a los estudios de partería del programa; habría que realizar ajustes especiales para la práctica clínica, por ejemplo las aptitudes para salvar vidas.
- La posibilidad de organizar el programa de modo que los estudiantes regresen a su propio país para las prácticas docentes principales.
- Los problemas de idioma.
- Las diferencias culturales que pueden enriquecer el curso, pero también pueden conducir a malentendidos.
- La inclusión en la planificación y elaboración del programa actual de todos los países que desean colaborar en la provisión del curso.
- Acuerdo sobre el plan de estudios, la acreditación y los títulos.
- Las formas de establecer buenas comunicaciones entre los países que participan en la provisión del programa de profesores de partería.
- El costo y los acuerdos entre los países en torno a los presupuestos.

### 11.3 OPCIÓN 3. Implicación de los países desarrollados en la formación de profesores de partería

Los países desarrollados pueden ofrecer plazas de estudio a los estudiantes para profesores de partería extranjeros. Esta no es la mejor solución a largo plazo para la educación de los profesores de partería de los países con recursos limitados, pero puede ser una medida provisional para ayudar a establecer un programa de profesores en esos países. Los profesores de partería así formados podrían estar preparados para enseñar en un curso de profesores realizado en su país de origen, o supervisar a los profesores estudiantes en sus establecimientos.

La implicación de un país desarrollado también podría organizarse de muchas otras maneras, por ejemplo, proporcionando consultores/ asesores, profesores visitantes, asistencia en el desarrollo de paquetes de educación a distancia, evaluación previa y posterior del programa y visitas de intercambio para los estudiantes y el personal.

Un prerrequisito para este modelo sería tener buenas aptitudes en el idioma en el que se enseña el curso.

## 12. FORMACIÓN PROFESIONAL CONTINUA DE PROFESORES DE PARTERÍA

Una vez finalizado el programa de profesores de partería, las parteras o expertos profesionales o parteros deben mantenerse al día en el ejercicio de la partería basada en la investigación y en la teoría y práctica docente. Con el ritmo de cambio en el mundo, sin embargo, necesitarán trabajar mucho para mantenerse actualizados y esto será especialmente difícil para los que no tienen acceso a buenas bibliotecas y a la tecnología de la información. El aislamiento creado por la falta de estímulo para debates con profesionales de otras instituciones y la posibilidad de compartir ideas y asistir a sesiones de estudio, puede contribuir a la falta de conocimientos actualizados y a la pérdida de motivación y entusiasmo de los profesores de partería. En consecuencia, la posibilidad de tener periodos regulares de formación profesional continua es esencial, y se recomienda que todos los profesores de partería tengan un periodo mínimo especificado a intervalos regulares para continuar la formación profesional, por ejemplo, cada tres años.

## BIBLIOGRAFÍA

Barrows HS. y Tamblyn RM. *Problem-Based Learning Methods: An Approach to Medical Education*. Springer, Nueva York, 1980.

Boud DJ. *Problem-Based Learning in Perspective*, in Boud DJ (ed) *Problem-Based Learning in Education for the Professions*. Sydney, Higher Education Research and Development Society of Australasia, 1985.

Boud DJ y Feletti G. *The Challenge of Problem-Based Learning*. Londres, Kogan Page, 1991.

de Wit P. *Approaches to Good Practice in Quality Assurance in University Continuing Education*. University of Birmingham, UK, Universities Association for Continuing Education Working Paper 3., 1993.

Jarvis P. *Adult and Continuing Education*, 2nd ed. Londres, Routledge, 1995.

Knowles, MS. *The Making of an Adult Educator*. San Francisco, Jossey Bass, 1989.

Langenbach M. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall, 1988.

Lawton D. *Curriculum Studies and Educational Planning*. Londres, Hodder and Stoughton, 1983.

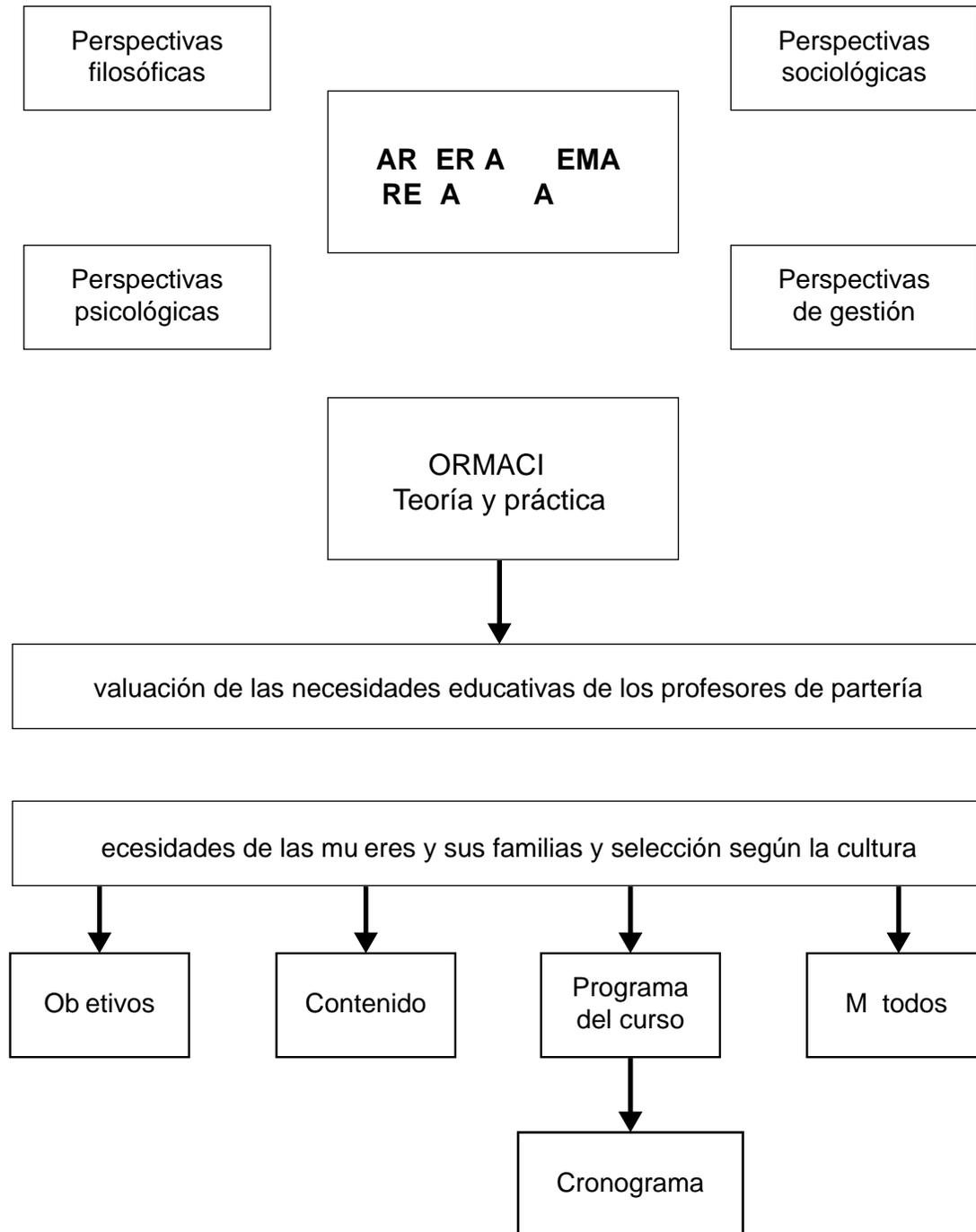
Quinn FM. *The Principles and Practice of Nurse Education*. Londres, Chapman & Hall, 1989.

Shaw CD. *Introducing quality assurance*. King's Fund Project Paper No 64. Londres, King's Publishing House, 1986.

Stenhouse L. *An Introduction to Curriculum Research and Development*. Londres, Heinemann, 1975.

**ANEXO 1/ Modelo del plan de estudios**

Elaborado a partir del modelo de análisis cultural (1975) de Lawton para un programa de formación de partería.



**ANEXO 2/ Contrato de aprendizaje**

El siguiente es un ejemplo de un tipo de contrato de aprendizaje:

**Objetivo de aprendizaje:**

**Estrategia:**

**Recursos de aprendizaje:**

¿Quién puede ayudar?

¿Qué hay disponible?

**Evidencias del logro:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

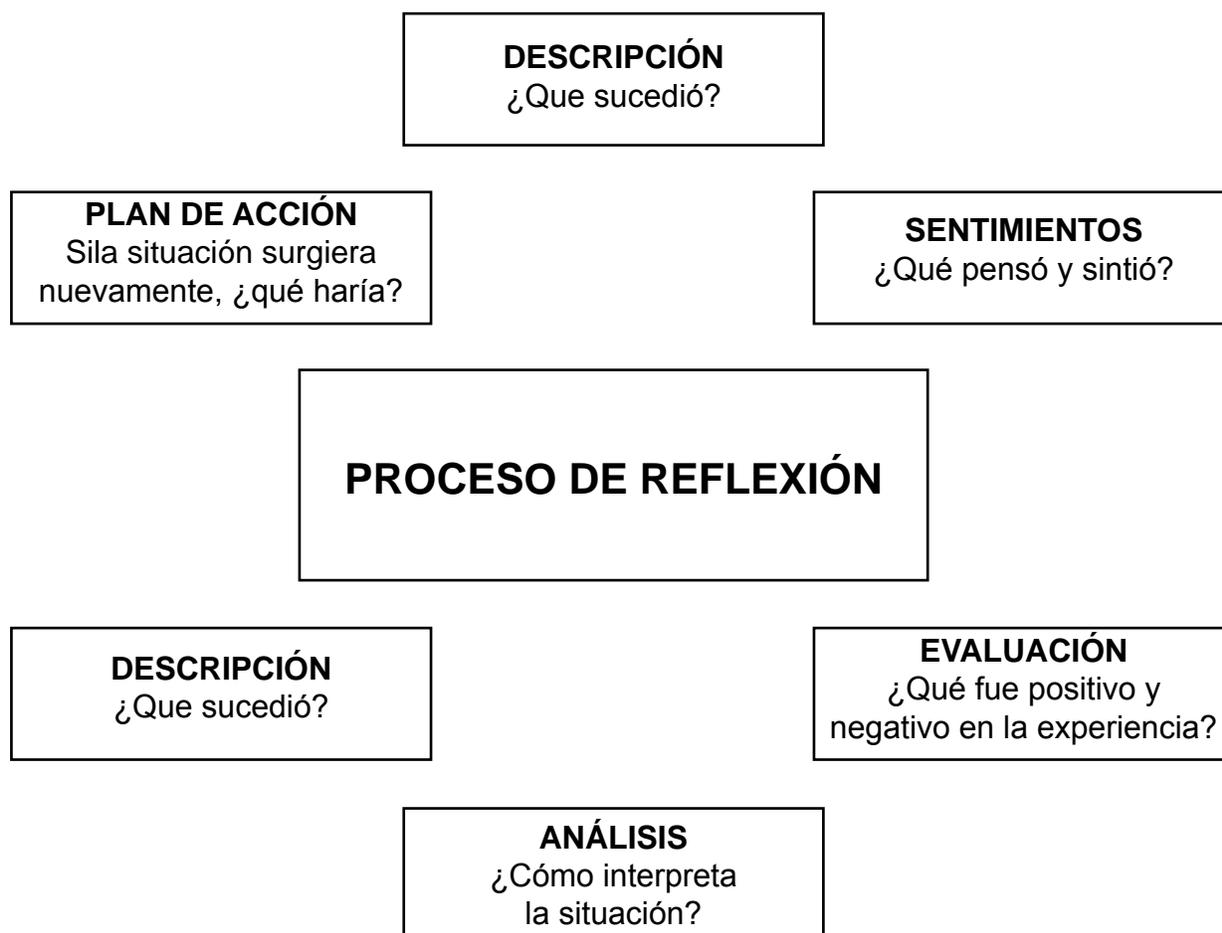
**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de tutor/ mentor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 3/ CICLO REFLEXIVO

**Definición**

La reflexión es un proceso de examen de una experiencia práctica para describir, analizar y con ello informar sobre el aprendizaje relativo a la práctica.



**ANEXO 4/ Competencias de los profesores de partería**

La siguiente lista de verificación puede usarse como una forma de auto evaluación o como parte de un perfil de evaluación de profesores. La lista de aptitudes se amplía para incluir los conocimientos que el profesor debe poseer para practicar esta habilidad al nivel requerido, y las habilidades de actitud necesarias para respaldar la práctica.

Aptitud	Conocimiento	Actitud	Siempre	No	Incierto
Practicar todas las aptitudes clínicas de partería con gran dominio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciencias biológicas y sociales que sustentan la partería a un nivel avanzado</li> <li>• Asignaturas de partería de nivel avanzado</li> <li>• Aplicación de los resultados de investigación en la práctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional reflexivo</li> <li>• Empático</li> <li>• Centrada en la mujer y el recién nacido</li> <li>• Aplicación de la ética profesional</li> </ul>			
Llevar a cabo investigación sencilla usando metodologías cualitativas y cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiología básica</li> <li>• Estadística básica</li> <li>• Marco analítico</li> <li>• Recursos de investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minucioso</li> <li>• Considerado</li> <li>• Analítico</li> </ul>			
Enseñar a los estudiantes eficazmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de aprendizaje</li> <li>• Metodologías didácticas y de formación               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aula</li> <li>- clínica</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• Buen sentido del humor</li> <li>• Lógico</li> </ul>			
Evaluar a los estudiantes justamente	Estrategias de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerado</li> <li>• Establece relaciones fácilmente</li> </ul>			
Redactar informes claros, exactos y concisos y guardar registros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacción de informes</li> <li>• Legislación nacional sobre registros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidadoso</li> <li>• Veraz</li> <li>• Preciso</li> </ul>			
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teorías de gestión educativa</li> <li>• Cronogramas y horarios</li> <li>• Diseño y elaboración de planes de estudios</li> <li>• Seguimiento de planes de estudios</li> <li>• Evaluación de los planes de estudios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fidedigno</li> <li>• Cooperador</li> <li>• Metódico</li> <li>• Calmado</li> </ul>			
Buen comunicador	Técnicas de comunicación Metodologías de presentación Técnicas de escucha Técnicas de orientación	Centrado en la persona			

Aptitud	Conocimiento	Actitud	Siempre	No	Incierto
Disposición intercultural	Tabúes culturales y costumbres Identidad cultural	Respetuoso			

## GLOSARIO

**Acreditación:** Adjudicación de créditos por el rendimiento escolar. La acumulación del número requerido de créditos del nivel académico adecuado lleva a la obtención de un título.

**Aprendizaje basado en la solución de problemas:** Método de enseñanza que usa los problemas como base para la actividad del estudiante (Boud, 1991).

**Aptitud:** Conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permiten actuar frente a situaciones determinadas.

**Competencia:** Un conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí que permiten desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo, según estándares utilizados en el área ocupacional.

**Combinación** de habilidades, atributos y comportamientos que están directamente relacionados con un desempeño exitoso en el trabajo (Kofi Annan, ONU, 1999).

**Cooperación entre países para la formación de profesores de partería:** Dos o más países planifican y ponen en práctica un programa compartido para la formación de profesores de partería.

**Enfoque temático del plan de estudios:** El plan de estudios puede organizarse en varios temas que cabalgan sobre más de una asignatura.

**Estudios avanzados de partería:** Estudio de la teoría y práctica de la partería a un nivel superior al requerido para la formación básica.

**Establecimientos:** Áreas clínicas y escuelas de partería seleccionadas por la institución que lleva a cabo el programa de profesores de partería, donde los estudiantes para profesores obtienen experiencia clínica y docente bajo la supervisión de un mentor/ supervisor.

**Estudios de docencia:** Estudio de la teoría y práctica de la enseñanza.

**Evaluación:** Métodos planificados para evaluar el nivel de conocimientos y aptitudes obtenidas por los estudiantes.

**Evaluación del rendimiento individual:** Colaboración entre la partera y su tutor para examinar su rendimiento en general, identificar sus puntos fuertes y débiles y planificar su perfeccionamiento profesional en el futuro.

**Examen:** Método formal de evaluación en el cual los estudiantes realizan pruebas en condiciones controladas y según reglas específicas.

**Formación profesional continua:** Oportunidades para la educación continua después de la formación básica inicial, que promueven el perfeccionamiento del personal profesional.

**Garantía de calidad:** “La evaluación de la calidad es la medida de la provisión frente a las expectativas. La garantía de calidad es lo mismo pero con la clara intención de corregir cualquier punto débil demostrado.” (Shaw, 1986).

**Mentor:** Partera con experiencia basada en una zona clínica, o profesor de partería con base en una escuela de partería, que presta apoyo, orientación y supervisión al estudiante para profesor de partería.

**Métodos didácticos y de aprendizaje centrados en el estudiante:** Métodos que involucran activamente a los estudiantes en su propio aprendizaje.

**Métodos didácticos centrados en el profesor:** Métodos en los cuales el profesor generalmente ofrece información

a los estudiantes que son los receptores pasivos de la información.

**Modelos de plan de estudios:** Según Langenbach (1988) un modelo del plan de estudios consiste en “Decisiones y actividades que son necesarias para desarrollar el propio plan de estudios. El modelo puede ser sencillo o complejo. Debe ser bastante general para adaptarlo a diferentes entornos pero suficientemente específico para servir los fines para los que fue diseñado. La mayoría de los modelos de plan de estudios pueden proporcionar no solo orientación al planificar los programas particulares, sino que también puede servir para apreciar la conveniencia de ciertos modelos para determinadas finalidades”.

**Módulo:** Cursos individuales que constan de varias horas de aprendizaje y que se espera sean emprendidos por un estudiante (Jarvis 1995). Ahora se modularizan muchos programas, es decir, se forman a partir de una serie de módulos que generalmente se acreditan.

**Objetivos:** Declaración general de intenciones (también comprenden a menudo una declaración de valor).

**Plan de estudios:** Según Stenhouse (1975) el plan de estudios es “Un intento de comunicar los principios y características esenciales de una propuesta educativa, de tal forma que esté abierta al examen crítico y que pueda trasladarse eficazmente a la práctica”.

**Profesor de partería de enlace:** Profesores de partería, con base en la institución de educación responsable de llevar a cabo el programa de profesores de partería, que están en contacto con los cuerpos docentes de las escuelas de partería apropiados, donde los estudiantes para profesores reciben la enseñanza práctica.

**Profesor de partería:** Partera capacitada y competente que ha finalizado con éxito un programa reconocido de formación para prepararse para enseñar la partería.

**Programa oculto:** Valores que pueden pasar desapercibidos o no estar planeados por los que organizan y ejecutan el curso, pero que en muchos casos se manifiestan para los estudiantes en el espíritu de la institución donde la educación tiene lugar (Jarvis 1995).

**Resultados de aprendizaje propuestos:** Declaraciones específicas que indican los resultados que deben lograr los estudiantes.

**Unidades didácticas:** Método de diseño de planes de estudios según el cual el plan de estudios se divide en periodos de aprendizaje de duración variable que incluyen teoría y práctica.

# Indice

1. INTRODUCCIÓN.....	222
2. DEFINICIÓN DE COMPETENCIA PROFESIONAL.....	222
2.1. Definiciones teóricas.....	222
2.2. Componentes de la competencia.....	223
2.3. Ámbitos de la competencia.....	224
2.4. Distinción entre competencia y desempeño.....	225
2.5. Relación entre competencia y confianza.....	225
3. MEDICIÓN DE LA COMPETENCIA.....	226
3.1. ¿Por qué medir la competencia?.....	226
3.2. Secuencia cronológica de las evaluaciones de la competencia.....	227
4. MONITOREO DE LA COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES.....	228
4.1. Distinción conceptual entre monitoreo y evaluación.....	228
4.2. Monitoreo de las competencias de partería profesional según las directrices internacionales o nacionales.....	228
4.3. Modelo para la monitoreo de las competencias de partería profesional.....	229
4.4. Métodos y estrategias para aplicar un programa de monitoreo de la competencia profesional.....	231
4.5. Creación de un plan de aprendizaje personal.....	233
4.6. Contribución a los datos sobre la profesión de partería profesional.....	233
5. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL.....	234
5.1. Estrategias y métodos de evaluación.....	234
5.2. Clasificación y calificación: determinación de una norma objetiva.....	235
5.3. Fuentes y recursos para las herramientas de evaluación del desempeño.....	236
6. CONSIDERACIONES DE CALIDAD EN LA SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN.....	237
REFERENCIAS.....	239
ANEXO 1: Herramienta de autoevaluación.....	245
ANEXO 2: Herramienta de evaluación de pares o supervisores.....	283

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha comprometido a reducir la morbilidad y la mortalidad maternas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Una estrategia clave en el esfuerzo por lograr esa meta consiste en proporcionar un proveedor o proveedora calificado (a) en cada nacimiento. La publicación de la OMS *Strengthening Midwifery Toolkit* (Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional) contiene un conjunto complementario de artículos que ofrece directrices para una serie amplia de temas relacionados con la función de las parteras profesionales en el marco de esta estrategia de proveedores calificados(as), incluidas las políticas, reglamentaciones y normas para el ejercicio. También se proporcionan modelos para la educación de los profesores y estudiantes de partería profesional.

Este módulo se centra en las parteras profesionales dedicadas a la práctica clínica, y se basa en la suposición de que cada partera se ha educado para iniciar su ejercicio según los criterios de las prácticas óptimas educativas, y que la practica en el entorno favorable de las políticas, reglamentaciones y normas que se establecen en los módulos que acompañan las Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional.

La finalidad de este módulo es proponer estrategias para vigilar y evaluar la competencia inicial y continua de las parteras profesionales en la práctica actual, con el fin de promover el mantenimiento de los estándares más altos de calidad en la práctica, lo largo de la vida profesional. El módulo ofrece un marco para considerar los determinantes del desempeño de los proveedores de salud según las normas establecidas. Ese marco afirma que la evaluación de la competencia es solo uno de los diversos asuntos y factores que deben abordarse simultáneamente cuando se establece la capacidad del sistema de salud para una maternidad segura.

## 2. DEFINICIÓN DE COMPETENCIA PROFESIONAL

### 2.1 Definiciones teóricas

En las publicaciones aparecen varias definiciones de competencia. Estas se asemejan en que reconocen que la competencia incluye una combinación de conocimiento, desempeño, aptitudes, valores y actitudes. También incorpora la posesión de conocimientos y aptitudes suficientes para cumplir las tareas relacionadas con el trabajo, la ética, los valores y la capacidad para la práctica reflexiva. Las definiciones de competencia reconocen que el contexto en el que practica un individuo tiene una influencia importante en el desempeño. Las definiciones incluyen el reconocimiento y la comprensión de que puede haber más de una manera de practicar de forma competente (Cowan et al., 2005).

Una definición conceptual general de la competencia es la capacidad de cumplir una tarea específica de manera que produzca los resultados convenientes (Kak et al., 2001). Esta definición conceptual fue reflejada por Worth-Butler et al. (1994) en la siguiente afirmación sobre los modelos de la competencia en la partería profesional. Esta se incluye además en el módulo asociado a las herramientas que establece la afirmación explícita de las competencias esenciales para el ejercicio de la partería profesional. La definición operativa de competencia, por consiguiente, sería la documentación de un nivel aceptable de desempeño, mediante un proceso de evaluación estructurada, usando

normas objetivas de la práctica profesional (conocimientos, aptitudes y capacidades) como criterios de calidad.

*[...] los modelos más útiles de la competencia conceptualizan a los profesionales competentes como aquellas personas que han asimilado un conjunto general adecuado de aptitudes y conocimientos para llevar a cabo su trabajo de manera satisfactoria. Un profesional capaz es por tanto alguien que puede recurrir a ese repertorio de aptitudes y conocimientos de distintas maneras y en diferentes contextos para actuar de una forma que se reconozca como competente.*

—Worth-Butler et al., 1984

## 2.2 Componentes de la competencia

En el intento de comprender el significado de la competencia, se deben considerar varios aspectos:

- Cada profesional, a título individual, progresa en un movimiento de vaivén en el proceso continuo desde el estado de principiante al de experto (Benner, 1984). Cuando los individuos han adquirido inicialmente una habilidad (de pensamiento [de tipo cognoscitivo] u “obra” [de tipo práctico]), la habilidad debe reforzarse de vez en cuando para mantener un grado de competencia similar. Además, surgen continuamente nuevas aptitudes, a medida que avanza la tecnología. Profesionales muy experimentados pueden ser alumnos principiantes de nuevas aptitudes. El grado hasta el que una persona afronta una situación de forma independiente, o tras consulta, cambia en estas circunstancias.
- De manera análoga, la base de conocimiento que sustenta la práctica profesional evoluciona continuamente. El concepto de competencia requiere que el nuevo conocimiento se incorpore al conjunto del conocimiento aprendido y que el individuo lo considere cuidadosamente en lo que respecta a cualquier implicación que este nuevo aprendizaje pudiera tener para la aplicación en la práctica.
- La competencia demuestra comportamientos de práctica segura (Ramritu y Barnard, 2001). La práctica segura implica seguir las normas descritas en las directrices de práctica (Thomas et al., 1998); tener conciencia de las limitaciones personales en cuanto a conocimientos y experiencia y solicitar asistencia; utilizar estrategias que reduzcan al mínimo el daño a sí mismo o a los pacientes (por ejemplo, usando precauciones apropiadas ante una posible exposición a una infección); y pensar críticamente en cualquier circunstancia (es decir, conocer los principios que sustentan cualquier acción que se seleccione, en cualquier circunstancia particular).
- La competencia también puede percibirse como práctica ética. La práctica ética se define en gran medida por las interpretaciones universales de conceptos como los derechos humanos y la justicia equitativa. Sin embargo, la práctica ética —definida individualmente— puede reflejar valores personales religiosos, morales y culturales. Estos últimos pueden hacer que un individuo decida no participar en ciertos aspectos de la atención a los clientes, lo que supone una “pérdida de aptitudes”, o no adquirir o mantener la competencia en determinadas aptitudes prácticas. No obstante, los principios éticos obligarían al individuo a ofrecer

orientación a sus pacientes o clientes sobre cómo podrían acceder a estos aspectos de la asistencia de forma legal y práctica a través de otros proveedores.

### 2.3 Ámbitos de la competencia

La competencia es uno de los varios determinantes del desempeño (figura 1). En general, se acepta que las siguientes características sean los componentes individuales de la competencia.

El *conocimiento cognoscitivo* que es la comprensión de los principios teóricos de la práctica segura (la comprensión de hechos y procedimientos). El conocimiento se adquiere a través del aprendizaje individual (lecturas, discusiones, deliberaciones, debates) y de la tutoría (observación de otros, obtención de retroalimentación). El conocimiento de partería profesional se adquiere a lo largo de la vida profesional. Incluye necesariamente la comprensión de los conocimientos fundamentales (básicos). Sin embargo, también incluye el aprendizaje y la comprensión de la nueva información que surge a medida que evoluciona la ciencia de la asistencia de maternidad. Este nuevo conocimiento —actualizado— puede exigir el cambio de la manera en que se lleva a cabo la práctica.

El conocimiento científico debe traducirse en la aplicación práctica; esto se refleja en el desempeño de las *aptitudes clínicas* (la capacidad para realizar acciones específicas). Las aptitudes de partería profesional se adquieren mediante el ejercicio clínico guiado (también conocido como tutoría clínica). Las actuales prácticas educativas óptimas hacen hincapié en el aprendizaje basado en la competencia, en el que un individuo tiene suficientes oportunidades para adquirir y demostrar un nivel de desempeño inicial y seguro en cada una de las aptitudes que se han determinado como esenciales para el ejercicio clínico de la partería profesional (Cowan et al., 2005; Pehlke-Milde et al., 2006).

La competencia también incluye necesariamente un conjunto de atributos personales, es decir, las *capacidades*. Estos atributos son más difíciles de describir o definir. Sin embargo, se reflejan en la manera en que cualquier individuo aplica el conocimiento y las aptitudes en el contexto de la prestación de atención clínica. Comprenden, por ejemplo, las aptitudes de comunicación (hablar y escuchar), la capacidad de demostrar relaciones interpersonales de apoyo y el pensamiento crítico (que se definirá más adelante). Estas habilidades pueden modelarse, pero es difícil describir de forma precisa cómo las adquieren otros. La medición de estos atributos también plantea un reto, porque deben usarse determinaciones indirectas o sustitutivas para documentar que se han demostrado estas capacidades.

El *pensamiento crítico* se define como un proceso decidido de juicio autorregulador (Turner, 2005). Incluye los procesos cognoscitivos que constituyen el pensamiento profesional (Daly, 2001; Profetto McGrath, 2005). La aplicación del pensamiento crítico en el ejercicio de la partería profesional se asocia de alguna manera a la toma de decisiones clínicas (Fesler Birch, 2005), el razonamiento diagnóstico, el juicio clínico y la resolución de problemas. Es un proceso de pensamiento reflexivo y razonable. Las características del pensamiento crítico incluyen el análisis, la inferencia, el razonamiento, la interpretación, la evaluación y la apertura de mente. El pensamiento crítico implica una combinación de las capacidades requeridas para definir un problema, seleccionar la información que es pertinente para su solución, reconocer las suposiciones que sustentan un proyecto de resolución y la capacidad de juzgar la validez de la información que se está considerando. El pensamiento crítico es diferente del pensamiento creativo, que incluye la generación de nuevas ideas, en lugar del proceso en gran medida retrospectivo, reflexivo y evaluador que define el pensamiento crítico (Seymour et al., 2003). Se considera que el proceso de pensamiento crítico puede

desarrollarse en otros mediante actividades como preguntar, debatir y estudiar casos (Edwards, 2003; Brunt, 2005; Seymour et al., 2003), mientras que el pensamiento creativo es una capacidad personal.

La competencia también incluye demostrar comportamientos profesionales, como las actitudes y los valores que se reflejan en el contexto ético en el que un individuo lleva a cabo la práctica clínica. Los atributos socialmente apropiados y generalmente aceptables (por ejemplo, el concepto de prestación de asistencia) pueden modelarse en ambientes didácticos y de práctica. Sin embargo, su aprobación por parte del individuo está influida por sus creencias y experiencias sociales, religiosas y culturales.

Por último, cabe señalar que aunque este módulo se centra en las competencias relacionadas con la provisión de asistencia de calidad al paciente, es posible que en un contexto particular de práctica se exijan al individuo competencias más amplias. Este conjunto de conocimientos, aptitudes y capacidades adicionales se reconoce, aunque no se trata más detalladamente. Incluye, entre otras, competencias relacionadas con:

- La gestión y organización de la prestación de servicios de salud.
- La participación comunitaria activa estimulante.
- La preconización y la promoción de servicios de salud reproductiva integrales, que incluyan la participación en el desarrollo de políticas sanitarias para la salud reproductiva.

## 2.4 Distinción entre competencia y desempeño

Hay una distinción esencial entre la competencia y el desempeño, y no debe inferirse la primera del último (White, 1994). La competencia se refiere a la capacidad de actuar de un individuo. El desempeño se refiere a lo que un individuo hace, en el contexto real de la práctica profesional, es decir, el comportamiento real que se observa. El desempeño puede verse afectado por el ambiente de práctica, que puede potenciar o dificultar la aptitud de reflejar la capacidad de práctica competente en los resultados conductuales reales. Por consiguiente, cualquier intento de medir la competencia mediante la observación del desempeño debe tener muy en cuenta el contexto de práctica. Esta comprensión implica necesariamente la importancia de usar múltiples medios y estrategias para medir el desempeño profesional y el concepto de la competencia profesional.

## 2.5 Relación entre competencia y confianza

Ya se ha señalado el hecho de que hay un movimiento continuo en el proceso de evolución desde el estado de principiante al de profesional clínico experto. Del mismo modo varía la confianza, dependiendo del nivel autoevaluado de comodidad en el desempeño real de una habilidad particular. Puede ocurrir que un individuo sea capaz de realizar una habilidad de una manera que satisfaga todos los criterios objetivos de la práctica segura (por ejemplo, realizando todos los componentes de una técnica en el orden correcto y de la manera correcta, hecho que se comprueba mediante el uso de una lista de verificación clínica objetiva) pero al mismo tiempo, no se sienta relajado o cómodo cuando la lleva a cabo. Esta falta de soltura personal puede conducir a la renuencia a poner en práctica esta habilidad cuando se le exhorte a hacerlo en el curso de la práctica clínica.

De manera análoga, puede ocurrir que un individuo tenga en un momento determinado tanto la competencia como la

confianza para poner en práctica cierta capacidad, pero que, debido a que la oportunidad para llevarla a cabo en la práctica real era limitada, ha perdido cierto grado de cualquiera de estos atributos. Esto se aplica tanto a los sucesos de bajo volumen o baja frecuencia como también a las aptitudes fundamentales (que pueden salvar vidas) (Bhuiyan et al., 2005). El caso clínico que requiere el uso de una habilidad particular puede darse con escasa frecuencia (por ejemplo, la necesidad de realizar un parto con ventosa). También puede ocurrir porque las políticas del entorno clínico en el que practica un individuo restrinjan el desempeño de esa habilidad a otro cuadro de proveedores. Tal circunstancia puede conducir a un menor grado de competencia o de confianza personal en la capacidad de llevar a la práctica la habilidad de forma segura, en caso de verse exhortado a hacerlo. Tanto la competencia como la confianza pueden fomentarse mediante la educación profesional y la supervisión de apoyo continuas.

### 3. MEDICIÓN DE LA COMPETENCIA

#### 3.1 ¿Por qué medir la competencia?

Medir la competencia es importante por varias razones:

- La evaluación inicial y continua de la competencia de un profesional de partería profesional es compatible con los principios éticos que sustentan el ejercicio profesional.
- La medición de la competencia es un componente esencial en la evaluación de los resultados de educación y capacitación. Ejemplos de ello son las evaluaciones académicas finales realizadas en los programas de educación previa al servicio, durante el servicio y de educación continua.
- La evaluación de la competencia es una parte integrante de los procesos de certificación y renovación de la certificación de los proveedores de partería profesional. Los exámenes para el otorgamiento de licencias y para la certificación que se usan para determinar las calificaciones para la entrada inicial en la práctica profesional, y en algunas circunstancias para volver a otorgar licencias, son medidas externamente comprobables (objetivas, normalizadas). Algunas jurisdicciones legales aceptarán los resultados de estos exámenes sin consideraciones de límites. A un individuo al que una jurisdicción (por ejemplo, un estado, una provincia o un país) le haya concedido una licencia para la práctica, también se le puede permitir que practique en otra jurisdicción donde se haya establecido la misma norma mínima (O'Connor et al., 2001).
- Las evaluaciones de la competencia son útiles para la planificación de nuevos servicios y son esenciales para determinar si es apropiado ampliar el ámbito de la práctica de un cuadro existente de profesionales. Por ejemplo, puede pensarse que es útil agregar una habilidad nueva al ámbito de la práctica de las parteras profesionales. Esta habilidad puede incorporarse al programa básico de educación de los estudiantes de partería profesional. Las parteras profesionales que ya están practicando podrían adquirir la habilidad mediante la educación continua y, después de tal capacitación, tendrían que ser capaces de demostrar la competencia a un nivel equivalente al de los nuevos graduados.
- De igual modo, podría pensarse que es útil y aconsejable crear un nuevo cuadro de profesionales (por ejemplo, una partera auxiliar). Sería importante evaluar el grado en el que los nuevos profesionales pueden realizar competentemente cada una de las aptitudes que se seleccionan para la inclusión en este ámbito de la práctica recién definido. Cuando se espera que dos o más cuadros de profesionales desempeñen una función particular, cada uno de ellos debe ser juzgado como competente en la práctica de esa función, usando la misma norma objetiva.

- Las evaluaciones de la competencia podrían ser útiles en la selección del personal nuevo y la supervisión del personal actual. A cualquier organización se le exigiría que documentara que todo el personal puede cumplir con los deberes y las funciones del puesto en un grado compatible con las normas de calidad. También se esperaría que la organización facilitara un programa de mejora continua de la calidad. Esta es una estrategia de gestión de riesgos de organización.
- La medición de la competencia es importante para mejorar el desempeño individual, de acuerdo con la responsabilidad personal que debe caracterizar la práctica profesional. Siempre, a medida que avanza la ciencia de la obstetricia y la partería profesional, surgen nuevas aptitudes. También puede ocurrir que otras aptitudes no se hayan podido usar con ningún grado de frecuencia. Es fundamental que cada profesional vigile hasta qué grado ha adquirido, o ha mantenido, la competencia en el desempeño de estas aptitudes. De manera análoga, el individuo que se ha retirado de la práctica clínica durante cierto tiempo también debe reflexionar y reevaluar cuidadosamente hasta qué punto su base de conocimiento es actual, y si ha mantenido la competencia en las aptitudes, antes de reincorporarse a la fuerza laboral.
- La competencia actual es fundamental para la práctica profesional de cualquier partera que supervise la práctica clínica de otros.

### 3.2 Secuencia cronológica de las evaluaciones de la competencia

La evaluación formativa se lleva a cabo en el momento del aprendizaje inicial y también cuando se introducen en la práctica profesional nuevos conocimientos o técnicas (aptitudes, procedimientos, directrices). La evaluación formativa es un componente común de la educación previa al servicio y durante el servicio.

La evaluación sumativa tiene lugar en el periodo entre la finalización de los programas estructurados de aprendizaje y la autorización para llevar a cabo la práctica clínica a título individual. Generalmente cualquier alumno espera los procesos de evaluación sumativa, y se considera que son las prácticas óptimas en el campo de la educación (Fraser, 2000). Las evaluaciones sumativas son también de uso común por parte de las autoridades normativas como mecanismo de “control de acceso” de la entrada inicial en la práctica (por ejemplo, exámenes de certificación o de otorgamiento de licencias).

La evolución continua de la ciencia que sustenta la práctica profesional, combinada con el movimiento continuo (de vaivén) a lo largo del proceso de la competencia y de la confianza en la práctica, corrobora la importancia de la evaluación periódica de la competencia profesional. A lo largo de la vida profesional se seguirán realizando evaluaciones formativas y sumativas, en el contexto del monitoreo y la evaluación.

## 4. MONITOREO DE LA COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES

### 4.1 Distinción conceptual entre monitoreo y evaluación

Hay una distinción conceptual esencial entre el monitoreo y la evaluación de la competencia profesional. Aunque ambos son tanto continuos como periódicos, el monitoreo se refiere a menudo al proceso, y la evaluación hace referencia a la valoración de los resultados. Este módulo se centra en el monitoreo y la evaluación como profesional de las parteras profesionales a título *individual*. En ese contexto, el monitoreo ofrece la oportunidad de comprobar que un determinado profesional sigue adoptando medidas que promueven el cumplimiento continuo de las pautas profesionales o las normas de práctica establecidas para la profesión. Son ejemplos del monitoreo el examen de la “actualidad en la práctica”, es decir, un examen de cómo recientemente cualquier individuo ha tenido la oportunidad de llevar a cabo ciertas tareas (algunos o todos los conocimientos, las aptitudes y las capacidades definidos para las parteras profesionales). La evaluación ofrece la oportunidad de comprobar a título individual que las parteras profesionales siguen demostrando competencia en el desempeño de las tareas relacionadas con el ámbito de la práctica, al demostrar el desempeño seguro de conocimientos, aptitudes y capacidades, usando criterios de desempeño objetivos.

Obviamente, la evaluación es también un concepto mucho más amplio. La evaluación puede asimismo abordar los resultados y la repercusión de la profesión de la partería profesional en la salud pública. Por ejemplo, la evaluación quizá incluya la medición de la repercusión en la mortalidad materna y neonatal tras la introducción de los profesionales de partería en la fuerza laboral de atención de salud.

### 4.2 Monitoreo de las competencias de partería profesional según las directrices internacionales o nacionales

La elaboración de un programa para el monitoreo de la competencia de partería profesional incluye la identificación del campo de conocimientos, aptitudes y capacidades que idealmente cada profesional debe mantener. Estas listas de conocimientos, aptitudes y capacidades se obtienen de diversas fuentes.

Las organizaciones profesionales que representan internacionalmente a la profesión han desarrollado descripciones del ejercicio de la partería profesional. Los ejemplos incluyen el documento *Essential competencies for midwifery practice (Competencias esenciales para el ejercicio de la partería profesional)* elaborado por la Confederación Internacional de Matronas, y el documento de la OMS *Competencias para el ejercicio de la partería profesional (véase la herramienta 3 “Competencias para el ejercicio de la partería profesional”)*.

Las asociaciones profesionales de partería profesional de diversos países también pueden haber desarrollado descripciones de los conocimientos, las aptitudes y las capacidades para la profesión propias del país. Estas listas de conocimientos, aptitudes y capacidades pueden reflejar las descripciones internacionales, o enmendarlas para reflejar competencias específicas que están incluidas o excluidas del dominio del ejercicio de la partería profesional en el contexto reglamentario de ese país.

Las listas de conocimientos, aptitudes y capacidades también pueden haber sido desarrolladas por las autoridades normativas a nivel nacional. Es sabido que los conocimientos y las aptitudes que se esperan del profesional de la

partería profesional se definen de maneras diferentes de un país a otro. También puede ocurrir que haya varias categorías de parteras profesionales en un mismo país, por ejemplo, las parteras profesionales matriculadas o registradas, cada una de las cuales tiene un campo de práctica clínica más limitado o más amplio.

La primera tarea al establecer un programa de monitoreo de las competencias de partería profesional es seleccionar la lista de conocimientos, aptitudes y capacidades que sea más apropiada y más pertinente para el fin propuesto. Estas constituyen las directrices de monitoreo, y se espera que ellas se reflejen en normas que definan los atributos de una práctica ideal o de calidad. Diversos cuadros de los profesionales de partería profesional tendrían un conjunto diferente de conocimientos, aptitudes y capacidades; no obstante, sería previsible que cada cuadro llevara a cabo las aptitudes de esa lista específica según una norma explícita (Pearson et al., 2002). Se presenta una exposición más detallada de este tema en la herramienta 2 y la herramienta 4 de *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*.

Las normas de monitoreo siempre se refieren a algún punto de referencia del desempeño o una norma acordada. La intención de tales normas es proporcionar una referencia externa para la evaluación de la calidad (Collins Fulea et al., 2005). En ese sentido tan limitado, las descripciones del puesto y las directrices de práctica clínica (Thomas et al., 1998) también pueden considerarse “normas” de práctica. Las descripciones del puesto desarrolladas a escala de cada centro pueden limitar, pero no superar, el ámbito del ejercicio que se cita en la reglamentación (ley o norma) que autoriza el ejercicio de la partería profesional en la jurisdicción legal (por ejemplo, estado, provincia, país).

### 4.3 Modelo para el monitoreo de las competencias de partería profesional

En este módulo se ofrece un proceso para vigilar la práctica profesional de las parteras profesionales. Se han creado dos herramientas de monitoreo, usando una lista de trabajo actual de afirmaciones de competencia de partería profesional. Esta lista de competencias fue desarrollada originalmente por la ICM, luego fue modificada levemente por la OMS y reordenada en su presentación. Las herramientas se presentan como apéndice A.

A través de la ICM se puede disponer de una herramienta de monitoreo que emplea la redacción original de dicha organización. Es posible que individuos o países específicos prefieran una más que otra, dependiendo de la redacción de las competencias de partería profesional que se refleja en sus propias directrices reglamentarias.

Es importante observar que la herramienta que se presenta en el apéndice y la herramienta de la ICM disponible contienen la lista completa de las afirmaciones de competencia desarrolladas por las organizaciones. Representan todo el ámbito de la competencia de la partería profesional, es decir, el alcance total aconsejable del ejercicio de la profesión. El documento *Essential competencies* (Competencias esenciales) de la ICM agrupa estas afirmaciones de competencia como aptitudes “básicas” (se esperan de todos los profesionales que se definen como parteras profesionales de acuerdo con la definición internacional) y aptitudes “adicionales” (aptitudes más avanzadas o complejas que pueden ser seleccionadas por una partera a nivel individual, como importantes en el contexto de su propia práctica profesional, o que pueden ser incluidas en las directrices estatutarias para la práctica específica del país). Antes de que se pueda usar cualquiera de estas herramientas, se debe llevar a cabo lo siguiente:

- Las afirmaciones de competencia deben examinarse y enmendarse para reflejar la redacción que se use en la ley (o reglamentación o directriz) que autoriza el ejercicio de la partería profesional en cualquier

jurisdicción particular (por ejemplo, estado, provincia, país).

- Deben “nivelarse” las afirmaciones de “competencia”, o sea, adaptarse específicamente para reflejar la autoridad estatutaria para diferentes cuadros de parteras profesionales que puedan estar autorizadas para practicar en un país específico.

Es posible que los individuos que deseen usar la herramienta de monitoreo para reflejarla en su propia práctica personal decidan consultar toda la colección de afirmaciones de competencia. Esto brindaría la oportunidad de evaluar el ejercicio personal en relación con las “prácticas óptimas”, tal como se definen para el profesional internacional de partería profesional. También sería apropiado usar un documento que se haya adaptado para su uso en el país donde se lleva a cabo la práctica, ya que esa lista modificada reflejaría el alcance de la práctica hasta el punto de poder responsabilizar profesionalmente a cualquier profesional a título individual.

Es posible que las autoridades normativas decidan ser aún más selectivas, adaptando la lista de afirmaciones de competencia. Puede resultar útil que los países identifiquen, entre toda la lista de afirmaciones de competencia, aquellas que son fundamentales o más directamente pertinentes para la situación del país. Por ejemplo, si las estadísticas vitales nacionales indican que la hemorragia posparto es un factor principal que contribuye a la mortalidad materna, puede ser importante que todas las categorías de ayudantes capacitados reciban formación para realizar el conjunto de tareas (aptitudes) de manejo intraparto y posparto que se relacionan directamente con la atención de este problema. Por consiguiente, podrían elegirse específicamente estas aptitudes particulares de modo que estuvieran incluidas en el proceso de monitoreo, quizás excluyendo otras. (La herramienta 4 describe el proceso que debe seguirse para conseguir que estas aptitudes seleccionadas se autoricen dentro de la autoridad estatutaria para el ejercicio de la partería profesional en ese país).

Entre las estrategias para adaptar estas herramientas (es decir, seleccionando subconjuntos de afirmaciones de conocimientos, aptitudes y capacidades) se encuentran las siguientes:

- Los expertos de contenido pueden examinar las afirmaciones de competencia y hacer una selección de conocimientos, aptitudes y capacidades, basada en el consenso. Entre los expertos de contenido pueden encontrarse:
  - educadores de partería profesional que sean versados en los modelos de práctica actuales.
  - administradores de partería profesional que sean versados en las normas de ejercicio del país.
  - representantes de grupos de interés de asociaciones profesionales.
  - clínicos de partería profesional (que siempre deben tener voz en el proceso).

(También podría considerarse importante incluir el punto de vista del consumidor y de los estudiantes de partería profesional en el proceso del examen. Obviamente, estos representantes no hablarían como expertos de contenido)

- Podrían emplearse métodos de encuesta. Las afirmaciones de competencia de la ICM se desarrollaron usando un tipo particular de encuesta (el método Delphi). Este método empleó varios exámenes, uno después del otro, hasta que los participantes estuvieran de acuerdo con la lista de las afirmaciones de competencia. Los participantes en la encuesta podrían reflejar el mismo grupo de interés observado anteriormente.
- Si el país ha adoptado medidas para crear una lista de conocimientos, aptitudes y capacidades que definan el ejercicio nacional de la partería profesional, quizá baste sencillamente con comparar la lista total de afirmaciones de competencia con las afirmaciones de conocimientos, aptitudes y capacidades que se definen en los documentos reglamentarios del país.

La cuestión principal que debe considerarse en cualquier adaptación (o adopción) de estas herramientas de monitoreo a nivel nacional es que el proceso de monitoreo que se respalda mediante el uso de esta herramienta sea *factible, orientado y económico*. No es útil diseñar un proceso que no pueda ejecutarse debido a limitaciones pragmáticas relacionadas con restricciones de tiempo y con la carga financiera.

#### **4.4 Métodos y estrategias para aplicar un programa de monitoreo de la competencia profesional**

El monitoreo debe realizarse de forma periódica, pero programada regularmente. No hay ninguna directriz explícita acerca del periodo que debe transcurrir entre los exámenes. Las herramientas de monitoreo que se ofrecen en este módulo indican que este examen se lleva a cabo anualmente. Las herramientas que se proporcionan para este proceso abordan tanto la competencia como la confianza, tal como se definen en las secciones 2.4 y 2.5 de este módulo.

La herramienta de monitoreo individual que se presenta en el apéndice está diseñada como un ejercicio de autoevaluación (monitoreo de las competencias de partería profesional: herramienta de autoevaluación). El proceso de reflexión es un componente clave en el uso de la herramienta de autoevaluación individual. La autoevaluación es la capacidad de un profesional de partería profesional de reflejar por cuenta propia los puntos fuertes y los puntos débiles de su desempeño, y de realizarse un autoexamen con el fin de identificar las necesidades de aprendizaje y mejorar en su trabajo. Se ha demostrado que la autoevaluación se relaciona con la mejora de la calidad (Bose, 2001; Price, 2004).

El examen de monitoreo puede ser realizado por cualquier individuo. Esto quizá sea más apropiado o factible para las parteras profesionales que se dedican a la práctica privada o, como es común en los entornos de atención de salud de los países en desarrollo, para las parteras profesionales que trabajan sin contar con un supervisor o colega que oriente su desempeño.

Puede realizarse el examen de autoevaluación usando todo el conjunto de competencias que se ofrecen en la herramienta de monitoreo. Una partera sencillamente puede seleccionar el instrumento de monitoreo que se encuentra en este apéndice y realizar el examen personal. Cualquier conocimiento, aptitud o capacidad que no sea pertinente para el ejercicio de la partería profesional en el país sencillamente puede considerarse como no pertinente. Por otro lado, cada profesional puede tomar nota del hecho de que las parteras profesionales tienen normalmente ese conocimiento o esa habilidad. Luego, el individuo podría establecer una meta de aprendizaje personal relacionada con

la adquisición de esa competencia particular. También debe elaborar un plan de aprendizaje individual para cualquier afirmación de competencia aplicable cuando haya indicado que su conocimiento o habilidad al respecto no es actual, o en el caso de que haya señalado que ha disminuido su grado de confianza en el desempeño de una habilidad.

Sin embargo, es posible que una partera quiera comprometer a un grupo de compañeros en un proceso de grupo *voluntario*, para que cada miembro pueda beneficiarse de la discusión y de la retroalimentación que pueda recibir del resto de los participantes, ocupados en sus propias evaluaciones individuales. Un compañero sería cualquier profesional de partería profesional activo que trabaje en un ambiente de ejercicio y contexto similares. Por ejemplo, los profesionales dedicados al parto domiciliario seleccionarían a sus compañeros entre otras parteras profesionales que también realicen partos domiciliarios en la misma comunidad. Las parteras profesionales que trabajan en centros seleccionarían a sus colegas entre las parteras profesionales que también trabajan en ese centro o en otros centros de similar tamaño y nivel de atención.

La herramienta de monitoreo también puede usarse en el contexto de un proceso de grupo *estructurado*. (Puede ocurrir que en virtud de una ley o reglamentación se exija que este tipo de examen se lleve a cabo esporádicamente.) Se usaría la herramienta de autoevaluación individual, y luego la autoevaluación aumentaría mediante un segundo examen realizado por alguien que esté capacitado para llevar a cabo el examen y proporcionar retroalimentación (*monitoreo de las competencias de partería profesional: herramienta de evaluación de compañeros o supervisores*). Por ejemplo, podrían usarla los miembros del personal de partería profesional de un establecimiento. Se puede recibir retroalimentación de los compañeros y *también* de los supervisores. La herramienta de evaluación diseñada para la retroalimentación de compañeros y supervisores exige que la persona que aporta sugerencias reconozca también la manera en la que adquirió su conocimiento de la práctica del otro y, por consiguiente, hasta qué punto sería pertinente la información para el proceso de examen. La formulación de un plan de aprendizaje personal es el resultado propuesto de este examen estructurado, como en el caso del proceso de autoevaluación individual.

El programa de monitoreo de la competencia más aconsejable daría lugar a una evaluación que realizaría cada profesional a título individual. La autoevaluación, sin duda, puede tener lugar al nivel de la población. Consideraciones prácticas de tiempo y recursos pueden imponer que los exámenes de los compañeros o los supervisores se realicen a algunos profesionales de cualquier servicio o cualquier país, pero no a todos. No se pueden sugerir directrices que respalden la identificación de un tamaño de “muestra” apropiado en estas circunstancias. Podría considerarse la realización del examen de compañeros o supervisores a las parteras profesionales que soliciten tal examen tras una autoevaluación individual, o a las parteras profesionales que trabajan en entornos donde el apoyo de compañeros o supervisores sea limitado. Quizá también sea posible establecer un sistema de rotación, de modo que cierta proporción de profesionales activos sean examinados al menos una vez dentro de un ciclo de examen de duración limitada.

#### 4.5 Creación de un plan de aprendizaje personal

Un plan de aprendizaje personal debe surgir de los resultados de la autoevaluación o del examen de los compañeros o supervisores. El plan de aprendizaje personal debe centrarse en la actualización del cúmulo de conocimientos, incorporando la información de las investigaciones basadas en evidencias recientes. También debe abordar la actualización del grado de la habilidad (competencia) y recuperar (o reafirmar) la confianza personal a la hora de llevar a cabo las aptitudes y, en particular, aquellas que pueden salvar vidas en ciertas circunstancias (es decir, de bajo volumen, alto riesgo o fundamentales). Estas lagunas en la información y las aptitudes personales se identifican mediante el perfil de autoevaluación resultante del proceso de examen.

El progreso en la ejecución del plan de aprendizaje puede documentarse mediante la compilación de las revistas o carteras personales. El registro diario es una técnica de práctica reflexiva que implica revisar qué ha sucedido en la práctica, en el esfuerzo por mejorar el crecimiento profesional (Blake, 2005; Ibaretta y McLeod, 2004). Las carteras contienen evidencias, tanto cuantitativas como cualitativas, de las actividades de aprendizaje que ha emprendido el individuo para alcanzar las metas que se estipularon en el plan de aprendizaje (Lonka et al., 2001).

Las conversaciones entre compañeros o con los supervisores y su retroalimentación también contribuyen al autoaprendizaje. Siempre que sea posible, es útil tratar cuestiones de práctica clínica (por ejemplo, la nueva información aparecida en las publicaciones o una situación o suceso particular que ocurrió durante ella). Participar en tales discusiones en el momento en que tiene lugar el suceso (rendición de cuentas del incidente fundamental) quizá sea sumamente útil y es sin duda una parte del proceso de monitoreo profesional continuo (Marquez, 2001; Friedman y Marr, 1995; Rico y Parker, 1995). Sin embargo, es también útil participar en esta discusión siempre que se presente la oportunidad. El proceso de monitoreo periódico puede brindar dicha oportunidad.

El objetivo máximo de cualquier proceso de seguimiento y evaluación, de la reflexión personal, la discusión y la retroalimentación, es el perfeccionamiento del pensamiento crítico, de modo que cuando surja un suceso inesperado el profesional pueda responder probablemente con una decisión clínica racional, basada en evidencias (Nelson et al., 2004). La figura 2 ofrece un marco para la participación en el proceso de pensamiento crítico.

#### 4.6 Contribución a los datos sobre la profesión de partería profesional

Un programa de monitoreo ideal generará datos que puedan usarse para medir (evaluar) la contribución de la profesión de partería profesional a la salud de la nación. El diseño de un plan de monitoreo debe incluir estrategias para transmitir los resultados de tales exámenes a una base de datos centralizada. Estos datos, desde luego, no se vincularían a los profesionales a título individual, sino solo a un perfil común de profesionales de partería profesional del país. El diseño del programa de monitoreo también prevería el análisis periódico de estos datos, incluido el nexos con otros sistemas de gestión de la información sanitaria (como la estadística hospitalaria y los datos de los desenlaces de los clientes). Los datos de este tipo son esenciales para vigilar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las prioridades en materia de salud materno-infantil específicas de cada país. También son fundamentales para documentar la contribución de los profesionales de partería profesional de un país a las metas y los objetivos de la maternidad sin riesgo.

## 5. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL

### 5.1 Estrategias y métodos de evaluación

El proceso de evaluación tratado en este módulo es una discusión muy minuciosa. En el contexto de este módulo, la evaluación se vincula a la valoración de la adecuación (carácter integral, actualidad) del cúmulo de conocimientos que posee un determinado profesional. También se vincula a la valoración inicial, o a la revaloración después de cierto tiempo, de la capacidad de realizar una habilidad clínica según una norma objetiva. La meta máxima de la evaluación es la promoción de las prácticas óptimas (Ring et al., 2005). No se puede exagerar la importancia de usar medios (estrategias) y métodos (herramientas) múltiples para la evaluación (Gunathunga y Fernando, 2000; Fullerton e Ingle, 2003). A menudo esto se denomina estrategia multimétodo o multimatriz (Norman et al., 2002). Las fuentes principales de información (Penny y Murray, 2001) que pueden usarse para evaluar el desempeño incluyen:

- Evaluaciones de los alumnos de su propio aprendizaje.
- Evaluaciones de la calidad del servicio por parte de los usuarios de servicios o de la comunidad.
- Evaluaciones de la adquisición de conocimientos y aptitudes por parte de los instructores.
- Proxies para los resultados de salud derivados de las estadísticas de prestación de servicios corrientes.

Hay varios métodos de evaluación del dominio cognoscitivo (pensamiento) del ejercicio de la partería profesional. Los exámenes específicos, minuciosos, formativos y sumativos (por ejemplo, exámenes escritos o por computadora, presentaciones en seminarios, ensayos escritos, proyectos) pueden ser sumamente apropiados para el alumno de partería profesional (estudiantes, parteras profesionales reincorporadas). Se propugna el uso de las evaluaciones holísticas (integrales) entre las parteras profesionales en práctica, dado que ofrecen a la partera la oportunidad de recurrir a toda la gama de experiencias que han contribuido a su fondo de conocimiento. Estos métodos quizá incluyan evaluaciones del desempeño, auditorías de historias clínicas y la crítica de los compañeros, de manera similar al proceso de monitoreo descrito anteriormente. La evaluación del dominio cognoscitivo también debe incluir una evaluación de la capacidad de implicarse en el pensamiento crítico, tal como se trató en la sección 4.4.

Hay también varios métodos de evaluación del dominio clínico (aptitudes). A menudo se utilizan simulaciones de la práctica en las primeras etapas del proceso de aprendizaje. También pueden ser preferibles en circunstancias en las que la observación directa puede ser demasiado lenta (por ejemplo, cuando se pretende observar el manejo de aptitudes fundamentales que se usan en circunstancias que ocurren con baja frecuencia) (Harvey, 2004). Sin embargo, dado que las simulaciones se han sacado del contexto real de la situación clínica, no reflejan las exigencias —muy reales y en competencia— del ambiente real de práctica, como la presión del tiempo y la urgencia del proceso decisorio (Cowan et al., 2005). La observación de las parteras profesionales que trabajan en el entorno de práctica real es el método más directo y puede hacerse aún más objetivo mediante el uso de listas de verificación de observación.

Hay muchos ejemplos de listas de verificación de aptitudes que se han desarrollado para la evaluación formativa y sumativa de los proveedores. Las listas de verificación se usan como evidencias externas y objetivas de que la partera ha adquirido la capacidad de traducir el conocimiento cognoscitivo en el desempeño práctico de una habilidad (los

pasos correctos en el orden correcto, considerando la seguridad de los clientes). Estas listas de verificación pueden usarse en la práctica simulada usando modelos anatómicos (Buckingham, 2000), con clientes normalizados (clientes actores que dan respuestas preparadas de antemano), así como en las situaciones reales de atención al cliente (Rhodes y Curran, 2005; Paterson et al., 2004). La pregunta que hay que plantearse cuando se selecciona una lista de verificación apropiada es si el objetivo de la tarea de evaluación es valorar “todos” los pasos de un procedimiento o solo aquellos que son fundamentales para la práctica segura (“puntuaciones centinelas”) (Carlough y McCall, 2005). La última estrategia es evidentemente más eficaz y menos costosa, y no reduce la eficacia de ninguna evaluación que se centre en la calidad de la atención. Los métodos de evaluación quizá incluyan la evaluación comparativa (evaluación del desempeño individual en comparación con el desempeño medio de los compañeros o las normas de calidad), usando datos obtenidos del Sistema de Gestión de la Información Sanitaria (Camp y Tweet, 1994; Vincent et al., 2004; Pelletier y Diers, 2004).

La evaluación del ámbito afectivo y conductual (actitudes, sentimientos, valores y rasgos personales) necesariamente es subjetiva. Por consiguiente, es más difícil de realizar pero tiene la misma importancia en lo que atañe a la calidad de la atención. Pueden administrarse cuestionarios de actitudes, y los resultados pueden incorporarse al proceso de reflexión. El registro diario reflexivo permite que el individuo examine los modelos de comportamiento que son característicos de las respuestas individuales a las situaciones. Este proceso de examen interno, cuando se combina con la retroalimentación recibida de otras personas que observaron un suceso o una interacción particulares, ofrece la oportunidad de tener una perspectiva más amplia sobre cómo los clientes y los compañeros perciben los modelos de respuesta socioemocionales de un individuo y quizás la oportunidad de identificar mejores estrategias (menos emocionales o más reflexivas). Las encuestas de satisfacción de los clientes a menudo también pueden aportar información valiosa sobre la calidad percibida de la atención.

## 5.2 Clasificación y calificación: determinación de una norma objetiva

Ya se ha señalado que hay muchos factores que afectan al desempeño de proveedor (figura 1). Los diversos métodos de evaluación objetiva que se han descrito anteriormente tienen puntos fuertes y puntos débiles relativos en su calidad de herramientas de medición para predecir el desempeño de los proveedores, y muchas medidas aplicadas juntas son mejor que cualquier medida única utilizada por separado.

No obstante, cuando una herramienta objetiva se selecciona como una medida de desempeño, también debe seleccionarse la norma objetiva que se considerará el equivalente del desempeño de “calidad” (la calificación de aprobado o suspenso). ¿Pero quién debe fijar estas normas? ¿Cuán bueno es “solo suficientemente bueno”? ¿Cuán alto es demasiado alto? ¿Cuán bajo es demasiado bajo?

Hay pocas justificaciones, de haber alguna, para la puntuación *en referencia a una norma*, en la que el desempeño general del grupo se usa para fijar una norma pasajera mínima. También hay pocas justificaciones, de haber alguna, para el uso de normas *arbitrarias*, en las que se selecciona un número concreto (por ejemplo, 80%), sin que dicho número se relacione con ningún criterio externo de desempeño de calidad. Las normas *con referencia a criterios* siempre son más apropiadas. Las listas de verificación que se describen en la sección 5.1 son un ejemplo de las herramientas de evaluación clínicas que se utilizan para medir el desempeño individual en relación con los

componentes mínimos que han demostrado ser, de acuerdo con la investigación basada en evidencias, indicadores del suministro de atención de calidad.

Como regla general sencilla, cuando se dispone de una o más medidas objetivas de desempeño se preferirán las medidas objetivas a cualquier otra. Sin embargo, la selección de una norma mínima apropiada y defendible del desempeño es una consideración igualmente importante. La norma debe ser establecida por individuos que estén capacitados en los mismos dominios de competencia, dado que son los más capaces para juzgar los factores prácticos que afectan al desempeño, y también los más capaces de predecir las consecuencias del desempeño de profesionales que no cumplan con una norma de calidad.

### 5.3 Fuentes y recursos para las herramientas de evaluación del desempeño

Probablemente existe una pequeña necesidad de crear una medida totalmente nueva del desempeño de los proveedores de partería profesional. Una primera consideración es el hecho de que el desarrollo de nuevas herramientas de medición es una ciencia exacta y, cuando se hace bien, a menudo es un proceso amplio y costoso. La siguiente consideración es el hecho de que hay ejemplos abundantes de estas herramientas, que quizá solo necesiten una adaptación mínima al contexto local en el que se usarán. Estas herramientas han sido creadas por diversas organizaciones, para varias finalidades relacionadas:

- Los programas de educación crean herramientas para medir los procesos formativos y sumativos, y los resultados en varios dominios de evaluación (o en todos).
- Las asociaciones profesionales de partería profesional han desarrollado herramientas de autoevaluación y de evaluación por parte de sus compañeros (como la presentada en este módulo).
- Las organizaciones no gubernamentales ocupadas de actividades de capacitación han creado herramientas específicas (por ejemplo, para procedimientos particulares como el desempeño del manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto, o la inserción de un dispositivo intrauterino).

El desafío estriba sencillamente en identificar los recursos disponibles, y luego en aplicar los criterios adecuados para ayudar a seleccionar la herramienta de medición más apropiada (esto se trató con más detalle en la sección 6). Se pueden sugerir las siguientes medidas como estrategias para hacer que estos recursos estén más disponibles y sean más accesibles.

- Los programas de educación pueden colaborar con las asociaciones profesionales de partería profesional y con las ONG que operan dentro del país para crear una biblioteca de recursos, en algún lugar común (una biblioteca física, o una dirección [URL] informática virtual).
- Puede iniciarse un servidor de listas (listas de discusión), haciendo hincapié en la difusión de la información acerca de los recursos de evaluación.
- Las ONG pueden colocar sus herramientas de medición en el sitio web de la organización, junto con la información acerca de las propiedades de las herramientas y los estudios de casos de su aplicación.
- Las asociaciones profesionales (tanto asociaciones internacionales como nacionales) pueden establecer bibliotecas similares. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la ICM han iniciado este proceso.

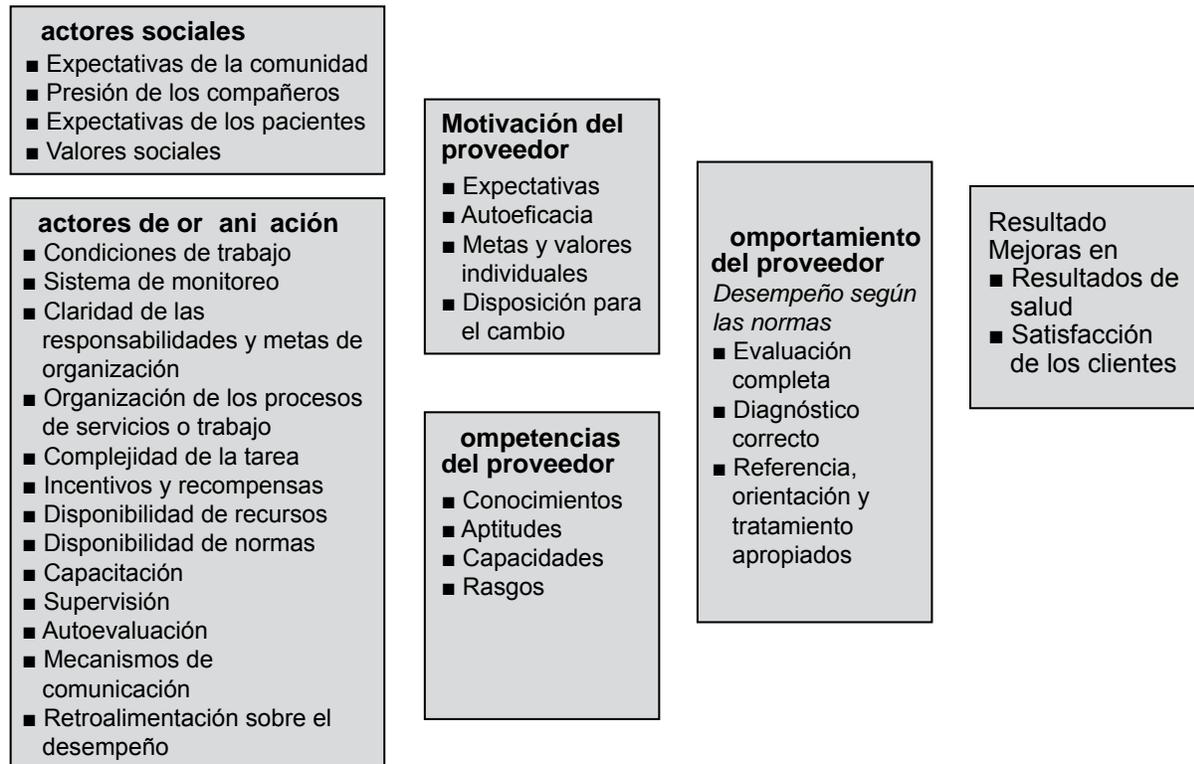
## 6. CONSIDERACIONES DE CALIDAD EN LA SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN

Hay dos razones técnicas y varias consideraciones prácticas que son esenciales para definir una herramienta de medición de la calidad (Waddell, 2001). Quien cree la herramienta es responsable de documentar estas propiedades esenciales y de poner esta información a disposición de cualquier posible usuario del instrumento de medición.

La validez se refiere a la relación entre la herramienta de medición y la finalidad para la que se creó. En otras palabras, una herramienta válida es capaz de medir aquello que se proponía. Las evidencias para apoyar la validez de la herramienta pueden incluir la demostración de que su contenido (por ejemplo, las afirmaciones o las preguntas) ha sido ratificado por expertos en esa área temática o se ha vinculado a las publicaciones científicas. Hay también cierta lógica que argumenta que una herramienta debe tener una apariencia acorde para su finalidad. A menudo se designa como validez nominal, que aunque no es una propiedad real de una herramienta —en el sentido del desarrollo (psicométrico) de herramientas— aumenta su aceptabilidad por parte de aquellos con los que se utilizará. La documentación que debe acompañar a cualquier herramienta de medición ha de facilitar detalles sobre las fuentes de las que se extrajeron los elementos y debe citar las calificaciones de los expertos que la examinaron y que ratificaron la idoneidad de los elementos presentados.

La confiabilidad se refiere a la reproducibilidad de los resultados obtenidos con el uso de una herramienta. Hay cierto grado de error que se asocia a cualquier instrumento de medición. No obstante, una herramienta fiable generará resultados similares (dentro de cierto grado de error de medición) cuando se use de nuevo con la misma población, en circunstancias similares, siempre que transcurra un periodo razonable entre las mediciones (fiabilidad de prueba-reprueba) o cuando es utilizada por dos o más individuos al mismo tiempo (confiabilidad de los interevaluadores). La documentación que debe acompañar a cualquier herramienta de medición debe proporcionar los datos que se generaron cuando se hicieron las pruebas de fiabilidad de la misma. Obviamente, incluso el instrumento más válido y fiable no será útil si el proceso de uso de la herramienta es demasiado pesado o demasiado costoso. La factibilidad de usar la herramienta debe considerarse cuidadosamente como componente del esfuerzo de selección de la misma.

FIGURA 1. Determinantes del desempeño de los proveedores de salud según las normas



Kak N, Burkhalter B, Cooper M. Measuring the competence of healthcare providers. Operations Research Issue Paper 2(1); Bethesda MD. Publicado para el proyecto de garantía de la calidad de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2001.

Reimpreso con permiso.

FIGURA 2. Marco para la implicación en el pensamiento crítico

**Pensar en la situación**

- ¿Qué cosa o cosas ocurrieron según su plan de manejo?
- ¿Qué cuestión o cuestiones le preocuparon o hicieron que se sintiera incómodo?
- ¿Qué cosa o cosas hizo bien cuando se presentó el tema o reto?
- ¿Qué podría haber hecho de otro modo que quizá hubiera producido un resultado diferente?
- Si usted tuviera a mano un elemento adicional (por ejemplo una persona, una pieza de un equipo, un suministro concreto), ¿Cómo habría podido variar la situación? ¿Por qué habría ayudado ese elemento?
- Si usted pudiera replantear una decisión, ¿Cuál sería su nueva decisión? ¿Qué diferencia de resultado hubiera supuesto en este caso?

## REFERENCIAS

- Benner P. 1984. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. California. Addison-Wesley
- Bhuiyan AB, Mukherjee S, Acharya S, Haider SJ, Begun F. Evaluation of a skilled birth attendant pilot training program in Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 90: 56-60.
- Blake TK. Journaling: an active learning technique. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2005; 2 (artículo e7). (Revista electrónica)
- Bose S, Oliveras E, Edson W. How can self-assessment improve the quality of healthcare? *Operations Research Issue Paper 2(4)*: 2001. Bethesda MD. Quality Assurance Project. Disponible en línea en [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org)
- Brunt BA. Models, measurement, and strategies in developing critical thinking skills. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2005; 36(6): 255-62.
- Buckingham S. Clinical competency: the right assessment tools? *Journal of Child Health Care*. 2000; 4(1): 19-22.
- Camp R, Tweet A. Benchmarking applied to health care. *Journal on Quality Improvement*. 1994; 20(5): 229-38.
- Carlough M, McCall M. Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 89:200-208.
- Collins Fulea C, Mohr JJ, Tillett J. Improving midwifery practice: the American College of Nurse Midwives' benchmarking project. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2005; 50(6): 461-71.
- Cowan D, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept: a focused review of the literature. *Nurse Education Today*. 2005; 25(5): 355-62.
- Cowan D, Norman I, Coopamah V. A project to establish a skills competency matrix for EU nurses. *British Journal of Nursing*. 2005; 14(11): 613-617
- Daly W. The development of an alternative method in the assessment of critical thinking as an outcome of nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(1):120-130.
- Edwards S. Critical thinking at the bedside: a practical perspective. *British Journal of Nursing*. 2003; 12(19): 1142-1149.
- Fesler Birch DM. Critical thinking and patient outcomes: a review. *Nursing Outlook*. 2005; 53(2): 59-65.
- Fraser D. Action research to improve the pre-registration midwifery curriculum. Part 3: can fitness for practice be guaranteed? The challenges of designing and implementing an effective assessment in practice scheme. *Midwifery*. 2000; 16: 287-294.
- Friedman S, Marr J. A supervisory model of professional competence: a joint service/education initiative. *Nurse Education Today*. 1995; 15(4): 239-244.

- Fullerton J, Engle H. Evaluation strategies for midwifery education linked to digital media and distance delivery technology. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003; 48(6): 426-436.
- Gunathunga W, Fernando DN. Assessment of community maternal care performance of public health midwives of a province in Sri Lanka: a multi-method approach. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2000; 31(2): 310-8.
- Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S, McCaw-Binns A, Burkhalter BR. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2004; 87: 203-210.
- Ibarreta GI, McLeod L. Thinking aloud on paper: an experience in journal writing. *The Journal of Nursing Education*. 2004; 43(3): 134-7.
- Kak N, Burkhalter B, Cooper M. Measuring the competence of healthcare providers. *Operations Research Issue Paper 2(1)*; 2001. Bethesda MD. Quality Assurance Project. Disponible en línea en [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org).
- Lonka K, Slotte V, Halttunen M, Kurki T, Tiitinen A, Vaara L, Paavonen J. Portfolios as a learning tool in obstetrics and gynaecology undergraduate training. *Medical Education*. 2001; 35: 1125-1130.
- Marquez L. Helping health care providers perform according to standards. *Operations Research Issue Paper 2(3)*; 2001; Bethesda MD. Quality Assurance Project. Disponible en línea en [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org)
- Nelson J, Apenhorst D, Carter L, Mahlum E, Schneider J. Coaching for competence. *MEDSURG Nursing*. 2004; 13(1): 32-35.
- Norman I, Watson R, Murrels T, Calman L, Redfen S. the validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39:133-145.
- O'Connor SE, Pearce J, Smith RL, Voegeli D, Walton P. An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competency based assessment. *Nurse Education Today*. 2001; 21(7): 559-68.
- Paterson KE, Leff EW, Luce MM, Grady MD, Clark EM, Allen ER. From the field: a maternal child health nursing competence validation model. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2004; 29(4): 230-235.
- Pearson A, Fitzgerald M, Walsh K et al. Continuing competence and the regulation of nursing practice. *Journal of Nursing Management*. 2002; 10: 357-364.
- Pehlke-Milde J, Beier J, zu Sayn-Wittgenstein, PHF, Fleming V. Vocational analysis of health care professions as a basis for innovative curricular planning. An analysis and prognosis of the development of the professional competencies of midwives – cornerstones of innovative curricula in tertiary education. *Nursing Education Today*. 2006; 26: 183-190.
- Pelletier D, Diers D. Developing data for practice and management: an Australian educational initiative. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*. 2004;22(4): 197-202.
- Penny S, Murray S. Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: a "state of the art" review. *Health Policy and Planning*. 2000; 15(4): 386-393.
- Price A. Encouraging reflection and critical thinking in practice. *Nursing Standard*. 2004; 18(47): 46, 52.
- Profetto McGrath J. Critical thinking and evidence based practice. *Journal of Professional Nursing*. 2005; 21(6): 364-71.
- Ramritu PL, Barnard A. New nurse graduates' understanding of competence. *International Nursing Review*. 2001; 48: 47-57.
- Rich A, Parker DL. Reflection and critical incident analysis: ethical and moral implications of their use within nursing and midwifery education. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 1050-7.
- Rhodes ML, Curran C. Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*. 2005; 23(5): 256-62.
- Seymour B, Kinn S, Sutherland S. Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 42(3): 288-296.
- Thomas L, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery and the

therapies: a systematic review of evaluations. *Quality and Safety in Health Care*. 1998; 7:183-191.

Turner P. Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. *Nursing Education Perspectives*; 2005;26(5): 272-277.

Vincent D, Hastings-Tolsma M, Park J. Down the rabbit hole: examining outcomes of nurse midwifery care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2004; 19(4): 361-367.

Waddell D. Measurement issues in promoting continued competence. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2001; 32(3): 102-6.

White AE. Competence vs. performance: Which is more important? *Journal of Advanced Nursing*. 1994;29:525-31.

Worth-Butler M, Murphy RJL, Fraser DM. Towards an integrated model of competence in midwifery. *Midwifery*. 1994;10:225-231.



## VIGILANCIA DE LAS COMPETENCIAS DE PARTERÍA PROFESIONAL

### Herramienta de autoevaluación

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
Conocimiento, habilidad o comportamiento profesional (CHC)				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
<p>COMPETENCIA N.º 1: Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios de los campos de las ciencias sociales, la salud pública y la ética que forman la base de la atención de calidad, culturalmente pertinente y apropiada que merece la mujer, el recién nacido y la familia.</p>								
<b>Conocimientos y aptitudes necesarios sobre:</b>								
1.1 Datos demográficos de la comunidad local, entre ellos: las cuestiones relativas a la salud y las enfermedades, la natalidad y la mortalidad. Otra información indispensable para trazar un perfil de la comunidad local incluye la disponibilidad y las condiciones del abastecimiento de agua, el saneamiento, los recursos de vivienda y las condiciones de la misma, la idoneidad del suministro de los alimentos, el nivel de alfabetismo y de educación en la población adulta (incluidas las mujeres), los riesgos ambientales y el acceso a los centros sanitarios.								
1.2 La cultura, las costumbres y las creencias locales, incluidas las prácticas tradicionales y la capacidad para distinguir entre las prácticas beneficiosas y las nocivas o que pueden serlo.								
1.3. Las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad maternas, perinatales y neonatales, y las estrategias para reducirlas.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
1.4 Estrategias de promoción y empoderamiento a la mujer para fomentar la equidad y velar por que se respeten a plenitud sus derechos humanos en lo que respecta a su bienestar general y acceso a la atención sanitaria.								
1.5 Conocer los datos demográficos, epidemiológicos —factores condicionantes y determinantes de salud de la comunidad local— lo cual le permite identificar factores de riesgo asociados a los problemas de salud.								
1.6 Los beneficios y riesgos de las circunstancias en que ocurre el parto, y las ventajas de que la atención esté a cargo de una partera profesional capacitada siempre que se presenten complicaciones.								
1.7 Recursos y estrategias factibles para efectuar la remisión inmediata a un centro sanitario de mayor complejidad si surgen complicaciones, o cuando la salud o la vida de la madre o de la criatura están en riesgo.								
1.8 Los servicios sanitarios nacionales y locales y las estrategias que permiten utilizar los recursos necesarios para brindar una buena atención maternoinfantil.								
1.9 La importancia y la función de otros profesionales de la salud y la capacidad para promover el trabajo eficaz en equipo.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
1.10 Aptitudes para comunicar y orientar.								
1.11 Nociones de ética y la aplicación de principios éticos al ejercicio de la partería.								
1.12 Epidemiología, promoción de la salud pública en la comunidad, estadísticas vitales y la forma de llevar registros.								
1.13 Atención primaria en la comunidad, mejoramiento de la promoción de la salud, estrategias de prevención de enfermedades.								
1.14 Teorías éticas, habilidades y destrezas para su aplicación a los temas relativos al ejercicio de la partería, con el fin de proporcionar un marco para la toma de decisiones.								
1.15 Estrategias de administración y gestión eficaces y su aplicación a los servicios de partería.								
<b>Comportamiento profesional. La partera profesional deberá:</b>								
1.16 Ejercer de manera responsable y dar cuenta de sus decisiones y actuación clínica.								
1.17 Aplicar correctamente las precauciones universales y todas las estrategias necesarias para el control de infecciones.								
1.18 Utilizar, mantener y, si corresponde, limpiar y esterilizar correctamente el equipo y usar los suministros con economía.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
1.19 Reconocer los signos y síntomas que indiquen complicaciones y la necesidad de consultar con personal médico o de efectuar la remisión, así como tomar medidas apropiadas y oportunas.								
1.20 Observar un comportamiento cortés, ético y respetuoso de la cultura (es decir, no autoritario) con todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, origen étnico o credo.								
1.21 Fomentar un modelo de trabajo participativo con las mujeres en todos los entornos, a objeto de capacitarlas para tomar decisiones fundamentadas respecto de todos los aspectos de la atención; y alentar a las mujeres a asumir la responsabilidad de su propia salud.								
1.22 Proporcionar educación sanitaria pertinente para la comunidad local e información sobre los servicios sanitarios a su disposición.								
1.23 Desarrollar y poner en práctica la comunicación efectiva con la mujer, la familia, la comunidad y los equipos de salud para facilitar los procesos de atención con las usuarias.								
1.24 Organizar bien su trabajo y el de los subordinados, de modo que el servicio sea eficiente y eficaz, en una atmósfera agradable.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
1.25 Trabajar en colaboración con otros trabajadores de la salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios a las mujeres y sus familias.								
1.26 Crear vínculos con líderes de la comunidad y demás personal clave para promover la maternidad segura.								
1.27 Aplicar técnicas y procedimientos de gestión a nivel comunitario y de servicios.								
<b>COMPETENCIA N.º 2: Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.</b>								
<b>Conocimientos:</b>								
2.1 Anatomía y fisiología del hombre y la mujer en relación con la fecundidad y la reproducción.								
2.2 Crecimiento y desarrollo de los seres humanos y su relación con el desarrollo sexual, la sexualidad y la actividad sexual.								
2.3 Pautas culturales relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la procreación.								
2.4 Componentes de la historia clínica, la historia familiar y la historia genética pertinente.								
2.5 Detalles indispensables del examen físico necesarios, y los estudios de laboratorio que permiten juzgar la posibilidad de un embarazo sano.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
2.6 Educación sanitaria orientada a la salud reproductiva, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la infección por el VIH/sida, la promoción de la salud y el bienestar generales, y la supervivencia infantil.								
2.7 Métodos didácticos eficaces y conocimiento de la forma como aprenden los adultos.								
2.8 Métodos naturales para espaciar el nacimiento de los hijos y otros métodos localmente disponibles y culturalmente aceptables de planificación de la familia.								
2.9 Métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, mecánicos, y quirúrgicos; ventajas e inconvenientes de cada método, criterios de elegibilidad e instrucciones para emplearlos eficazmente.								
2.10 Técnicas de orientación para que la mujer tome decisiones fundamentadas al optar por un método de planificación familiar.								
2.11 Signos y síntomas de la infección de las vías urinarias e infecciones de transmisión sexual comunes, especialmente de las que son prevalentes en el país o la región, y métodos de tratamiento adecuados.								
2.12 Factores que inciden en la toma de decisiones respecto de embarazos no planificados o no deseados.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
2.13 Indicadores de enfermedades comunes agudas y crónicas, sobre todo las que son prevalentes en el país o la región y, cuando corresponda, la derivación para su confirmación y tratamiento.								
2.14 Indicadores y métodos de orientación y remisión en los casos de relaciones interpersonales disfuncionales, incluidos los problemas sexuales, la violencia doméstica, el maltrato emocional y el descuido físico.								
2.15 Fundamentos de la educación, métodos didácticos y estilos de aprendizaje de los adultos.								
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional deberá:</b>								
2.16 Llevar a cabo una anamnesis completa y específica de manera sensible y amistosa, asegurando a la mujer la confidencialidad.								
2.17 Realizar el examen físico general de la mujer incluyendo el examen ginecológico y el examen de mamas para pesquisar patologías prevalentes y juzgar la importancia de cualquier hallazgo anormal.								
2.18 Solicitar o realizar e interpretar correctamente algunas pruebas de laboratorio comunes, como el hemograma completo, análisis de orina y su estudio microscópico, y otros exámenes pertinentes de acuerdo a la realidad local, que detectan ITS (Ej. VDRL).								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
2.19 Relacionar todos los datos obtenidos a partir del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de modo que pueda suministrarse la información y la atención adecuadas a la mujer.								
2.20 Utilizar de manera apropiada la educación sanitaria y las aptitudes básicas de orientación cuando se brinda información y orientación.								
2.21 Ofrecer métodos de planificación familiar a los que se pueda recurrir localmente, y que sean culturalmente aceptables y conformes a la elección y condición de la mujer.								
2.22 Llevar un registro de todos los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas; todo tipo de asesoramiento, orientación y tratamiento brindados; los dispositivos o los medicamentos administrados; y las recomendaciones para el seguimiento.								
2.23 Ofrecer una gama amplia de servicios de planificación familiar, entre ellos la colocación de dispositivos intrauterinos o de implantes, el seguimiento y la capacidad para brindar orientación y atención apropiados ante cualquier efecto colateral adverso.								
2.24 Ser capaz de efectuar correctamente un frotis cervicouterino para estudio de citología (prueba de Papanicolaou)								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5

COMPETENCIA N.º 3: La partera profesional brinda atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal, así como para detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.

**Conocimientos:**

3.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor y de otras partes pertinentes del cuerpo humano.								
3.2 El ciclo menstrual, la fecundación, la implantación y el desarrollo de la placenta, el embrión y el feto.								
3.3 Confirmación del embarazo por medio de los signos, la exploración física y los análisis de laboratorio.								
3.4 Determinación de la edad gestacional a partir de los antecedentes menstruales, el tamaño del útero y la fecha en que comienzan los movimientos fetales.								
3.5 Realización de una anamnesis general y específica completa acerca del embarazo, la salud de la mujer y sus antecedentes obstétricos y familiares de salud.								
3.6 Evaluación de los componentes de la exploración física general de la semiología obstétrica en el embarazo y la importancia de los resultados.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.7 Comprensión de las características especiales de las maniobras y exploraciones del abdomen que permiten determinar el crecimiento y el estado del feto en las distintas etapas del embarazo relacionando: la altura del fondo uterino, la actividad y frecuencia cardíaca del feto y, en las últimas semanas, la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto.								
3.8 Pruebas de detección durante el embarazo y la interpretación de sus resultados; por ejemplo: clasificación de grupo y RH, test Coombs de concentración de hemoglobina; análisis de glicemia y de orina para detectar la presencia de glucosa, proteínas y cetonas; pruebas para detectar la sífilis, como la de la reagina plasmática rápida (RPR); análisis de laboratorio para detectar bacteriuria asintomática –si es factible–de acuerdo a las normativas de cada país y, en las zonas de riesgo, infección por el VIH (si la mujer da su consentimiento).								
3.9 Cambios fisiológicos propios del embarazo y orientación sobre los trastornos menores que pueden provocar algunos de ellos, así como la utilización de preparados inocuos locales a base de plantas medicinales que no sean preparados farmacológicos.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.10 Adaptaciones psicológicas que tienen lugar en el embarazo y su repercusión sobre la mujer y la familia.								
3.11 Necesidades nutritivas de la mujer embarazada y del feto.								
3.12 Educación sanitaria y la orientación con respecto a la higiene, la nutrición, el trabajo doméstico y fuera del hogar, la sexualidad y los peligros asociados con el consumo de tabaco, alcohol, y drogas, incluidos los medicamentos tradicionales, los de venta sin receta y las drogas ilícitas.								
3.13 Elección de un lugar apropiado para el parto.								
3.14 Preparación para el parto, incluida la instrucción sobre lo que sucede durante el periodo de dilatación (trabajo de parto), las medidas para aliviar las contracciones y brindar la atención del recién nacido.								
3.15 Alimentación del lactante, con inclusión de las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo si la madre VIH positiva la prefiere.								
3.16 Reconocimiento del comienzo del parto.								
3.17 Educación de las mujeres y sus familias acerca de los signos y síntomas de problemas graves que pueden surgir en el embarazo y la necesidad de recurrir de inmediato a un proveedor calificado.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.18 Diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves durante el embarazo que exigen atención inmediata: Por ejemplo, preeclampsia y eclampsia; hemorragia vaginal; parto prematuro; rotura prematura de las membranas; anemia grave; aborto; embarazo ectópico o múltiple; presentación fetal defectuosa a término (de nalgas o de hombro).								
3.19 Biología de la reproducción humana: regulación neurohormonal de la reproducción humana y respuestas fisiológicas maternas y fetales al embarazo.								
3.20 Genética.								
3.21 Atención de la mujer antes de la concepción (consejería preconcepcional).								
3.22 Promoción de la salud y educación sanitaria.								
3.23 Educación para ser padres.								
3.24 Preparación física para el periodo prenatal, el parto y el puerperio.								
3.25 Complicaciones médicas y sus consecuencias para el embarazo; reconocer las situaciones en las que es necesario remitir a la mujer a un centro sanitario de mayor complejidad para que reciba atención prenatal y del parto, por ejemplo, anemia grave, diabetes, enfermedades cardíacas o respiratorias, hipertensión arterial idiopática, nefropatía o hipertiroidismo.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional tendrá a su cargo:</b>								
3.26 Realizar la anamnesis clínico inicial y ponerla al día en cada consulta prenatal.								
3.27 Calcular la fecha probable del parto a partir de la fecha de la última menstruación, si esta se conoce; en el caso contrario, la edad gestacional podrá determinarse a partir de la fecha en que comiencen los movimientos fetales y de la altura del fondo uterino.								
3.28 Realizar una exploración física general completa y explicar los resultados a la mujer.								
3.29 Valorar los signos vitales maternos, como temperatura corporal, presión arterial y pulso.								
3.30 Determinar el estado nutricional de la madre y ofrecerle orientación apropiada sobre las necesidades nutritivas durante el embarazo y cómo satisfacerlas.								
3.31 Aplicar semiología obstétrica, incluida la medición de la altura del fondo uterino y su comparación con la edad gestacional, para evaluar el crecimiento fetal y determinar la etapa del embarazo; en las últimas semanas del embarazo, evaluar cantidad de líquido amniótico, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar los latidos para determinar el bienestar fetal.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.32 Emplear el método de Doppler —siempre que sea posible— para efectuar el monitoreo electrónico del corazón fetal y su comportamiento.								
3.33 Emitir diagnóstico correlacionando todos los datos obtenidos a partir de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados, de manera que pueda proporcionar a la mujer información, orientación y atención apropiadas.								
3.34 Indicar a la mujer las medidas que puede tomar para aliviar los malestares comunes del embarazo.								
3.35 Realizar tamizaje de violencia intra familiar.								
3.36 Educar a las mujeres sobre temas de salud, como nutrición, higiene, ejercicio, trabajo doméstico y fuera del hogar, riesgos ambientales para el embarazo, peligros del consumo de tabaco, alcohol, drogas y de medicamentos no recetados, actividad sexual de menor riesgo y riesgos de infección por VIH e ITS.								
3.37 Ofrecer atención preventiva y saber tratar las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de las vías urinarias y respiratorias y la malaria.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.38 Educar a las mujeres y sus familias acerca de la necesidad de consultar de inmediato a un proveedor calificado si aparece cualquiera de los signos de peligro siguientes, ya que indican la aparición de una complicación grave: cefalea intensa, trastornos visuales, dolor epigástrico, sangrado y hemorragia vaginal, dolor abdominal acompañado de desmayos, vómitos intensos, rotura prematura de las membranas, fiebre, flujo vaginal fétido o irritante, disminución o ausencia de movimientos fetales.								
3.39 Diagnosticar las complicaciones graves del embarazo y consultar urgentemente a un centro sanitario de mayor complejidad; en caso de que no se pueda recurrir a un médico local, dar la atención de urgencia que corresponda y derivar a la mujer que presente los siguientes signos y síntomas a un médico de un centro sanitario de mayor complejidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión arterial y proteinuria, cefalea intensa, o bien alteraciones visuales y dolor epigástrico acompañados de hipertensión arterial.</li> <li>Hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo.</li> <li>Dolor abdominal acompañado de desmayos en el embarazo temprano, con o sin hemorragia vaginal.</li> </ul>								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
1	2	3	4	5				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo múltiple.</li> <li>• Presentación fetal defectuosa a término (por ej., de nalgas o de hombro).</li> <li>• Rotura prematura de las membranas.</li> <li>• Muerte fetal intrauterina, si el trabajo de parto no comienza en unas tres semanas, o antes si la mujer tiene un gran sufrimiento.</li> <li>• Fiebre alta.</li> </ul>								
3.40 Registrar la información obtenida del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como la orientación y las instrucciones impartidas para el seguimiento.								
<b>Reanimación y otras aptitudes. Siempre que sea necesario, la partera profesional:</b>								
3.41 Efectuará la rotación cefálica externa para la presentación de nalgas en la última etapa del embarazo.								
3.42 Ejecutará técnicas avanzadas para el tratamiento de urgencia de las afecciones que pueden surgir en el embarazo y ponen la vida en riesgo, entre ellas: preeclampsia, eclampsia y hemorragia graves antes del parto; embarazo ectópico; complicaciones del aborto; e infección grave.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
3.43 Procederá a efectuar el diagnóstico oportuno y brindar atención a tiempo y, si corresponde, remitirá a la mujer a otro centro sanitario cuando se presenten los siguientes signos o situaciones anormales en el embarazo: a) Tamaño fetal pequeño o grande para la edad gestacional (si se conoce la fecha de la última menstruación); b) Presuntos polihidramnios u oligohidramnios. c) Infecciones y otras enfermedades graves como pielonefritis, problemas de las vías respiratorias, meningitis y malaria. d) Amenaza de parto prematuro. e) Enfermedades periodontales.								
3.44 Demostrará aptitudes superiores de enseñanza y orientación.								
3.45 Demostrará aptitudes en materia de gestión.								
<p><b>COMPETENCIA N.º 4:</b> Las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales.</p> <p><b>Conocimientos:</b></p>								
4.1 Fisiología del parto.								
4.2 Anatomía del cráneo fetal, incluidos el diámetro cefálico, las suturas y las fontanelas.								
4.3 Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto.								
4.4 Humanización del parto.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.5. Signos y síntomas del comienzo del parto.								
4.6 Evaluación del progreso del parto y el empleo del partograma o de otro instrumento similar.								
4.7 Determinaciones de signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto: frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio.								
4.8 Medidas para evaluar el bienestar materno durante el trabajo de parto.								
4.9 Medidas que elija la madre que le permitan aliviarse durante el parto: la compañía permanente de la persona que ella prefiera; la evacuación de la vejiga de manera higiénica; la hidratación y la nutrición; los cambios de postura que elija la mujer; deambulación, apoyo emocional y alivio del dolor sin fármacos.								
4.10 Medidas necesarias para prevenir las infecciones.								
4.11 Diagnóstico y manejo del periodo expulsivo del parto.								
4.12 Mecanismos del parto (es decir, el paso y descenso del feto por la pelvis durante el periodo expulsivo y el nacimiento).								
4.13 Indicaciones de la episiotomía con enfoque restrictivo y la técnica para realizarla, incluida la maniobra de infiltración anestésica del perineo.								

## ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.14 Técnica para la extracción hábil del feto, evitando las intervenciones innecesarias.								
4.15 Mantener la termorregulación del neonato y manejar los procedimientos para conseguirlo, la evaluación de la respiración y las maniobras de reanimación, el cuidado del cordón umbilical, el apego precoz piel a piel, el fomento de la lactancia temprana o la alimentación sucedánea si la madre es VIH seropositiva y así lo prefiere.								
4.16 Uso y mecanismo de acción de los fármacos oxitócicos en el alumbramiento y posteriormente, si son necesarios para detener la hemorragia.								
4.17 Prevención de la hemorragia del posparto a través del manejo activo del tercer periodo.								
4.18 Alumbramiento fisiológico.								
4.19 Cálculo de la sangre perdida.								
4.20 Razones del examen de la placenta y las membranas del cordón umbilical, y las técnicas para examinarlas y eliminarlas en forma segura.								
4.21 Maniobras para el examen del perineo, la vulva y el segmento inferior de la vagina en busca de desgarros, y para determinar el grado de los desgarros perineales.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
1	2	3	4	5				
4.22 Técnica de sutura de los desgarros de segundo grado del perineo y el segmento inferior de la vagina.								
4.23 Medidas para evaluar el estado de la mujer después del parto.								
4.24 Complicaciones durante el parto que requieren atención y remisión de urgencia: hemorragia durante el parto, embarazo múltiple, presentación fetal defectuosa, sufrimiento fetal, prociencia y procúbito del cordón umbilical, periodo expulsivo prolongado u obstruido, distocia de hombro, retención de la placenta, hemorragia puerperal, desgarros graves de la vagina y del cuello uterino, infecciones graves.								
4.25 Conocimiento de la importancia del control acucioso del recién nacido en las dos primeras horas posteriores al parto.								
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional se encargará de:</b>								
4.26 Practicar un tacto vaginal para determinar el grado de borramiento y dilatación del cuello uterino; verificar si las membranas están íntegras o se han roto; reconocer la parte que se presenta, la posición fetal y el grado de descenso de la cabeza, y determinar si la pelvis permitirá el paso del feto.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.27 Evaluar correctamente la progresión del parto por medio de la observación y la exploración física con ayuda del partograma u otro instrumento similar, para determinar el grado de dilatación del cuello uterino.								
4.28 Vigilar regularmente el estado de la madre y el feto durante todo el parto; detectar cualquier anomalía y tomar las medidas apropiadas oportunamente.								
4.29 Prestar apoyo psicológico y emocional a la mujer y su familia; procurar que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiera; darle información completa sobre la evolución del parto, y hacerla participar en todas las decisiones relacionadas con su atención.								
4.30 Mantener a la mujer en condiciones óptimas durante el parto, lo cual significa una hidratación y nutrición adecuadas; evacuación regular de la vejiga; aplicar medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones; y aliviar el dolor sin fármacos, por ejemplo, mediante la adopción de las posturas que ella prefiera.								
4.31 Reconocer con prontitud los signos y síntomas que marcan el comienzo del periodo expulsivo del parto y prestar asistencia constante; y mantener la observación y el apoyo en todo momento, permitiendo que la mujer pujan espontáneamente.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.32 Prevenir infecciones haciendo que la mujer dé a luz en un ambiente sin riesgos e higiénico; mantener las más altas normas de higiene y usar equipo limpio o estéril, incluidos los guantes.								
4.33 Aplicar anestesia local al perineo antes de hacer una episiotomía, si esta está indicada.								
4.34 Practicar la episiotomía inmediatamente antes del parto, pero solo si está indicada debido a sufrimiento o prematuridad fetales, antecedente de desgarro perineal de tercer grado, o bien si el parto es complicado (presentación de nalgas o distocia de hombro).								
4.35 Permitir que la mujer dé a luz interfiriendo lo menos posible con el mecanismo del parto.								
4.36 Prestar la atención inmediata al recién nacido: secarlo, liberar vías aéreas si es necesario, verificar la respiración; permitir el contacto directo entre la piel del neonato y la de la madre; cubrirlo para que mantenga el calor del cuerpo, y cortar el cordón umbilical.								
4.37 Llevar a cabo el manejo activo del alumbramiento con inclusión del uso de un fármaco uterotónico, de preferencia oxitocina por vía intramuscular, a razón de 10 UI.								
4.38 Si no se dispone de algún medicamento oxitócico, apoyar correctamente el alumbramiento fisiológico.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.39 Después de la expulsión de la placenta y las membranas, comprobar que el útero se contraiga bien, friccionando el fondo para desencadenar una contracción y la expulsión de los coágulos –si es necesario– y comprobar que la hemorragia vaginal sea mínima; en caso de hemorragia profusa, aplicar las medidas urgentes para detenerla.								
4.40 Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.								
4.41 Examinar la vulva, el perineo y el segmento inferior de la vagina para detectar desgarros, y reparar los desgarros de segundo grado del perineo; remitir a un especialista a las mujeres con desgarros perineales de tercer grado o con desgarro del cuello uterino, a menos que se posea el adiestramiento y la experiencia para practicar estas técnicas quirúrgicas avanzadas.								
4.42 Calcular y anotar toda pérdida sanguínea con la mayor exactitud posible.								
4.43 Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.								
4.44 Vigilar el estado de la madre, cuidando de que los signos vitales y la hemorragia vaginal estén dentro de los límites normales y que el útero permanezca bien contraído.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.45 Tratar urgentemente la hemorragia puerperal, si ocurre, con masaje uterino y administración de medicamentos oxitócicos; evacuar la vejiga; instalar una venoclisis y, si el sangrado persiste, comprimir la aorta o efectuar compresión bimanual y tomar los recaudos para la remisión de la paciente.								
4.46 Colocar una sonda urinaria empleando una técnica aséptica para evitar infecciones.								
4.47 Dar asistencia de partería manteniendo estrictas normas de higiene para procurar que la madre esté limpia, seca y cómoda, y que tenga la posibilidad de vaciar la vejiga.								
4.48 Vigilar el estado del recién nacido: comprobar que la respiración y el color sean normales, que se mantenga el calor corporal y que no haya hemorragia por el cordón umbilical.								
4.49 Reanimar al recién nacido, si nace con asfixia o si presenta problemas respiratorios.								
4.50 Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del bebé a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.								

## ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.51 Aconsejar, reconfortar y apoyar a la madre y el padre cuando se detectan malformaciones en el recién nacido, o en caso de mortinato o deceso del bebé durante el periodo puerperal inmediato.								
4.52 Anotar toda la información relativa al nacimiento, a la atención prestada a la madre y el bebé, y a las recomendaciones dadas para el seguimiento.								
4.53 Organizar y manejar equipos para brindar atención de emergencia (carro de paro).								
<b>Reanimación de la madre y otras aptitudes avanzadas. Siempre que sea necesario, la partera profesional deberá estar en condiciones de:</b>								
4.54 Diagnosticar la mala presentación fetal (por ej., de nalgas o de cara) y asistir un parto sin riesgo.								
4.55 Resolver correctamente la prociencia del cordón umbilical.								
4.56 Aplicar un anestésico local como paso previo a la extracción con fórceps.								
4.57 Llevar a cabo partos sin riesgo usando la ventosa o los fórceps.								
4.58 Tratar correctamente la distocia de hombro.								
4.59 Realizar correctamente la extracción manual de la placenta y las membranas.								
4.60 Detectar y reparar los desgarros de la parte superior de la vagina y del cuello uterino, así como los desgarros perineales de tercer grado.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
4.61 Realizar la compresión bimanual interna del útero para detener la hemorragia puerperal.								
4.62 Realizar correctamente la compresión aórtica para detener la hemorragia puerperal.								
4.63 Colocar una venoclisis y extraer sangre para análisis: hematocrito, hemoglobina, determinación de grupo y factor y detección de algunas enfermedades.								
4.64 Administrar correctamente los medicamentos oxitócicos para provocar el parto o intensificarlo; y practicar la venoclisis para tratar la hemorragia puerperal.								
4.65 Recetar y administrar ciertos medicamentos, por ejemplo, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, diazepam, antibióticos y analgésicos.								
4.66 Administrar tratamiento de urgencia y organizar el traslado oportuno de las mujeres con complicaciones graves a un centro sanitario de mayor complejidad; llevar los medicamentos y el equipo apropiado y acompañar a las pacientes durante el traslado para proporcionarles atención de urgencia, según sea necesario.								
4.67 Efectuar la reanimación cardiopulmonar.								
4.68 Verificación y atención del postaborto.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5

COMPETENCIA N.º 5: En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada

**Conocimientos:**

5.1 Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no solo al aparato reproductor, sino también a los demás aparatos y sistemas.								
5.2 La fisiología de la lactancia, cómo iniciar y mantener el amamantamiento; reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.								
5.3 Los cambios psíquicos y emocionales que pueden ocurrir durante el puerperio y la necesidad de apoyo psicosocial.								
5.4 El vínculo entre madre e hijo y los factores que lo fomentan y dificultan.								
5.5 Vigilancia del estado físico, emocional y psíquico de la madre en el periodo puerperal inmediato.								
5.6 Los aspectos físicos de la atención, incluido el sueño, el reposo y la actividad adecuados; buena alimentación; normas estrictas de higiene personal y cuidado perineal y urinario.								
5.7 Los riesgos de infección y las medidas para prevenirla en la madre y el niño después del parto.								
5.8 La educación sanitaria y la instrucción acerca del cuidado personal, las medidas para aliviar problemas de salud leves, comunes en el puerperio, y la atención del recién nacido.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
5.9 El método y los motivos que justifican la práctica de exámenes de la madre en el puerperio inmediato y a las seis semanas del parto.								
5.10 El diagnóstico y el tratamiento de la anemia puerperal.								
5.11 El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio, por ejemplo, infección del aparato reproductor, infección u otros trastornos de las vías urinarias, mastitis, fenómenos tromboembólicos, eclampsia, hemorragia puerperal, incompatibilidad al factor Rh y trastornos psiquiátricos.								
5.12 El duelo que se produce en caso de mortinato, muerte del bebé en el periodo neonatal o nacimiento de un niño anormal, y la función de la partera profesional de orientar, reconfortar y apoyar a la madre y a la familia								
5.13 Las complicaciones obstétricas que pueden surgir en el puerperio (por ej., eclampsia, Síndrome de Hellp, septicemia puerperal, hemorragia puerperal, embolia), el tratamiento de urgencia correspondiente y los arreglos para efectuar la derivación.								
5.14 Las enfermedades que pueden complicar el puerperio, por ej., afecciones cardíacas, pulmonares y renales, y trastornos provocados por la hipertensión arterial y la diabetes.								

## ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
5.15 Aptitudes para brindar asesoramiento avanzado a la mujer y su familia, por ejemplo, en caso de VIH, después de un aborto, tras el nacimiento de un niño con malformaciones o por la muerte del recién nacido en el periodo perinatal.								
5.16 Técnica de la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.								
5.17 Propender al alojamiento conjunto con el recién nacido.								
5.18 Reconocer los datos importantes en los registros clínicos, o llevar a cabo un interrogatorio acerca del embarazo, el parto y el puerperio inmediato, a objeto de detectar factores que incidirán en la atención y la orientación brindados.								
5.19 Realizar un examen físico puerperal sistemático a la madre para detectar cualquier problema real o posible.								
5.20 Proporcionar el tratamiento apropiado y oportuno de cualquier anomalía detectada durante el examen puerperal.								
5.21 Facilitar y apoyar el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.								
5.22 Aplicar medidas para prevenir la propagación de infecciones puerperales, y para diagnosticar y tratar las endometritis.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
1	2	3	4	5				
5.23 Educar y aconsejar a la mujer sobre su cuidado personal y el del bebé.								
5.24 Asesorar a la mujer que ha tenido un mortinato o un aborto con respecto a la planificación familiar y la actividad sexual sin riesgo, y darle la posibilidad de tomar una decisión fundamentada respecto del método anticonceptivo más conveniente para ella.								
5.26 Mantener un registro riguroso de la atención puerperal y disponer de lo necesario para el seguimiento o la remisión, según corresponda.								
5.27 Identificar alteraciones de índole psicológico o de desadaptación al medio que incidan en su salud mental, y referir oportunamente.								
<b>Reanimación y otras aptitudes. Siempre que sea necesario, la partera profesional tendrá a su cargo:</b>								
5.28 Atención de urgencia de la mujer durante y después de una crisis de eclampsia y los arreglos necesarios para la remisión.								
5.29 Tratamiento de las hemorragias puerperales, incluida la evacuación del útero.								
5.30 Evacuación de un hematoma.								
5.31 Tratamiento de urgencia de la septicemia puerperal grave y los preparativos para la remisión de la mujer.								
5.32 Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
5.33 Proporcionar enseñanza y orientación avanzadas.								
5.34 Dominio de técnicas avanzadas de planificación familiar, por ejemplo, la colocación de un dispositivo intrauterino o de implantes.								
La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado preventivo del niño preescolar.								
<b>Conocimientos:</b>								
6.1 Cambios fisiológicos al nacer.								
6.2 Evaluación y atención del recién nacido.								
6.3 Maniobras de reanimación neonatal básicas y avanzadas.								
6.4 Vínculo entre madre e hijo.								
6.5 Procedimiento para examinar al niño en el momento de nacer y más adelante.								
6.6 Alimentación del recién nacido, lactancia materna y alimentación sustituta.								
6.7 Necesidades nutritivas del lactante y el niño preescolar.								
6.8 Elementos esenciales de la atención diaria del recién nacido: mantenimiento de la termorregulación, cuidado de la piel y del cordón umbilical, vigilancia de los signos de infección o ictericia, observación de la frecuencia y las características de las heces, la alimentación, y los signos de crecimiento y detención de éste.								
6.9 Prevención de infecciones.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
6.10 Curva normal del crecimiento y desarrollo durante los cinco primeros años de vida.								
6.11 Calendario de vacunación de los cinco primeros años.								
6.12 Trastornos comunes del recién nacido: erupciones cutáneas, vómitos e infecciones leves, problemas leves de alimentación e ictericia fisiológica.								
6.13 Enfermedades y trastornos graves del recién nacido: infecciones graves, dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, ictericia patológica, traumatismos al nacer, malformaciones congénitas y convulsiones en el periodo neonatal.								
6.14 Enfermedades infecciosas: diagnóstico, tratamiento y complicaciones.								
6.15 Recién nacidos de bajo peso al nacer: prematuros y pequeños para la edad gestacional.								
6.16 Estadísticas vitales: tasas de mortinatalidad nacional y local, tasas de morbilidad y mortalidad perinatales, neonatales y de menores de un año; causas de morbilidad y mortalidad y las medidas que se requieren para reducir las tasas actuales.								
6.17 Seguimiento del lactante y el niño preescolar y forma correcta de utilizar los registros clínicos.								

# ANEXO 1: HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
6.18 Trastornos metabólicos y endocrinos del recién nacido: hipocalciemia e hipomagnesiemia, hipernatriemia, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística e hipotiroidismo.								
6.19 Atención del recién nacido de muy bajo peso al nacer.								
6.20 Manejo de la madre y padre canguro.								
6.21 Trastornos cardíacos prevalentes del recién nacido.								
6.22 Muerte súbita del recién nacido.								
6.23 Conocimientos profundos de los factores asociados con la muerte fetal; las tasas de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y los menores de un año, y nociones sobre las estrategias que se requieren en los ámbitos nacional y local para reducirlas.								
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional estará en condiciones de:</b>								
6.24 Despejar las vías respiratorias del recién nacido, si es necesario, para facilitar la respiración.								
6.25 Evaluar el estado del recién nacido.								
6.26 Utilizar correctamente la bolsa de ventilación y la mascarilla para reanimar al recién nacido que presenta asfixia.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
6.27 Secar la piel del recién nacido al nacer, colocarlo en el abdomen o el tórax de la madre de modo que haya contacto de su piel con la de ella, y cubrirlo para mantener la temperatura corporal; si este contacto no es posible, colocar al bebé en una superficie limpia y templada, y abrigarlo bien.								
6.28 Pinzar y cortar el cordón umbilical solo en el momento que sea necesario (cuando dejé de latir o antes en caso de patología fetal), adoptando las medidas necesarias para evitar que se infecte.								
6.29 Examinar sistemáticamente al recién nacido, cabeza a pies , para detectar cualquier malformación congénita, traumatismos del parto o signos de infección.								
6.30 Ayudar a la madre a colocar al recién nacido para amamantarlo, evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre sobre posibles dificultades posteriores y a la detección precoz de problemas.								
6.31 Instruir a la madre y a la familia sobre todos los aspectos de la alimentación del lactante, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
				1	2	3	4	5
6.32 Enseñar a la madre a realizar correctamente las tomas de leche y supervisarla; enseñarle a dar biberón al recién nacido si ha optado por la alimentación con sucedáneos de la leche materna.								
6.33 Mostrar el seguimiento correcto de las medidas de higiene para evitar infecciones en el recién nacido y el niño preescolar.								
6.34 Apoyar a los padres y la familia en situaciones de duelo perinatal.								
6.35 Instruir a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseñarle a verificar que las heces sean normales.								
6.36 Vigilar el crecimiento y el desarrollo del recién nacido desde el periodo neonatal y durante los cinco primeros años de vida.								
6.37 Detectar enfermedades leves y graves en el recién nacido y tratarlas como es debido, así como hacer los arreglos para la remisión en caso necesario.								
6.38 Dar la atención adecuada al bebé de bajo peso al nacer y organizar la remisión si surgen complicaciones potencialmente graves o si el peso del bebé al nacer es muy bajo								

Afirmaciones de competencia de la OMS	COMPETENCIA			CONFIANZA				
	Mis conocimientos no están actualizados o no llevé a cabo esta habilidad de forma segura en el último año	He actualizado mis conocimientos o llevé a cabo esta habilidad de forma segura al menos una vez en el último año	Estoy actualizado en mis conocimientos o he llevado a cabo esta habilidad con seguridad en más de una ocasión en el último año	Autoevaluación de la confianza en el conocimiento actual o desempeño seguro de estos elementos de la tarea				
				Ninguna		Cierta		Mucha
1	2	3	4	5				
6.39 Instruir a los padres sobre los signos de enfermedades potencialmente graves en el recién nacido y el niño preescolar, y sobre la necesidad de consultar de inmediato a un proveedor calificado.								
6.40 Administrar las vacunas correctamente en el momento óptimo y advertir a los padres acerca de los posibles efectos adversos y la fecha en que deben regresar para administrar las demás vacunas.								
6.41 Orientar a los padres sobre la forma de utilizar los recursos comunitarios destinados a las familias.								
6.42 Informar sobre el seguimiento para la vigilancia y la atención médicas.								
6.43 Llevar un registro completo y preciso en el formulario de datos correcto.								
6.44 Educar a las madres y a los padres para que realicen la estimulación psicosocial del recién nacido, niña y niño.								
<b>Reanimación y otras aptitudes. Cuando sea necesario, la partera profesional podrá proporcionar o aplicar:</b>								
6.42 Maniobras avanzadas de reanimación, como la insuflación con oxígeno a presión positiva, intubación endotraqueal y administración de medicamentos al recién nacido con asfisia grave.								
6.43 Determinación exacta de la edad gestacional.								
6.44 Atención al recién nacido enfermo o de muy bajo peso al nacer.								



## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
<p>COMPETENCIA N.º 1: Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios de los campos de las ciencias sociales, la salud pública y la ética que forman la base de la atención de calidad, culturalmente pertinente y apropiada que merece la mujer, el recién nacido y la familia.</p> <p><b>Conocimientos y aptitudes necesarias sobre:</b></p>								
1.1 Datos demográficos de la comunidad local, entre ellos: las cuestiones relativas a la salud y las enfermedades, la natalidad y la mortalidad. Otra información indispensable para trazar un perfil de la comunidad local incluye la disponibilidad y las condiciones del abastecimiento del agua, el saneamiento, los recursos de vivienda y las condiciones de la misma, la idoneidad del suministro de los alimentos, el nivel de alfabetismo y de educación en la población adulta (incluidas las mujeres), los riesgos ambientales y el acceso a los centros sanitarios.								
1.2 La cultura, las costumbres y las creencias locales, incluidas las prácticas tradicionales y la capacidad para distinguir entre las prácticas beneficiosas y las nocivas o que pueden serlo.								
1.3 Las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad maternas, perinatales y neonatales, y las estrategias para reducir las.								
1.4 Estrategias de promoción y empoderamiento a la mujer para fomentar la equidad y velar porque se respeten a plenitud sus derechos humanos en lo que se refiere a su bienestar general y al acceso a la atención sanitaria.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
1.5 Conocer los datos demográficos y epidemiológicos, factores condicionantes y determinantes de salud de la comunidad local, lo cual le permite identificar factores de riesgo asociados a los problemas de salud								
1.6 Los beneficios y riesgos de las circunstancias en ocurre el parto, y las ventajas de que la atención durante el parto esté a cargo de una partera profesional capacitada, y siempre que se presenten complicaciones.								
1.7 Recursos y estrategias factibles para efectuar la remisión inmediata a un centro sanitario de mayor complejidad si surgen complicaciones, o cuando la salud o la vida de la madre o de la criatura están en riesgo.								
1.8 Los servicios sanitarios nacionales y locales y las estrategias que permiten utilizar los recursos necesarios para brindar una buena atención maternoinfantil.								
1.9 La importancia y la función de otros profesionales de la salud y la capacidad para promover el trabajo eficaz en equipo.								
1.10 Los programas nacionales de vacunación y el suministro de las vacunas adecuadas para la comunidad local.								
1.11 Aptitudes para comunicar y orientar.								
1.12 Nociones de ética y la aplicación de principios éticos al ejercicio de la partería.								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
1.13 Epidemiología, promoción de la salud pública en la comunidad, estadísticas vitales y la forma de llevar registros.								
1.14 Atención primaria en la comunidad, mejoramiento de la promoción de la salud, estrategias de prevención de enfermedades.								
1.15 Teorías éticas y habilidades y destrezas para su aplicación en los temas relativos al ejercicio de la partería, con el fin de proporcionar un marco para la toma de decisiones.								
1.16 Estrategias de administración y gestión eficaces y su aplicación a los servicios de partería.								
<b>Comportamiento profesional. La partera profesional deberá:</b>								
1.17 Ejercer de manera responsable y dar cuenta de sus decisiones y actuación clínicas.								
1.18 Aplicar correctamente las precauciones universales y todas las estrategias necesarias para el control de infecciones.								
1.19 Utilizar, mantener y, si corresponde, limpiar y esterilizar correctamente el equipo, y usar los suministros con economía.								
1.20 Reconocer los signos y síntomas que indiquen complicaciones y la necesidad de consultar con el personal médico o de efectuar la remisión, así como tomar medidas apropiadas y oportunas.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
1.21 Observar un comportamiento cortés, ético y respetuoso de la cultura (es decir, no autoritario) con todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, origen étnico o credo.								
1.22 Fomentar un modelo de trabajo participativo con las mujeres en todos los entornos, a objeto de capacitarlas para tomar decisiones fundamentadas respecto de todos los aspectos de la atención; y alentar a las mujeres a asumir la responsabilidad de su propia salud.								
1.23 Proporcionar educación sanitaria pertinente para la comunidad local e información sobre los servicios sanitarios a su disposición.								
1.24 Desarrollar y poner en práctica la comunicación efectiva con la mujer, la familia, la comunidad y los equipos de salud, para facilitar los procesos de atención con las usuarias.								
1.25 Organizar bien su trabajo y el de los subordinados, de modo que el servicio sea eficiente y eficaz, en una atmósfera agradable.								
1.26 Trabajar en colaboración con otros trabajadores de la salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios a las mujeres y sus familias.								
1.27 Crear vínculos con líderes de la comunidad y demás personal clave para promover la maternidad segura.								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
1.28 Aplicar técnicas y procedimientos de gestión a nivel comunitario y de servicios.								
<b>COMPETENCIA N.º 2:</b> Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.								
<b>Conocimientos:</b>								
2.1 Anatomía y fisiología del hombre y la mujer en relación con la fecundidad y la reproducción.								
2.2 Crecimiento y desarrollo de los seres humanos y su relación con el desarrollo sexual, la sexualidad y la actividad sexual.								
2.3 Pautas culturales relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la procreación.								
2.4 Componentes de la historia clínica, la historia familiar y la historia genética pertinente.								
2.5 Detalles indispensables del examen físico, y los estudios de laboratorio que permiten juzgar la posibilidad de un embarazo sano.								
2.6 Educación sanitaria orientada a la salud reproductiva, las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida, la promoción de la salud y el bienestar generales, y la supervivencia infantil.								
2.7 Métodos didácticos eficaces y conocimiento de la forma como aprenden los adultos.								
2.8 Métodos naturales para espaciar el nacimiento de los hijos y otros métodos localmente disponibles y culturalmente aceptables de planificación familiar.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
2.9 Métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, mecánicos, y quirúrgicos; ventajas e inconvenientes de cada método, criterios de elegibilidad e instrucciones para emplearlos eficazmente.									
2.10 Técnicas de orientación para que la mujer tome decisiones fundamentadas al optar por un método de planificación familiar.									
2.11 Signos y síntomas de la infección de las vías urinarias y las enfermedades de transmisión sexual comunes —especialmente de las que son prevalentes en el país o la región— y métodos de tratamiento adecuados.									
2.12 Factores que inciden en la toma de decisiones respecto de embarazos no planificados o no deseados.									
2.13 Indicadores de enfermedades comunes, agudas y crónicas, sobre todo las que son prevalentes en el país o la región y, cuando corresponda, la derivación para su confirmación y tratamiento.									
2.14 Indicadores y métodos de orientación y remisión en los casos de relaciones interpersonales disfuncionales, incluidos los problemas sexuales, la violencia doméstica, el maltrato emocional y el descuido físico.									
2.15 Fundamentos de la educación, los métodos didácticos y los estilos de aprendizaje de los adultos.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
Aptitudes básicas. La partera profesional deberá:								
2.16 Llevar a cabo un anamnesis completa y específica de manera sensible y amistosa, asegurando confidencialidad a la mujer.								
2.17 Realizar el examen físico general a la mujer, incluyendo el examen ginecológico y el examen de mamas, para pesquisar patologías prevalentes y juzgar la importancia de cualquier hallazgo anormal.								
2.18 Solicitar o realizar e interpretar correctamente algunas pruebas de laboratorio comunes, como el hemograma completo, el análisis de orina y su estudio microscópico, y otros exámenes pertinentes que detectan ITS (Ej. RPS, VDRL), de acuerdo a la realidad local.								
2.19 Relacionar todos los datos obtenidos a partir del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de modo que pueda suministrarse la información y la atención adecuadas a la mujer.								
2.20 Utilizar de manera apropiada la educación sanitaria y las aptitudes básicas de orientación cuando se brinda información y orientación.								
2.21 Ofrecer los métodos de planificación familiar disponibles localmente y que sean culturalmente aceptables y conformes a la elección y condición de la mujer.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
2.22 Llevar un registro de todos los resultados de la anamnesis interrogatorio, la exploración física y las pruebas; todo tipo de asesoramiento, orientación y tratamiento brindados, los dispositivos o los medicamentos administrados, y las recomendaciones para el seguimiento.								
2.23 Ofrecer una gama amplia de servicios de planificación familiar, entre ellos la colocación de dispositivos intrauterinos o de implantes, y el seguimiento y la capacidad para brindar orientación y atención apropiados ante cualquier efecto colateral adverso.								
2.24 Ser capaz de efectuar correctamente un frotis cervicouterino para estudio de citología (prueba de Papanicolaou)								
<p>COMPETENCIA N.º 3: La partera profesional brinda atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo y prevenir la morbilidad perinatal, así como para detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.</p> <p><b>Conocimientos:</b></p>								
3.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor y de otras partes pertinentes del cuerpo humano.								
3.2 El ciclo menstrual, la fecundación, la implantación y el desarrollo de la placenta, el embrión y el feto.								
3.3 Confirmación del embarazo por medio de los signos, la exploración física y los análisis de labor								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.4 Determinación de la edad gestacional a partir de los antecedentes menstruales, el tamaño del útero y la fecha en que comienzan los movimientos fetales.								
3.5 Realización de una anamnesis general y específica completa acerca del embarazo actual, la salud de la mujer y sus antecedentes obstétricos y familiares de salud.								
3.6 Evaluación de los componentes de la exploración física general, de la semiología obstétrica en el embarazo y de la importancia de los resultados.								
3.7 Comprensión de las características especiales de las maniobras y exploraciones del abdomen que permiten determinar el crecimiento y el estado del feto en las distintas etapas del embarazo, relacionando: la altura del fondo uterino, la actividad y frecuencia cardíaca del feto y, en las últimas semanas, la situación, la presentación, la posición y el encaje fetal.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.8 Pruebas de detección durante el embarazo y la interpretación de sus resultados; por ejemplo: clasificación de grupo y Rh, test de Coombs, concentración de hemoglobina; análisis de glicemia y de orina para detectar la presencia de glucosa, proteínas y cetonas; pruebas para detectar la sífilis, como la de la reagina plasmática rápida (RPR); análisis de laboratorio para detectar bacteriuria asintomática –si es factible–de acuerdo a las normativas de cada país y, en las zonas de riesgo, VIH (si la mujer da su consentimiento).								
3.9 Cambios fisiológicos propios del embarazo y orientación sobre los trastornos menores que pueden provocar algunos de ellos, así como la utilización de preparados inocuos locales a base de plantas medicinales que no sean productos farmacológicos.								
3.10 Adaptaciones psicológicas que tienen lugar en el embarazo y su repercusión sobre la mujer y la familia.								
3.11 Necesidades nutritivas de la mujer embarazada y del feto.								
3.12 Educación sanitaria y la orientación con respecto a la higiene, la nutrición, el trabajo doméstico y fuera del hogar, la sexualidad y los peligros asociados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, incluidos los medicamentos tradicionales, los de venta sin receta y las drogas ilícitas.								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.13 Elección de un lugar apropiado para el parto.								
3.14 Preparación para el parto, incluida la instrucción sobre lo que sucede durante el periodo de dilatación (trabajo de parto) y las medidas para aliviar las contracciones del trabajo de parto, y brindar atención al recién nacido.								
3.15 Alimentación del recién nacido, incluyendo las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo si la madre VIH-positiva la prefiere.								
3.16 Reconocimiento del comienzo del parto.								
3.17 Educación de las mujeres y sus familias acerca de los signos y síntomas de problemas graves que pueden surgir en el embarazo, y la necesidad de recurrir de inmediato a un proveedor calificado.								
3.18 Diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves durante el embarazo que exigen atención inmediata: Por ejemplo, preeclampsia y eclampsia; hemorragia vaginal; parto prematuro; rotura prematura de las membranas; anemia grave; aborto; embarazo ectópico o múltiple; presentación fetal defectuosa a término (de nalgas o de hombro).								
3.19. Biología de la reproducción humana: regulación neurohormonal de la reproducción humana y respuestas fisiológicas maternas y fetales al embarazo.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.20 Genética.									
3.21 Atención de la mujer antes de la concepción (consejería preconcepcional).									
3.22 Promoción de la salud y educación sanitaria									
3.23 Educación para ser padres.									
3.24 Preparación física para el periodo prenatal, el parto y el puerperio.									
3.25 Complicaciones médicas y sus consecuencias para el embarazo; reconocer las situaciones en las que es necesario remitir a la mujer a un centro sanitario de mayor complejidad para que reciba atención prenatal y del parto, por ejemplo, anemia grave, diabetes, enfermedades cardíacas o respiratorias, hipertensión arterial idiopática, nefropatía o hipertiroidismo.									
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional tendrá a su cargo:</b>									
3.26 Realizar la anamnesis clínica inicial y ponerla al día en cada consulta prenatal.									
3.27 Calcular la fecha probable del parto a partir de la fecha de la última menstruación de la mujer, si esta se conoce; en el caso contrario, la edad gestacional podrá determinarse a partir de la fecha en que comiencen los movimientos fetales y de la altura del fondo uterino.									
3.28 Realizar una exploración física general completa y explicar los resultados a la mujer.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.29 Valorar los signos vitales maternos, como temperatura corporal, presión arterial y pulso.									
3.30 Determinar el estado nutricional de la madre y ofrecerle orientación apropiada sobre las necesidades nutritivas durante el embarazo y cómo satisfacerlas.									
3.31 Aplicar semiología obstétrica, incluida la medición de la altura del fondo uterino y su comparación con la edad gestacional, para evaluar el crecimiento fetal y determinar la etapa del embarazo; en las últimas semanas del embarazo, evaluar cantidad de líquido amniótico, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar los latidos para determinar el bienestar fetal.									
3.32 Emplear el método de Doppler —siempre que sea posible— para efectuar el monitoreo electrónico del corazón fetal y determinar su comportamiento.									
3.33 Emitir diagnóstico correlacionando todos los datos obtenidos a partir de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio e interpretar los resultados, de manera que pueda proporcionar a la mujer información, orientación y atención apropiadas.									
3.34 Indicar a la mujer las medidas que puede tomar para aliviar los malestares comunes del embarazo.									
3.35 Realizar tamizaje de violencia intra-familiar.									

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
3.36 Educar a las mujeres sobre temas de salud, como la nutrición, higiene, ejercicio, trabajo doméstico y fuera del hogar, riesgos ambientales para el embarazo, peligros del consumo de tabaco, alcohol, drogas y de medicamentos no recetados, así como sobre actividad sexual de menor riesgo y peligros de contraer VIH e ITS.									
3.37 Ofrecer atención preventiva y saber tratar las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de las vías urinarias y respiratorias y la malaria.									
3.38 Educar a las mujeres y sus familias acerca de la necesidad de consultar de inmediato a un proveedor calificado si aparece cualquiera de los signos de peligro siguientes, ya que indican la aparición de una complicación grave: cefalea intensa, trastornos visuales, dolor epigástrico, sangrado y hemorragia vaginal, dolor abdominal acompañado de desmayos, vómitos intensos, rotura prematura de las membranas, fiebre, flujo vaginal fétido o irritante, disminución o ausencia de movimientos fetales.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad				Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
<p>3.39 Diagnosticar las complicaciones graves del embarazo y consultar urgentemente a un centro sanitario de mayor complejidad; en caso de que no se pueda recurrir a un médico local, dar la atención de urgencia que corresponda y derivar a la mujer que presente los siguientes signos y síntomas a un médico de un centro sanitario de mayor complejidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial y proteinuria, cefalea intensa, o bien alteraciones visuales y dolor epigástrico acompañados de hipertensión arterial.</li> <li>• Hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo.</li> <li>• Dolor abdominal acompañado de desmayos en el embarazo temprano, con o sin hemorragia vaginal.</li> <li>• Embarazo múltiple.</li> <li>• Presentación fetal defectuosa a término (por ej., de nalgas o de hombro).</li> <li>• Rotura prematura de las membranas.</li> <li>• Muerte fetal intrauterina si el trabajo de parto no comienza en unas tres semanas, o si la mujer experimenta mucho dolor.</li> <li>• Fiebre alta.</li> </ul>								
<p>3.40 Registrar la información obtenida del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como la orientación y las instrucciones impartidas para el seguimiento.</p>								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
<b>Reanimación y otras aptitudes. Siempre que sea necesario, la partera profesional:</b>									
3.41 Efectuará la rotación cefálica externa para la presentación de nalgas en la última etapa del embarazo.									
3.42 Ejecutará técnicas avanzadas para el tratamiento de urgencia de las afecciones que pueden surgir en el embarazo y ponen la vida en riesgo, entre ellas: preeclampsia, eclampsia y hemorragia antes del parto, embarazo ectópico, complicaciones del aborto, e infección grave.									
3.43 Procederá a efectuar el diagnóstico oportuno y brindará la atención a tiempo y, si corresponde, remitirá a la mujer a otro centro sanitario cuando se presenten los siguientes signos o situaciones anormales en el embarazo: a) Tamaño fetal pequeño o grande para la edad gestacional (si se conoce la fecha de la última menstruación). b) Presunto polihidramnios u oligohidramnios. c) Infecciones y otras enfermedades graves como pielonefritis, problemas de las vías respiratorias, meningitis y malaria. d) Amenaza de parto prematuro. e) Enfermedades periodontales.									
3.44 Demostrará aptitudes superiores de enseñanza y orientación.									
3.45 Demostrará aptitudes en materia de gestión.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva

COMPETENCIA N.º 4: Las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal.

**Conocimientos:**

4.1 Fisiología del parto.								
4.2 Anatomía del cráneo fetal, incluidos el diámetro cefálico, las suturas y las fontanelas.								
4.3 Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto.								
4.4 Humanización del parto.								
4.5 Signos y síntomas del comienzo del parto.								
4.6 Evaluación del progreso del parto y el empleo del partograma o de otro instrumento similar.								
4.7 Determinación de signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto: frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio.								
4.8 Medidas para evaluar el bienestar materno durante el trabajo del parto.								
4.9 Medidas que elija la madre que le permitan aliviarse durante el parto: la compañía permanente de la persona que ella prefiera; la evacuación de la vejiga de manera higiénica; la hidratación y la nutrición; los cambios de postura que elija la mujer; deambulación, el apoyo emocional y alivio del dolor sin fármacos.								
4.10 Medidas necesarias para prevenir las infecciones.								
4.11 Diagnóstico y manejo del periodo expulsivo del parto.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.12 Mecanismos del parto (es decir, el paso y descenso del feto por la pelvis durante el periodo expulsivo y el nacimiento.								
4.13 Indicaciones de la episiotomía con enfoque restrictivo y la técnica para realizarla, incluida la maniobra de infiltración anestésica del perineo.								
4.14 Técnica para la extracción hábil del feto, evitando las intervenciones innecesarias.								
4.15 Mantener la termorregulación del neonato y manejar los procedimientos para conseguirlo, la evaluación de la respiración y las maniobras de reanimación, el cuidado el cordón umbilical, el apego precoz piel a piel, el fomento de la lactancia temprana o la alimentación sucedánea si la madre es VIH positiva y así lo prefiere.								
4.16 Uso y mecanismo de acción de los fármacos oxitócicos en el alumbramiento y posteriormente, si son necesarios para detener la hemorragia.								
4.17. Prevención de la hemorragia posparto a través del manejo activo del tercer periodo.								
4.18 Alumbramiento fisiológico.								
4.19 Cálculo de la sangre perdida.								
4.20 Razones del examen de la placenta y las membranas del cordón umbilical, y las técnicas para examinarlas y eliminarlas en forma segura.								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.21 Maniobras para el examen del perineo, la vulva y el segmento inferior de la vagina en busca de desgarros y para determinar el grado de los desgarros perineales.								
4.22 Técnica de sutura de los desgarros de segundo grado del perineo y el segmento inferior de la vagina.								
4.23 Medidas para evaluar el estado de la mujer después del parto.								
4.24 Complicaciones durante el parto que requieren atención y remisión de urgencia: hemorragia durante el parto, embarazo múltiple, presentación fetal defectuosa, sufrimiento fetal, prociencia y procúbito del cordón umbilical, periodo expulsivo prolongado u obstruido, distocia de hombro, retención de la placenta, hemorragia puerperal, desgarros graves de la vagina y del cuello uterino, infecciones graves.								
4.25 Conocimiento de la importancia del control acucioso al recién nacido durante las dos primeras horas después del nacimiento.								
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional se encargará de:</b>								
4.26 Examinar los antecedentes del embarazo, si los hay; de lo contrario, efectuar un interrogatorio clínico completo y preguntar cómo ha evolucionado hasta el momento del parto.								
4.27 Realizar una exploración física general para evaluar el estado en que se encuentra la mujer.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.28 Explorar el abdomen para confirmar el periodo de gestación, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar el corazón fetal.									
4.29 Evaluar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.									
4.30 Practicar un tacto vaginal para determinar el grado de borramiento y dilatación del cuello uterino; verificar si las membranas están íntegras o se han roto; reconocer la parte que se presenta y la posición fetal, el grado de descenso de la cabeza, y determinar si la pelvis permitirá el paso del feto.									
4.31 Evaluar correctamente la progresión del parto por medio de la observación y la exploración física, con ayuda del partograma u otro instrumento similar para determinar el grado de dilatación del cuello uterino.									
4.32 Vigilar regularmente el estado de la madre y el feto durante todo el parto; detectar cualquier anomalía y tomar las medidas apropiadas oportunamente.									
4.33 Prestar apoyo psicológico y emocional a la mujer y su familia; procurar que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiera; darle información completa sobre la evolución del parto, y hacerla participar en todas las decisiones relacionadas con su atención.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.34 Mantener a la mujer en condiciones óptimas durante el parto, lo cual significa una hidratación y nutrición adecuadas; evacuación regular de la vejiga; aplicar medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones; y aliviar el dolor sin fármacos, por ejemplo, mediante la adopción de las posturas que ella prefiera								
4.35 Reconocer con prontitud los signos y síntomas que marcan el comienzo del periodo expulsivo del parto y prestar asistencia constante, y mantener la observación y el apoyo en todo momento, permitiendo que la mujer pujan espontáneamente.								
4.36 Prevenir infecciones haciendo que la mujer dé a luz en un ambiente sin riesgos e higiénico; mantener las más altas normas de higiene y usar equipo limpio o estéril, incluidos los guantes.								
4.37 Aplicar anestesia local al perineo antes de hacer una episiotomía, si esta está indicada.								
4.38 Practicar la episiotomía inmediatamente antes del parto, pero solo si está indicada debido a sufrimiento o prematuridad fetales, antecedente de desgarro perineal de tercer grado, o bien si el parto es complicado (presentación de nalgas o distocia de hombro).								
4.39 Permitir que la mujer dé a luz interfiriendo lo menos posible con el mecanismo del parto.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.40 Prestar la atención inmediata al recién nacido: secarlo, liberar vías aéreas si es necesario, verificar la respiración; permitir el contacto directo entre la piel del neonato y la de la madre; cubrirlo para que mantenga el calor del cuerpo, y cortar el cordón umbilical.									
4.41 Llevar a cabo el manejo activo del alumbramiento, con inclusión del uso de un fármaco uterotónico, de preferencia oxitocina por vía intramuscular, a razón de 10 UI.									
4.42 Si no se dispone de algún medicamento oxitócico, apoyar correctamente el alumbramiento fisiológico.									
4.43 Después de la expulsión de la placenta y las membranas, comprobar que el útero se contraiga bien, friccionando el fondo para desencadenar una contracción y la expulsión de los coágulos –si es necesario– y comprobar que la hemorragia vaginal sea mínima; en caso de hemorragia profusa, aplicar las medidas urgentes para detenerla.									
4.44 Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.									
4.45 Examinar la vulva, el perineo y el segmento inferior de la vagina para detectar desgarros, y reparar los desgarros de segundo grado del perineo; remitir a un médico a las mujeres con desgarros perineales de tercer grado o con desgarro del cuello uterino, a menos que se posea el adiestramiento y la experiencia para practicar estas técnicas quirúrgicas avanzadas.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.46 Calcular y anotar toda pérdida sanguínea con la mayor exactitud posible.								
4.47 Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.								
4.48 Vigilar el estado de la madre, cuidando de que los signos vitales y la hemorragia vaginal estén dentro de los límites normales y que el útero permanezca bien contraído.								
4.49 Tratar urgentemente la hemorragia puerperal, si ocurre, con masaje uterino y administración de medicamentos oxitócicos; evacuar la vejiga; instalar una venoclisis y, si el sangrado persiste, comprimir la aorta o efectuar compresión bimanual y tomar las medidas para la remisión de la paciente.								
4.50 Colocar una sonda urinaria empleando una técnica aséptica para evitar infecciones.								
4.51 Dar asistencia de partería, manteniendo estrictas normas de higiene, para procurar que la madre esté limpia, seca y cómoda, y que tenga la posibilidad de vaciar la vejiga.								
4.52 Vigilar el estado del recién nacido: comprobar que la respiración y el color sean normales, que se mantenga el calor corporal y que no haya hemorragia por el cordón umbilical.								
4.53 Reanimar al recién nacido, si nace con asfixia o si presenta problemas respiratorios.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.54 Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del recién nacido a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.									
4.55 Aconsejar, reconfortar y apoyar a la madre y el padre cuando se detectan malformaciones en el recién nacido, o en caso de mortinato o deceso durante el periodo puerperal inmediato.									
4.56 Anotar toda la información relativa al nacimiento, a la atención prestada a la madre y al bebé, y a las recomendaciones dadas para el seguimiento.									
4.57 Organizar y manejar equipos para brindar atención de emergencia (carro de paro).									
<b>Reanimación de la madre y otras aptitudes avanzadas. Siempre que sea necesario, la partera profesional deberá estar en condiciones de:</b>									
4.58 Diagnosticar la mala presentación fetal (por ej., de nalgas o de cara) y asistir un parto sin riesgo.									
4.59 Resolver correctamente la procidencia del cordón umbilical.									
4.60 Aplicar un anestésico local como paso previo a la extracción con fórceps.									
4.61 Llevar a cabo partos sin riesgo usando la ventosa o los fórceps.									
4.62 Tratar correctamente la distocia de hombro.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.63 Realizar correctamente la extracción manual de la placenta y las membranas.								
4.64 Detectar y reparar los desgarros de la parte superior de la vagina y del cuello uterino, así como los desgarros perineales de tercer grado.								
4.65 Realizar la compresión bimanual interna del útero para detener la hemorragia puerperal.								
4.66 Realizar correctamente la compresión aórtica para detener la hemorragia puerperal								
4.67 Colocar una venoclisis y extraer sangre para análisis: hematocrito, hemoglobina, determinación de grupo y factor RH y detección de algunas enfermedades.								
4.68 Administrar correctamente los medicamentos oxitócicos para provocar el parto o intensificarlo; y aplicar venoclisis para tratar la hemorragia puerpera.								
4.69 Recetar y administrar ciertos medicamentos, por ejemplo, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, diazepam, antibióticos y analgésicos.								
4.70 Administrar tratamiento de urgencia y organizar el traslado oportuno de las mujeres con complicaciones graves a un centro sanitario de mayor complejidad; llevar los medicamentos y el equipo apropiado y acompañar a las pacientes durante el traslado para proporcionarles atención de urgencia, según sea necesario.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
4.71 Efectuar la reanimación cardiopulmonar.									
4.72 Verificación y atención del postaborto.									
COMPETENCIA N.º 5: En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada.									
<b>Conocimientos:</b>									
5.1 Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no solo al aparato reproductor, sino también a los demás aparatos y sistemas.									
5.2 La fisiología de la lactancia, cómo iniciar y mantener el amamantamiento; reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.									
5.3 Los cambios psíquicos y emocionales que pueden ocurrir durante el puerperio y la necesidad de apoyo psicosocial.									
5.4 El vínculo entre madre e hijo y los factores que lo fomentan y dificultan.									
5.5 Vigilancia del estado físico, emocional y psíquico de la madre en el periodo puerperal inmediato.									
5.6 Los aspectos físicos de la atención, incluido el sueño, el reposo y la actividad adecuados; buena alimentación; normas estrictas de higiene personal y cuidado perineal y urinario.									
5.7 Los riesgos de infección y las medidas para prevenirla en la madre y el recién nacido después del parto.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
5.8 La educación sanitaria y la instrucción acerca del cuidado personal, las medidas para aliviar problemas de salud leves comunes en el puerperio, y la atención del recién nacido.								
5.9 El método y los motivos que justifican la práctica de exámenes de la madre en el puerperio inmediato y a las seis semanas del parto.								
5.10 El diagnóstico y el tratamiento de la anemia puerperal.								
5.11 El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio, por ejemplo, infección del aparato reproductor, infección u otros trastornos de las vías urinarias, mastitis, fenómenos tromboembólicos, eclampsia, hemorragia puerperal, incompatibilidad al factor RH y trastornos psiquiátricos.								
5.12 El duelo que se produce en caso de mortinato, muerte del recién nacido en el periodo neonatal o nacimiento de un niño anormal, y la función de la partera profesional de orientar, reconfortar y apoyar a la madre y a la familia.								
5.13 Las complicaciones obstétricas que pueden surgir en el puerperio (por ej., eclampsia, síndrome de Hellp, septicemia puerperal, hemorragia puerperal, embolia), el tratamiento de urgencia correspondiente y los arreglos para efectuar la derivación.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
5.14 Las enfermedades que pueden complicar el puerperio, por ej., afecciones cardíacas, pulmonares y renales, y trastornos provocados por la hipertensión arterial y la diabetes.									
5.15 Aptitudes para brindar asesoramiento avanzado a la mujer y su familia, por ejemplo, en caso de VIH, después de un aborto, tras el nacimiento de un niño con malformaciones o por la muerte del recién nacido en el periodo perinatal.									
5.16 Técnica de la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.									
5.17 Propender al alojamiento conjunto con el recién nacido									
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional estará en condiciones de:</b>									
5.18 Reconocer los datos importantes en los registros clínicos, o llevar a cabo un interrogatorio acerca del embarazo, el parto y el puerperio inmediato, a objeto de detectar factores que incidirán en la atención y la orientación brindados.									
5.19 Realizar un examen físico puerperal sistemático a la madre para detectar cualquier problema real o posible.									
5.20 Proporcionar el tratamiento apropiado y oportuno de cualquier anomalía detectada durante el examen puerperal.									
5.21 Facilitar y apoyar el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
5.22 Aplicar medidas para prevenir la propagación de infecciones puerperales, diagnosticar y tratar las endometritis.								
5.23 Educar y aconsejar a la mujer sobre su cuidado personal y el del recién nacido.								
5.24 Asesorar a la mujer que ha tenido un mortinato o un aborto con respecto a la planificación familiar y la actividad sexual sin riesgo, y darle la posibilidad de tomar una decisión fundamentada respecto del método anticonceptivo más conveniente para ella.								
5.25 Proporcionar a la mujer la información, los dispositivos y los medicamentos adecuados para el método de planificación familiar elegido, y enseñarle a usarlo correctamente.								
5.26 Mantener un registro riguroso de la atención puerperal y disponer lo necesario para el seguimiento o la remisión, según corresponda.								
5.27 Identificar alteraciones de índole psicológico o de desadaptación al medio que incidan en su salud mental y referir oportunamente.								
<b>Reanimación y otras aptitudes. Siempre que sea necesario, la partera profesional tendrá a su cargo:</b>								
5.28 Atención de urgencia de la mujer durante y después de una crisis de eclampsia, y los arreglos necesarios para la remisión.								
5.29 Tratamiento de las hemorragias puerperales, incluida la evacuación del útero.								
5.30 Evacuación de un hematoma.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
5.31 Tratamiento de urgencia de la septicemia puerperal grave y los preparativos para la remisión de la mujer.									
5.32 Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.									
5.33 Proporcionar enseñanza y orientación avanzadas.									
5.34 Dominio de técnicas avanzadas de planificación familiar, por ejemplo, la colocación de un dispositivo intrauterino o de implantes.									
<b>La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado preventivo del niño preescolar.</b>									
<b>Conocimientos:</b>									
6.1 Cambios fisiológicos al nacer.									
6.2 Evaluación y atención del recién nacido.									
6.3 Maniobras de reanimación neonatal básica y avanzada.									
6.4 Vínculo entre madre e hijo.									
6.5 Procedimiento para examinar al niño en el momento de nacer y más adelante.									
6.6 Alimentación del lactante, lactancia materna y alimentación de sustitución.									
6.7 Necesidades nutritivas del lactante y el niño preescolar.									
6.8 Elementos esenciales de la atención diaria del recién nacido: mantenimiento de la termorregulación, cuidado de la piel y del cordón umbilical, vigilancia de los signos de infección o ictericia, observación de la frecuencia y las características de las heces, la alimentación, y los signos de crecimiento y detención de este.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
6.9 Prevención de infecciones.								
6.10 Curva normal del crecimiento y desarrollo durante los cinco primeros años de vida.								
6.11 Calendario de vacunación de los cinco primeros años.								
6.12 Trastornos comunes del recién nacido: erupciones cutáneas, vómitos e infecciones leves, problemas leves de alimentación e ictericia fisiológica.								
6.13 Enfermedades y trastornos graves del recién nacido: infecciones graves, dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, ictericia patológica, traumatismos al nacer, malformaciones congénitas y convulsiones.								
6.14 Enfermedades infecciosas: diagnóstico, tratamiento y complicaciones.								
6.15 Recién nacidos de bajo peso al nacer: prematuros y pequeños para la edad gestacional.								
6.16 Estadísticas vitales: tasas de mortalidad nacional y local, tasas de morbilidad y mortalidad perinatal, neonatal y de menores de un año; causas de morbilidad y mortalidad y las medidas que se requieren para reducir las tasas actuales.								
6.17 Seguimiento del recién nacido y el niño preescolar y forma correcta de utilizar los registros clínicos.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN			
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	1	2	3	4	5	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
6.18 Trastornos metabólicos y endocrinos del recién nacido: hipocalcemia e hipomagnesemia, hipernatremia, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística e hipotiroidismo.									
6.19 Atención del lactante de muy bajo peso al nacer.									
6.20 Manejo de la madre y padre canguro.									
6.21 Trastornos cardíacos prevalentes del recién nacido.									
6.22. Muerte súbita del recién nacido.									
6.23 Conocimientos profundos de los factores asociados con la muerte fetal; las tasas de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y los menores de un año, y nociones sobre las estrategias que se requieren en los ámbitos nacional y local para reducirlos.									
<b>Aptitudes básicas. La partera profesional estará en condiciones de:</b>									
6.24 Despejar las vías respiratorias del recién nacido, si es necesario, para facilitar la respiración.									
6.25 Evaluar el estado del recién nacido.									
6.26 Utilizar correctamente la bolsa de ventilación y la mascarilla para reanimar al recién nacido que presenta asfixia.									
6.27 Secar la piel del recién nacido al nacer, colocarlo en el abdomen o el tórax de la madre de modo que haya contacto de su piel con la de ella, y cubrirlo para mantener la temperatura corporal; si este contacto no es posible, colocar al bebé en una superficie limpia y templada, y abrigarlo bien.									

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
6.28 Pinzar y cortar el cordón umbilical solo en el momento que sea necesario (cuando deje de latir o antes en caso de patología fetal , adoptando las medidas necesarias para evitar que se infecte.								
6.29 Examinar sistemáticamente al recién nacido, cabeza a pies, para detectar cualquier malformación congénita, traumatismos del parto o signos de infección.								
6.30 Ayudar a la madre a colocar al recién nacido para amamantarlo, evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre sobre posibles dificultades posteriores y a la detección precoz de problemas.								
6.31 Instruir a la madre y a la familia sobre todos los aspectos de la alimentación del recién nacido, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.								
6.32 Enseñar a la madre a realizar correctamente las tomas de leche y supervisarla; enseñarle a dar biberón al recién nacido si ha optado por la alimentación con sucedáneos de la leche materna.								
6.33 Mostrar el seguimiento correcto de las medidas de higiene para evitar infecciones en el recién nacido y el niño preescolar.								
6.34 Apoyar a los padres y la familia en situaciones de duelo perinatal.								
6.35 Instruir a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseñarle a verificar que las heces sean normales.								

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
6.36 Vigilar el crecimiento y el desarrollo del recién nacido en el periodo neonatal y durante los cinco primeros años de vida.								
6.37 Detectar enfermedades leves y graves en el recién nacido y tratarlas como es debido, así como hacer los arreglos para la remisión en caso de que esta sea necesaria.								
6.38 Dar la atención adecuada al recién nacido de bajo peso al nacer y organizar la remisión si surgen complicaciones potencialmente graves.								
6.39 Instruir a los padres sobre los signos de enfermedades potencialmente graves en el recién nacido y el niño preescolar, y sobre la necesidad de consultar de inmediato a un proveedor calificado.								
6.40 Administrar las vacunas correctamente en el momento óptimo y advertir a los padres acerca de los posibles efectos adversos y la fecha en que deben regresar para administrar las demás vacunas.								
6.41 Orientar a los padres sobre la forma de utilizar los recursos comunitarios destinados a las familias.								
6.42 Informar sobre el seguimiento para la vigilancia y la atención médicas.								
6.43 Llevar un registro completo y preciso en la hoja de datos correcta.								

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PARES O SUPERVISORES

Afirmaciones de competencia de la OMS	CLASIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA ACTUAL POR PARTE DE PARES O SUPERVISORES					BASE DE ESTA EVALUACIÓN		
	Conocimientos no actualizados o sin seguridad en la habilidad	2	3	4	Conocimientos actualizados o con seguridad en la habilidad	Traté este tema con el individuo	Observé o asistí al desempeño de esta habilidad	Evalué el desempeño de esta habilidad usando una herramienta de evaluación objetiva
6.44 Educar a las madres y los padres para que realicen la estimulación psicosocial del recién nacido, niña y niño.								
<b>Reanimación y otras aptitudes. Cuando sea necesario, la partera profesional podrá proporcionar o aplicar:</b>								
6.42 Maniobras avanzadas de reanimación, como la insuflación con oxígeno a presión positiva, intubación endotraqueal y administración de medicamentos al recién nacido con asfixia grave.								
6.43 Determinación exacta de la edad gestacional.								
6.44 Atención el recién nacido enfermo o de muy bajo peso al nacer.								
6.45 Tratamiento de urgencia de afecciones potencialmente mortales, por ejemplo: establecer una venoclisis, administrar los medicamentos apropiados, vigilar el estado del recién nacido, actuar correctamente según los resultados y preparar a la madre y al recién nacido recién nacido para la derivación.								
6.46 Información y orientación detalladas para los padres, las familias y la comunidad.								
6.47 Manejar correctamente equipos como cuna de calor radiante, fototerapia e incubadoras de transporte.								

# Índice

1. Introducción .....	320
1.1 ¿Qué es la supervisión? .....	320
1.2 Supervisión de apoyo.....	321
1.3 Supervisión estatutaria de las parteras.....	322
1.4 Supervisión clínica .....	323
1.4.1 Mentoría.....	323
1.4.2 Preceptoría.....	323
1.4.3 Práctica reflexiva.....	323
1.5 Supervisión cruzada.....	324
2. ¿Por qué supervisar? .....	325
2.1. Dando apoyo a las parteras .....	325
2.2 Protección del público, de las madres y los bebés .....	325
2.3 Permitiendo un aprendizaje de toda la vida .....	326
2.4 Promoción de la autorregulación profesional.....	326
3. Beneficios de la supervisión a la formalización más amplia.....	328
3.1 Apoyo de la gobernanza clínica .....	328
3.2 Apoyo a la mejora continua de la calidad .....	328
4. Modelos de supervisión.....	330
4.1 Supervisión de todas las parteras.....	330
4.2 Supervisión de las parteras que atienden nacimientos en dependencias sanitarias.....	330
4.3 Supervisión de las parteras que trabajan en los países en desarrollo .....	331
5. Cómo planificar y desarrollar un sistema de supervisión .....	331
5.1 Dando un marco regulatorio y normas para supervisión.....	331
5.2 Selección de supervisoras de parteras .....	332
5.3 Preparación de las supervisoras de parteras.....	333
5.4 Nombramiento de las supervisoras de parteras .....	334
5.5 Asignación del número de casos a cargo .....	334
5.6 Elección de una supervisora .....	334
5.7 Haciendo los contactos .....	334
5.8 Responsabilidades de la supervisora de parteras .....	335
6. Expectativas de la supervisión .....	336
6.1 Expectativas de las parteras .....	336
6.2 Expectativas de las supervisoras.....	336
6.3 Expectativas de las mujeres .....	337
7. Ejemplo de país.....	337
7.1 Pasos para establecer un sistema de supervisión para las asistentes de partería calificados en Bangladesh .....	338
7.1.1 Entrenamiento.....	338
7.1.2 Herramientas para la supervisión .....	339
7.1.3 Responsabilidades de las supervisoras.....	339
7.1.4 Evaluación.....	340
Anexo 1 Lista de verificación para introducción de la supervisión de parteras .....	341
Referencias .....	342

## 1. INTRODUCCIÓN

En cualquier lado del mundo en que estén trabajando las parteras, pueden beneficiarse de la supervisión y del apoyo de una supervisora. Una vez que las parteras adoptan la supervisión, la encuentran útil para sus fines profesionales, sintiéndose apoyadas en su práctica (Stapleton, Duerden, Kirkham 1998). Las parteras deben soportar el peso de la responsabilidad por las madres y los bebés que atienden, y se pueden sentir muy vulnerables cuando enfrentan situaciones difíciles. Existen evidencias que muestran que las parteras valoran el apoyo que les da la supervisión (Stapleton, Duerden, y Kirkham 1998).

La finalidad de este módulo es demostrar los beneficios más amplios de la supervisión. Explorará la influencia de la introducción de la supervisión de las parteras sobre la seguridad de las madres y los bebés a nivel mundial, y dará orientaciones sobre el desarrollo de un sistema de supervisión donde actualmente no existiere ninguno. Hay otros módulos de esta caja de herramientas eliminar que dan un mayor apoyo a esta información.

### 1.1. ¿Qué es la supervisión?

El término supervisión tiene muchos significados. La definición habitual en el diccionario es “inspección, control, revisión o vigilancia”. El término supervisor - utilizado en el mundo empresarial o en aplicaciones de la práctica clínica - habitualmente se refiere al superior inmediato en el lugar de trabajo, es decir, la persona a quien un individuo se reporta directamente en la organización. Las definiciones en el diccionario a menudo plantean el cuidado, la protección y la orientación como elementos de la supervisión. Estos términos se adaptan mucho mejor a la definición de la supervisión en partería.

Hay muchos modelos diferentes de supervisión, que se utilizan en el seno de diferentes profesiones. Esta sección dará una breve mirada a algunos de estos modelos, pero este módulo hace énfasis en la supervisión de las parteras que utiliza un modelo de supervisión de apoyo.

### Glosario de términos vinculados a la supervisión

**Análisis de incidentes críticos:** Un proceso en el cual los involucrados en una situación clínica difícil entablan una discusión sobre las circunstancias que pueden haber afectado los resultados, con el fin de identificar factores que se puedan modificar para promover mejores resultados.

**Autoregulación profesional:** Se asume una responsabilidad personal de adherir a estatutos, las reglamentaciones y las directrices para la práctica de partería

**Gobernanza clínica:** Un marco para promover la excelencia en la atención clínica utilizando la gestión

**Mejora continua de la calidad:** Un proceso mediante el cual se hace una evaluación de la práctica de un individuo y/o grupo, y se lo compara con las normas externas de la práctica segura y eficaz y, cuando estuviera indicado, se hacen recomendaciones para aumentar la calidad de la atención brindada.

**Mentoría:** Un proceso de desarrollo que tiene lugar cuando un integrante del equipo con menos experiencia, al que denominaremos el discípulo, o tutorado es guiado por una persona más experimentada, quien ayuda al discípulo a obtener un panorama mejor de las nuevas situaciones o experiencias, integrando el aprendizaje anterior.

**Práctica reflexiva:** Proporciona la oportunidad de revisar la práctica personal, ya sea en un grupo o en forma individual

**Preceptoría:** Un proceso de apoyo que tiene lugar cuando una persona experimentada trabaja codo a codo con otra para dar su apoyo clínico y dirigir a un alumno que esté adquiriendo destrezas nuevas (preceptoría estudiantil) o a un profesional recién recibido que esté comenzando a trabajar como profesional independiente.

**Supervisión clínica:** Profesionales de apoyo, habitualmente de un grupo, que utilizan la mentoría, la preceptoría y la práctica reflexiva.

**Supervisión de apoyo:** Ofrece apoyo y orientación a través de un compromiso mutuo de entablar un diálogo y orientaciones sobre la práctica clínica

**Supervisión estatutaria:** Un proceso formal de supervisión clínica y revisión de la práctica de acuerdo a normas, que es exigido por la reglamentación estatutaria; un sistema para supervisar a las parteras dentro de un marco regulatorio.

## 1.2. Supervisión de apoyo

La supervisión de apoyo es una descripción de la manera en que se puede realizar la supervisión para brindar el máximo apoyo a las parteras. Los retos de trabajar independientemente pueden ser abrumadores. El simple hecho de saber que hay alguien disponible para uno, personalmente, representa una gran ventaja, aún cuando esa persona sea simplemente alguien a quien plantear sus ideas o interrogantes, o alguien con quien se puede tener una conversación después de una experiencia difícil o que represente un reto. El poder compartir sus inquietudes en estas circunstancias puede resultar sumamente positivo.

En los servicios sanitarios modernos, los cambios se dan a un ritmo vertiginoso. Eso puede resultar muy tensionante para las parteras, especialmente si implica un cambio en la práctica o el área de trabajo. La supervisora de parteras está bien posicionada para asesorar y guiar a las parteras que sienten el reto del cambio.

Para que la supervisión sea beneficiosa es imprescindible que haya un respeto mutuo entre las supervisoras y las parteras (Stapleton, Duerden y Kirkham 1998). El trabajar en asociación permitirá aprovechar la supervisión al máximo, y ampliará la eficacia del proceso de supervisión no solo beneficiando a las parteras sino también a las

madres y bebés que ellas atienden. La partera debería sentir confianza de que su práctica está siendo apoyada por una supervisora de parteras.

### 1.3. Supervisión estatutaria de las parteras

La finalidad de la supervisión estatutaria de las parteras es proteger a la población usuaria y apoyar y promover la buena práctica de partería. (Consejo de Enfermería y Partería, 2002).

Las parteras en muchos países pueden ejercer de manera independiente, lo que significa que no se les exige que deriven usuarias al médico a no ser que exista un desvío de la normalidad o que haya complicaciones. Por lo tanto, es esencial que existan supervisores de parteras para facilitar la práctica segura y autónoma de la partería.

El término “supervisión estatutaria” se refiere al sistema de supervisión de parteras dentro de un marco regulatorio. Las autoridades gubernamentales crean estatutos (leyes) que rigen el ejercicio de la partería en el país en cuestión (ver Herramienta 2). Las leyes de Partería o Leyes de Enfermería y Partería son ejemplos de estos estatutos promulgados en el Reino Unido (R.U.). La primera regulación que reglamentaba la partería en el Reino Unido fue introducida al promulgarse la Ley de Partería en 1902. La ley de Partería exigía que para poder ejercer todas las parteras estuvieran registradas oficialmente. Desde entonces se ha ido actualizando la Ley y el papel de las parteras certificadas de manera regular.

La ley o las leyes establecían un cuerpo estatutario para regular la partería, dándole la potestad de mantener el registro de las parteras y regular la educación y el ejercicio de la profesión. Más adelante la legislación introdujo códigos, reglas y exigencias de formación para las parteras: a través de este estatuto, las supervisoras de las parteras se hacían responsables de controlar el cumplimiento de las reglas y códigos.

La introducción de la supervisión de la partería llevó a una mejora de los estándares de partería y determinó una situación en la que las mujeres tuvieran mayores probabilidades de recibir atención de profesionales seguras. Se obligó a las parteras a inscribir su nombre en un registro y notificar su intención de ejercer cada año, para que los inspectores de parteras pudieran evaluar si su solicitud es apropiada. Los supervisores de parteras tenían la obligación de notificar al Oficial de la Autoridad de Supervisión Local (ASL) de cualquier partera cuyo nivel fuera considerado insatisfactorio y que representara un peligro al público. En esos casos, el funcionario de la ASL tenía la autoridad de suspender a la partera de la práctica.

La supervisión estatutaria sigue vigente hasta la fecha, pero con el apuntalamiento de la supervisión de apoyo. Las supervisoras controlan la práctica de las parteras en su lugar de trabajo, aunque no necesariamente directamente. Se reúnen anualmente con las parteras para una revisión de supervisión, en una reunión uno a uno en la que se analizan temas relacionados con la práctica y el desarrollo profesional. La supervisión es una manera de apoyar la práctica profesional de las parteras, proporcionándoles acceso a una supervisora de parteras designada, que es responsable de controlar la práctica de las parteras individuales que le hayan sido asignadas.

---

1 El uso del género femenino se debe a que en muchos países la partería es vista como una profesión abierta exclusivamente a mujeres. Sin embargo, en una serie de países se ve hombres que ingresan a la profesión. Se ha actualizado la definición internacional para reflejar términos más neutros con respecto al género; sin embargo, a los efectos de esta guía y para simplificar, se utilizará el género femenino.

## **1.4. Supervisión clínica**

La supervisión clínica adopta un enfoque un tanto diferente, que difiere de la supervisión estatutaria de las parteras. Se basa en un abordaje de abajo a arriba, más que de arriba a abajo, que busca crear oportunidades y sistemas para la supervisión de las parteras. Cada uno de los elementos de la supervisión clínica se puede adaptar y aplicar en cualquier condición de país, y por lo tanto resulta de utilidad para las parteras a nivel mundial. La supervisión clínica es un término que cubre muchos aspectos del apoyo y desarrollo de los profesionales. Se puede brindar la supervisión clínica en base individual a cada profesional o como un método destinado a supervisar y apoyar a grupos de parteras que trabajan en un sitio común. Los enfoques principales de la supervisión clínica son la mentoría, la preceptoría y la práctica reflexiva (Mills, Francis & Bonner, 2005).

### **1.4.1 Mentoría**

La mentoría es un proceso que tiene lugar cuando una persona con más experiencia trabaja al lado de otra con menos experiencia, al que se denomina tutorado o “aprendiz” (Mills, Lennon y Francis 2006). Todas las parteras, las que están en formación y las que ya tienen habilitación para ejercer, ofrecen un conjunto muy rico de aprendizaje y experiencia previa a su educación o a la situación de ejercicio clínico de la profesión. Los mentores asisten a los aprendices para incorporar la riqueza de estos capitales personales en una nueva educación o aplicación práctica. Un mentor actúa como asesor, guía, docente y consejero en el lugar de trabajo clínico, escuchando, mostrando empatía, estableciendo confianza y afirmando la experiencia del aprendiz, permitiéndole pasar de un estado de dependencia a un ejercicio autodirigido de la profesión (Cooper y Palmer, 2000). La mentoría es un elemento de supervisión clínica que se adapta bien a la partería. En la mayoría de los países, la mentoría de un aprendiz, es una práctica aceptada.

### **1.4.2 Preceptoría**

La preceptoría es cada vez más aceptada como una herramienta para asistir a las parteras recién recibidas o las que se reintegran en un cargo nuevo. La preceptoría pretende apoyar la transición de una estudiante a una profesional graduada. También puede ser muy valiosa para ayudar a la partera calificada (es decir, una partera ya autorizada para ejercer) para que se pueda ajustar a una nueva situación de práctica y a un nuevo ambiente (Cooper y Palmer 2000). La partera trabaja codo a codo con un mentor (que puede ser una partera u otro profesional de la salud con igual o mayor calificación) por un tiempo especificado, compartiendo los mismos patrones de guardias, siempre que sea posible. Las parteras valoran y desean este período de apoyo inicial, que les sirve para consolidar sus capacidades y su conocimiento. Les ayuda a aumentar la confianza en sus propias capacidades personales, independientemente de las condiciones en que se desempeñe. Se ha demostrado que influye sobre la filosofía de atención y mejora la retención del personal, tal vez porque las parteras se sienten más apoyadas (Boon y col 2005).

### **1.4.3 Práctica reflexiva**

Es un hecho ampliamente aceptado que la supervisión clínica apunta a identificar soluciones a problemas, a mejorar la práctica y aumentar la comprensión de los temas vinculados a la profesión. La práctica reflexiva es un enfoque que pretende revisar la práctica propia de quien la hace, con un grupo de colegas o individualmente con un supervisor que tenga una formación sólida, como parte de la supervisión clínica (Ralston 2005). La elección de un enfoque u otro depende de una serie de factores, no siendo menor la opción personal, pero también el acceso a la supervisión, la trayectoria de experiencia del grupo de colegas, así como la disponibilidad de grupos de supervisión dentro de un servicio de salud muy atareado.

- La supervisión en grupo consiste en que un individuo, designado como supervisor, se reúne con un grupo de colegas para realizar la práctica reflexiva. Resulta especialmente de utilidad cuando se discute la práctica actual dentro de un área específica de trabajo, más que la práctica de un individuo solo. Se la puede usar con buenos resultados dentro de la supervisión de partería, pero no sustituye la revisión “uno a uno”. Hay algunos estudios en los que el enfoque en equipo ha tenido éxito, considerando que la demostración del impacto de la supervisión clínica sobre la atención de los pacientes puede ser problemática, porque es difícil de medir. Un estudio que evaluó el impacto de la supervisión clínica halló que cuando se utilizaba la supervisión en equipo había una mejora continua de la calidad de la atención global y una mejor satisfacción del paciente (Hyrkäs y Lehti 2003). No obstante ello, hubo diferencias en las cinco áreas en las que se realizó el estudio, subrayando que los resultados pueden variar dependiendo de las diferentes personalidades.
- Supervisión del grupo de colegas (pares) es un enfoque en el que los miembros del grupo (habitualmente hasta seis participantes) se turnan en los roles, haciendo algunas veces de supervisor y otras de supervisado. Este enfoque de grupo de apoyo mutuo ofrece la oportunidad de recibir apoyo, no solo por parte de un supervisor designado, sino también de los pares, que pueden estar compartiendo perfectamente muchas de las inquietudes expresándolas en el grupo. Esto es particularmente eficaz cuando los colegas están trabajando juntos bajo situaciones de estrés (Deery 2005).
- La supervisión individual es una supervisión “uno a uno”, y se utiliza en muchas profesiones en las que hay otros que participan en la atención general (Falender y col 2004). Tiene su mayor utilidad en aquellas circunstancias en las que se podría considerar inapropiado discutir los problemas con más de una persona. Este enfoque funciona particularmente bien con las parteras que necesitan reflexionar sobre su encare personal al ejercer.

Durante estas sesiones de reflexión el supervisor es capaz de dar su opinión o sus instrucciones, ya sea a nivel grupal o individual; es capaz de ayudar en el desarrollo de destrezas y conocimiento teórico para mejorar la competencia (Ralston 2005). La supervisora está disponible para escuchar y apoyar, pero también para dialogar con el supervisado cuando surgen problemas, dudas e inseguridades, y para actuar si la discusión reflexiva sugiere que una partera está trabajando de manera subóptima o si está demostrando una falta de confianza luego de un incidente crítico o por circunstancias personales.

### 1.5. Supervisión cruzada

El término “supervisión cruzada” describe el proceso en el que un supervisor apoya a los profesionales que están trabajando en un área de práctica diferente. Podría ser un supervisor de parteras que supervise a parteras en un hospital o una comunidad diferente de su área regular de trabajo, o simplemente una supervisora de parteras basada en un hospital, que supervisa a las parteras que trabajan en la comunidad.

La supervisión cruzada puede resultar necesaria cuando no se dispone de supervisores de parteras en un área y se solicita que una supervisor de parteras de otra área haga esa cobertura. La distancia en cuestión puede variar de un área a otra y de un país a otro. Es muy probable que haya áreas donde sea imposible tener un acceso directo a las parteras que necesiten ayuda o asesoramiento debido a la localidad y falta de transporte. En esas circunstancias se puede recurrir a la comunicación telefónica o sistema radial. Este enfoque es perfectamente aceptable para ofrecer asesoramiento, y resulta muy tranquilizador para la partera involucrada el poder tener una segunda opinión en caso de emergencia.

## 2. ¿POR QUÉ SUPERVISAR?

Al cuidar, desarrollar y empoderar a las parteras a través de la supervisión, las mujeres y los bebés que ellas tienen a su cargo se beneficiarán a su vez con un mayor nivel de seguridad por parte de los profesionales que dan la atención. Cuando las parteras trabajan de una manera subóptima aún a pesar del apoyo y el desarrollo profesional que se les ofrecen con la supervisión, hay dos maneras de abordar las circunstancias. En primer lugar, el supervisor puede dar un mejor apoyo y un desarrollo profesional específico, tratando de mejorar la práctica y en segundo lugar, cuando las circunstancias indican que es improbable que la actuación de ese profesional mejore, o en aquellas instancias en que una minuciosa documentación de los acontecimientos muestre que la práctica es inadecuada, se le puede retirar a la partera la habilitación para trabajar.

### 2.1. Dando apoyo a las parteras

En la actualidad la supervisión se ofrece desde una perspectiva mucho más de apoyo que en los primeros tiempos, cuando se desarrolló la supervisión estatutaria hace más de un siglo. Los supervisores de parteras actúan como guías y consejeros de las parteras en los casos que éstas atienden. Se encuentran disponibles para asesorar sobre asuntos de la práctica o para escuchar cuando las parteras tienen que manejar una situación difícil. Apoyan el desarrollo profesional de las parteras y se reúnen con ellas de manera regular para hablar sobre sus preocupaciones, para ayudarlas a reflexionar y considerar con ellas sus metas para el futuro.

El propósito común de todas las parteras y de todas las supervisoras de parteras es brindar la mejor atención posible a las madres y sus bebés. La manera más eficaz de brindar ese nivel de atención será la base de la comunicación entre el supervisor y el supervisado. La regularidad de los contactos y de la comunicación ayudará a promover una mutua consideración y el compromiso de reunirse regularmente.

La supervisión ha demostrado ser un abordaje positivo para apoyar la práctica - no solo de las parteras - sino también de otras profesiones (Hall 2007). La supervisión puede llegar a tener inclusive un efecto restaurador, particularmente en circunstancias en las que los profesionales trabajan en un entorno estresante, y en ambientes de trabajo de gran exigencia (Abbott y col 2006). El apoyo que brindan los supervisores también ha demostrado tener un impacto positivo sobre la satisfacción laboral, sobre los resultados referentes a la atención de los pacientes (Kirkham y Stapleton 2000; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner y Haataja 2006) y en la reducción de los niveles de burnout, agotamiento emocional y depersonalización (Edwards y col., 2006).

### 2.2. Protección del público, de las madres y los bebés

La protección del público fue el principal objetivo de la supervisión estatutaria, tal como fue vista durante su diseño original, y ese objetivo ciertamente se mantiene en la prestación de servicios sanitarios al día de hoy. La relación entre los conceptos de supervisión de las parteras y la protección de las madres y los bebés puede ser difícil de comprender, ya que es un mecanismo indirecto. Empero, existen evidencias que las parteras que trabajan en un ambiente en el que pueden ser supervisadas y apoyadas están menos expuestas a cometer errores en su juicio o práctica clínica. Aún así, a pesar de este apoyo, seguirá habiendo ejemplos de práctica subóptima y esos ejemplos pueden ocurrir a muchos niveles, desde la partera que se esfuerza menos a aquella que no evalúa continuamente la seguridad y calidad de su práctica, que no acepta su responsabilidad ante los errores o que no emprende acciones para corregir su práctica riesgosa.

En la práctica de la partería no se puede predecir la carga de trabajo clínico. Por más cuidadosa que sea la planificación, es inevitable que haya períodos en los que el personal no alcanza para atender a todos. Los incidentes son más comunes cuando las parteras están trabajando bajo presión, cuando las circunstancias las inducen a tomar atajos que pueden poner en riesgo la seguridad en beneficio de la rapidez (Hillson y Murray-Webster 2005).

Las parteras que trabajan en comunidades aisladas donde hay barreras a la accesibilidad de la atención obstétrica de emergencia, inevitablemente tendrán que tomar decisiones difíciles. Se ha identificado que la falta de supervisión técnica y un entrenamiento práctico inadecuado en el servicio, son las principales causas de la mala calidad de la atención en algunas situaciones de trabajo (Kaye 2000).

Las parteras que han tenido malos resultados al enfrentar situaciones difíciles pueden angustiarse ante la idea de volver al trabajo, aunque tal vez no tengan otra opción. Cualquiera que sea la circunstancia, necesitan apoyo para superar lo que ha ocurrido. Durante ese tiempo les resultará tranquilizador saber que tendrán la oportunidad de recibir una mayor capacitación sobre el incidente, para poder probar no sólo a su supervisora de partería que son capaces de trabajar de manera segura, sino también a ellas mismas. Ese apoyo que ofrece la supervisión significa que las mujeres y los bebés recibirán una atención segura y competente de las parteras, y que sin ello habrían continuado ejerciendo su profesión de manera subóptima o sin seguridad y confianza.

### **2.3. Permitiendo un aprendizaje de toda la vida**

Se exige a las parteras el compromiso de aprender durante toda la vida para que haya continuamente una oportunidad de desarrollar, actualizar y modernizar la manera de trabajar, reflejando las nuevas evidencias que van surgiendo. La educación y capacitación continuas son las bases del desarrollo profesional.

El concepto de desarrollo profesional es crucial para mantener los estándares de práctica y para asegurar que la práctica sea actualizada, basada en la evidencia y segura. Se reconoce que la experiencia puede incrementar la práctica, pero no si se trata de una repetición de la misma experiencia un año tras otro, sin aprender nada nuevo. El aprendizaje por la experiencia tiene un valor enorme, comparado con los principios de observar y aprender (Stuart 1988).

La supervisora de parteras puede apoyar a la partera determinando cuál es la capacitación pertinente para sus necesidades individuales. Debe mantenerse un perfil profesional de la actividad de aprendizaje para registrar la manera en la que la actividad de aprendizaje ha aportado información y ha incidido en la práctica profesional personal. Esto ayuda al supervisor a controlar el desarrollo profesional de una partera.

Se debe esperar que una partera profesional desarrolle independientemente una cantidad regular de estudios durante su vida laboral. Las juntas nacionales rectoras de la partería pueden establecer una cantidad mínima de unidades de educación continua, que una partera debe adquirir en el transcurso de un período de tiempo específico, como estándar de práctica o para lograr que se le extienda la autorización para seguir ejerciendo.

### **2.4. Promoción de la autorregulación profesional**

Las parteras generalmente comprenden la regulación profesional, definida como las reglas estatutarias, disposiciones y pautas para el ejercicio de la partería formuladas para el país, por un organismo con autoridad establecida con ese propósito (ver Herramienta 2). La autorregulación profesional es un proceso relacionado con eso, pero tal vez no tan bien comprendido por la partera profesional. Tal vez a las parteras no les quede tan claro el verdadero significado de la responsabilidad de rendir cuentas (accountability), es decir, el asumir la responsabilidad personal de adherir a esas reglamentaciones, y además a asumir la responsabilidad personal adicional de controlar la calidad de la práctica personal.

Es posible que haya un cierto conflicto entre lo que las parteras entienden como la responsabilidad de rendir cuentas sobre su propia práctica en cualquier ambiente en el que estén ejerciendo, y donde esa responsabilidad se comparte bajo las circunstancias en que las parteras están desempeñando lo que le indicó el personal médico. Las pautas regulatorias deben incluir una explicación respecto de que esa responsabilidad no puede delegarse ni ser adoptada por otros, sino que reside simplemente en el profesional individual.

El platicar con la supervisora de parteras puede servir para ver eso y comprenderlo más claramente. Algunas veces las parteras quedan en una posición de abogar por las mujeres que desean ejercer algunas de sus opciones personales que tal vez no coincidan con la política local. Por ejemplo, en algunos países la práctica habitual y esperada es dar a luz en maternidades establecidas. Sin embargo, una madre puede querer quedarse en su domicilio a dar a luz. Esto puede presentar un dilema para la partera que quiere apoyar a la madre en su elección de dar a luz en el hogar, pero al mismo tiempo no estaría dando cumplimiento a las políticas y los protocolos del empleador. Este es un ejemplo de una circunstancia en la que las parteras tal vez quieran consultar a la supervisora que tienen asignada o a otra supervisora local. La supervisora puede ayudar apoyando a la partera a continuar con la atención de la mujer en su hogar y asesorarla respecto de documentar la decisión de la mujer y el asesoramiento que se le brindó. La supervisora también puede apoyar a la partera, luego del acontecimiento, iniciando una revisión de la política local a la luz de las nuevas evidencias (Berggren, Barbosa da Silva y Severinsson 2005; Kirkham y Stapleton 2000).

La disponibilidad de servicios también puede inhibir las opciones de una mujer. Por ejemplo en algunos países puede haber un acceso muy limitado a los servicios de atención obstétrica de emergencia. Una mujer que presenta un parto obstruido y que podría obtener una mejor atención siendo transferida a una dependencia muy lejana, que exija el pago de honorarios o el consentimiento de otros miembros de la familia, puede exigirle a una partera responsabilidades tanto como partera como de empleada del sistema. La partera tendrá que buscar urgentemente el apoyo de un supervisor de parteras, que las ayude a tomar su decisión y a emprender alguna acción.

### 3. BENEFICIOS DE LA SUPERVISIÓN A LA FORMALIZACIÓN MÁS AMPLIA.

#### 3.1. Apoyo de la gobernanza clínica

La gobernanza clínica es un marco a través del cual las organizaciones se hacen responsables de la mejora continua de la calidad de sus servicios y de salvaguardar altos estándares de atención (Sally y Donaldson 1998). La intención de la gobernanza clínica es crear un ambiente que propenda la excelencia en los cuidados clínicos y en el que el concepto de gestión de riesgo se aplique a nivel de toda la organización. Los supervisores de partería sirven de soporte al marco de gobernanza clínica abogando por la madre y el bebé y llevando un control de la actuación profesional de las parteras. Esto promueve un estándar seguro de la práctica de partería que incrementa la calidad de la atención.

Las supervisoras de parteras cumplen su papel de proteger al público siendo conscientes de la cultura actual de seguridad en sus áreas de trabajo y estando preparadas para informar a los Administradores de Salud Superiores, de los riesgos que surgen cuando las maternidades no están provistas del personal suficiente, tanto profesional como de apoyo. La supervisora de parteras que se toma seriamente el papel de protección pública también reconocerá la necesidad de informar a la dirección sobre los riesgos asumidos en su área de gestión.

Sin embargo, la gestión de riesgos es una responsabilidad compartida entre las supervisoras y las parteras en ejercicio. El ejercicio de la responsabilidad profesional mantiene la cultura de seguridad de la profesión de partería. Esto significa que las parteras deberían reconocer cualquier limitación en su conocimiento y competencia, y rechazar cualquier deber o responsabilidad si no es capaz de realizarlas de manera segura y hábil. Sin embargo, a menudo es difícil para la partera en ejercicio actuar en base a este principio, particularmente cuando no hay nadie más que pueda hacer las tareas, y por lo tanto, no se podría satisfacer las necesidades de los usuarios.

También se puede apoyar los altos estándares de atención a través de un programa de auditorías de supervisión. Las autoridades que supervisan pueden disponer de visitas de auditoría de supervisión a cada maternidad, en las dependencias sanitarias y en las comunidades. Se puede evaluar la manera de ejercer la partería en estas condiciones comparándolas con los estándares de práctica establecidos, tales como las normas de la OMS Haciendo el embarazo más seguro (OMS 2006). El auditor, como evaluador externo, está en posición de recomendar acciones remediales en las circunstancias donde existen variaciones inaceptables en la práctica clínica de la partería, o donde la atención es inapropiada para las necesidades de las mujeres (Duerden 2000).

La autorregulación profesional y el aprendizaje continuo constituyen también temas claves de la gobernanza clínica. Ya han sido descritas como parte integral de la supervisión de las parteras, promoviendo y desarrollando prácticas seguras y difundiendo buenas prácticas basadas en la evidencia y la innovación. Los supervisores son importantes para el apoyo de este marco, para un desarrollo profesional continuo y para actualizar el conocimiento de partería.

#### 3.2. Apoyo a la mejora continua de la calidad

La mejora continua de la calidad (MCC) es un proceso mediante el cual se hace una evaluación de la práctica individual y/o grupal, cotejándola con las normas de práctica segura y eficaz, y cuando estuviere indicado, haciendo recomendaciones para incrementar la calidad de la atención. El interés de los servicios de maternidad en participar en un proceso de MCC es probar que las actividades vinculadas con la calidad se están llevando a cabo de manera

eficaz. Eso debería promover la confianza entre la administración, los colegas de la salud y el público, en el sentido que se está ofreciendo una atención de buena calidad.

La auditoría clínica puede ser vista como un elemento de la evaluación de la calidad, o como su equivalente, y debería ser una parte integral de todas las prestaciones de cuidados sanitarios y de las actividades de mejora continua de la calidad. Estas actividades pueden incluir actividades como las revisiones hechas por pares, estudios de calidad y auditorías de todos los tipos (Consejo Nacional de la Salud e Investigación Médica (Australia) 2003), en inglés (National Health and Medical Research Council).

Los sistemas utilizados para el control de calidad en los servicios sanitarios se basan en normas clínicas, las prácticas basadas en la evidencia y el aprendizaje de lecciones que surgen de un mal desempeño. Un programa de supervisión de parteras y de auditorías de supervisión pueden servir como un componente importante de estos sistemas de control de calidad.

En la Herramienta 4 se analiza el desarrollo de normas nacionales de la práctica de partería. Apoya la teoría que si no se fijan normas para el ejercicio de la partería, las parteras deberían intervenir en la colaboración multidisciplinaria al elaborar estas normas. La supervisora de parteras debería estar bien posicionada para representar a las parteras en el organismo que establezca esas normas.

La práctica basada en la evidencia es crucial para cualquier programa de actividades de mejora de la calidad dentro de la gobernanza clínica. Los supervisores de parteras tienen la responsabilidad de controlar la práctica de las parteras. Un control regular de la práctica de partería por parte de los supervisores que trabajan en el ambiente clínico puede ayudar a identificar los potenciales riesgos y emprender acciones para abordarlos.

Las supervisoras deben asegurar que la práctica dentro de su propia área clínica se base en la evidencia. También deben cuestionar las prácticas realizadas simplemente porque así lo indica la tradición, y sin ninguna evidencia. Las supervisoras tienen además como tarea asegurar que las parteras comprendan no solo el significado de la práctica basada en la evidencia, sino que también sepan dónde y cómo hallar esa evidencia y cómo evaluarla adecuadamente, pudiendo discriminar entre los estudios de investigación de buena y mala calidad.

El análisis de los incidentes críticos es un proceso en el que las personas involucradas en una situación clínica difícil entablen una discusión de las circunstancias que pueden haber afectado el resultado, buscando identificar los factores que se puedan modificar para promover resultados mejores. El análisis de incidentes críticos es una parte crucial del papel del supervisor (Arvidsson y Fridlund 2005). Los supervisores deben registrar, investigar y controlar todos los acontecimientos problemáticos que involucren a las parteras. Este es uno de los mecanismos por los que los supervisores pueden ayudar a las parteras a aprender lecciones a partir de un mal desempeño.

Muchas instituciones pueden organizar reuniones periódicas de auditoría perinatal, diseñadas para revisar los resultados de la atención clínica e identificar posibles áreas que necesiten mejora. Esas reuniones constituyen una excelente instancia para las supervisoras de parteras para controlar la práctica de partería y para emprender las acciones apropiadas en aquellos aspectos en los que se haya demostrado una atención subóptima. Las reuniones de auditoría perinatal ofrecen oportunidades de discusión multidisciplinaria de las lecciones aprendidas en las auditorías y para debatir cómo se pueden evitar los malos resultados en el futuro.

## 4. MODELOS DE SUPERVISIÓN

Se ofrecen dos modelos de supervisión para consideración. El primero se aplica a las parteras que ejercen en los países desarrollados y que están atendiendo nacimientos en dependencias sanitarias. El segundo modelo puede resultar de utilidad a las parteras que trabajan en los países en desarrollo. La discusión se concentrará en la forma en que contribuye la supervisión a las organizaciones de salud bien establecidas, pero ha de enfatizar los aspectos prácticos de la supervisión en las comunidades menos desarrolladas.

### 4.1. Supervisión de todas las parteras

Un programa formal de supervisión dedica tiempo de reuniones regulares especialmente para que las parteras se puedan reunir con su supervisora y reflexionar sobre su práctica durante el período de trabajo previo. De ser factible, se recomienda una revisión anual. Si se desea, o si resultara necesario, las parteras pueden disponer de reuniones más frecuentes. Las parteras que estén preocupadas por cualquier aspecto de su práctica pueden conversar sobre esos temas con franqueza, sabiendo que esas conversaciones son confidenciales, y que constituyen una oportunidad para recibir apoyo y orientación, más que crítica. Las parteras también deberían poder hablar con sus supervisoras cada vez que lo necesiten o cuando quieran hacerlo. Es conveniente que las supervisoras de las parteras tengan cargos clínicos, para que tengan la oportunidad de trabajar al lado de las parteras que supervisan y para facilitar un contacto informal más regular.

La revisión de supervisión es una oportunidad para analizar el desarrollo profesional. La supervisora puede servir como una caja de resonancia, ofreciendo asesoramiento y orientación, y ayudando a la partera individual a tomar decisiones. La supervisora de parteras es, en efecto, responsable de facilitar las oportunidades que permitan mantener y desarrollar sus habilidades, desarrollar nuevas destrezas, conocimientos y competencias.

Se recomienda a las parteras que se hayan visto involucradas en una situación complicada de manejar a que se reúnan con sus supervisoras y que reflexionen sobre cómo se manejó la emergencia, los acontecimientos que llevaron a esa situación y su resultado. En estas situaciones, el papel de una supervisora es brindarle apoyo a la partera, y proteger la profesión de partería y los usuarios que se atienden. En algunas circunstancias muy graves puede ser útil contar con la asistencia de otro supervisor, a quien se le puede solicitar que realice una investigación de la supervisión, mientras tanto que la supervisora asignada brinda su apoyo a la partera, ayudando a identificar brechas en el conocimiento o debilidades en la práctica. Estas brechas se pueden abordar mediante un aprendizaje apropiado y apoyado por la supervisora de parteras en el lugar de trabajo, haciendo enlace con el departamento local de formación de partería si se necesitara el aporte de la academia.

### 4.2. Supervisión de las parteras que atienden nacimientos en dependencias sanitarias

Cuando las parteras atienden nacimientos en dependencias sanitarias o nacimientos en los hogares de las mujeres cerca de la unidad de maternidad, habitualmente hay un acceso fácil a una supervisora de parteras. Los programas estructurados de control y supervisión de la práctica de partería se pueden desarrollar y poner en práctica sin gran dificultad bajo dichas circunstancias.

La revisión de los registros es una de las herramientas que se ha elegido para hacer un seguimiento de la práctica de partería. El mantenimiento de registros está bien establecido en partería en la mayoría de los países desarrollados. Estos registros tienen que ser exactos, contemporáneos y dan un buen relato de la atención brindada (OMS 2006). Las

supervisoras de parteras son responsables de asegurar buenos registros estandarizados, controlando regularmente los registros de las parteras en su lugar de trabajo, y brindando retroalimentación a las parteras sobre las normas de mantención de los registros. Esto ayuda a las parteras a mejorar sus anotaciones y les ayuda para que sean capaces de dar un relato claro de lo que hicieron en las situaciones de emergencia.

### **4.3. Supervisión de las parteras que trabajan en los países en desarrollo**

El acceso a una supervisora de parteras puede ser problemático en los países en desarrollo debido a las distancias y la naturaleza rural o remota de la región. Sin embargo, la comunicación no necesita ser en persona. El uso de las tecnologías de internet y las telecomunicaciones puede posibilitar el contacto necesario. Los principios primordiales de supervisión, apoyo y reflexión sobre la práctica pueden facilitarse de esa manera. Las visitas personales, siempre que sea posible apoyadas por un contacto periódico a través de otros medios, seguirán dándole a las parteras el asesoramiento, orientación y apoyo en su práctica.

La revisión de la práctica a través de registros de maternidades puede ser difícil, ya que en algunos países la elaboración de registros de partería puede ser limitado (Green 2006). Sin embargo, las supervisoras de parteras pueden ser responsables de introducir la práctica de llevar registros y capacitar a las parteras en estas normas.

Durante sus visitas a las áreas rurales, las supervisoras pueden inspeccionar los equipos y las instalaciones, para asegurarse que estén bien mantenidos y que sean adecuados para las necesidades de la comunidad. El énfasis de tales visitas de supervisión debería, sin embargo, colocarse en el apoyo y las necesidades de desarrollo profesional y en las maneras de “estar ahí” a disposición de las parteras cuando lo necesiten. Estos énfasis brindan un marco confidencial para una relación de apoyo entre los supervisores y las parteras, donde sea que estén trabajando.

## **5. CÓMO PLANIFICAR Y DESARROLLAR UN SISTEMA DE SUPERVISIÓN**

Se brinda una serie de pasos para ayudar a los países en sus esfuerzos para planificar, desarrollar e introducir un sistema de supervisión de parteras.

### **5.1. Dando un marco regulatorio y normas para supervisión**

Lo primero esencial al desarrollar un sistema para la supervisión de parteras sería considerar la introducción de reglamentación de la práctica de partería que debe ser apoyada por la supervisión. Esta regulación hace posible fijar una agenda normal para la creación de normas de supervisión. Estas normas, a su vez, constituyen la base para un programa de capacitación para las supervisoras de las parteras.

La regulación se analiza en detalle en la Herramienta 2. La autonomía de las parteras difiere de un país a otro, y de un estado a otro, por lo que el nivel de regulación variará en consonancia. El nivel de regulación debe ser suficiente como para apoyar un sistema robusto de supervisión durante todo el período de tiempo en el que la partera esté autorizada por ley a hacerse plenamente responsable de las madres y sus bebés. La creación de las normas de supervisión puede estar a cargo de un equipo multidisciplinario, en el que haya una fuerte representación de las parteras. A partir de allí se elaborarían normas que reflejen las reglamentaciones y códigos establecidos en esa regulación de partería.

## 5.2. Selección de supervisoras de parteras

Las calificaciones personales y profesionales de las personas seleccionadas para desempeñarse como supervisoras deberían basarse en estas normas. Las supervisoras de parteras serán parteras calificadas, que cuenten idealmente con por lo menos tres años de experiencia. Otras cualidades de las posibles supervisoras pueden ser articuladas por las parteras mismas (Duerden 2000). En particular, las parteras opinaban que una supervisora de parteras debía ser:

- accesible
- clínicamente experimentada
- en contacto y actualizada
- dispuesta a actuar.

Las supervisoras de parteras brindan un liderazgo profesional, por lo que las parteras con habilidades y cualidades de liderazgo serán candidatas excelentes. Los buenos líderes apoyan, desafían y dan su visión (Daloz 1999; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlenchner y Kivmäki 2005). Poseen ciertas características como la creencia en sí mismos y la conciencia de sí mismos. Tienen integridad personal y son políticamente astutos. Las supervisoras tienen que ser capaces de confirmar la capacidad de una partera y crear oportunidades para reflexión y voluntad para emprender un proceso de cambio, cuando sea necesario. El liderazgo utiliza los procesos de espejo y de reflexión, ayudando a las personas a quienes supervisa a considerar su propia manera de pensar y ver sus propios comportamientos de una manera nueva, para que comprendan sus fortalezas y debilidades más claramente (Daloz 1999). Será difícil encontrar todas estas características en una partera, pero, al encontrar a un grupo de parteras con estas características y cualidades combinadas, el equipo de supervisoras será un gran valor para la organización y las parteras que la componen.

Las experiencias pasadas también han generado varias lecciones sobre las características individuales que son más adecuadas para los individuos que desempeñan el rol de supervisor. Durante los primeros 35 años de la supervisión estatutaria de las parteras en el Reino Unido, el Director Nacional de Salud (Medical Officer of Health) se desempeñó como funcionario responsable de la Autoridad de Supervisión Local (Recurrió entonces a mujeres de las filas de clase media al elegir las inspectoras de parteras (Damas), utilizándolas para supervisar a sus subordinadas (Heagerty 1996). Eran muy críticas con las parteras, que eran mujeres de una clase social inferior, e intentaron imponer normas de la clase media. Las voces de las parteras no fueron escuchadas efectivamente hasta 1937, época en la cual se comenzó a asignar a parteras mismas como supervisoras de parteras para que fueran “amigas y consejeras” más que “críticas implacables”. Esto transformó completamente la cara de la supervisión de la partería y recuerda a las organizaciones del siglo XXI de la necesidad de que la supervisión de las parteras sea hecha por parteras. La supervisión debe ser vista como un mecanismo de apoyo, si ha de ser eficaz (Keeling, Quigley y Roberts 2006).

Las expectativas adicionales de las supervisoras potenciales son que:

- estén comprometidas con los cuidados centrados en la mujer
- sean una fuente de conocimiento y pericia profesional
- sean capaces de resolver conflictos
- sean empáticas y alentadoras.

La capacidad de mantener la confidencialidad va implícita en el papel de una supervisora de parteras. Una partera debe poder confiar en todo momento que las conversaciones con una supervisora de parteras permanecerán confidenciales. Siempre habrá veces en las que la supervisora de parteras pueda necesitar actuar en aras de la seguridad, en cuyo caso se discutirá la necesidad de compartir la información aportada por la partera.

Al designar las supervisoras deben elegirse roles y títulos más clínicos que administrativos, para evitar la confusión entre la administración y la supervisión. Los administradores a menudo tienen responsabilidades presupuestarias que inciden sobre los recursos de servicios, mientras que la supervisora clínica de parteras hará de la práctica de partería su principal foco de supervisión, y no la organización. Sin embargo, el pool de candidatas entre los que se pueda elegir, determinará la selección final.

### 5.3. Preparación de las supervisoras de parteras

Todas aquellas seleccionadas como candidatas a supervisoras de parteras deben recibir un programa de entrenamiento individualizado. Se debe decidir a qué nivel se dará el entrenamiento antes de elaborar un programa de entrenamiento para supervisoras. Se sugiere que el nivel de formación de una supervisora generalmente sea un paso superior al nivel de capacitación de las parteras; por lo tanto, si las parteras están capacitadas como para un nivel de certificado, entonces sería apropiado exigir a las supervisoras un nivel de diploma, pero si las parteras están entrenadas a nivel de diploma, entonces las supervisoras deben estar entrenadas a un nivel de grado, etc.

El programa de formación debe ser amplio, incluyendo los conceptos de conciencia política. Las supervisoras deben ser conscientes tanto del clima político imperante como de las políticas de servicios sanitarios nacionales que influyen sobre la práctica clínica, además de las políticas locales que influyen sobre el suministro local de los servicios de maternidad. Cuando se hacen políticas sanitarias tanto localmente como nacionalmente, se espera que la supervisora oriente a las parteras en su ejecución. La introducción local de un nuevo programa de tamizaje nacional es un ejemplo de ello.

La duración del programa de entrenamiento debería estar en concordancia con sus contenidos. Los programas ofrecidos con el título de grado o diploma deben extenderse por lo menos un semestre. El autoaprendizaje será apropiado en muchas instituciones educativas. Se puede disponer de algunos días de clases más para ofrecer oportunidades de aprendizaje compartido con otras posibles supervisoras.

Se debe asignar una supervisora de parteras experimentada para actuar de mentora para la candidata a supervisora, que apoye y oriente sobre los elementos prácticos de supervisión y para exponer a la aprendiz a las actividades de supervisión. Obviamente, este paso en el desarrollo del sistema de supervisión solo puede ocurrir una vez que se haya establecido el sistema de supervisión y un cuadro de supervisoras experimentadas que desempeñe este papel.

El programa de entrenamiento debe incorporar los siguientes temas:

- supervisión de apoyo
- papel de la supervisora de parteras
- propósito de la supervisión
- liderazgo
- influencias sobre la supervisión
- empoderamiento y defensa

- supervisión proactiva
- toma de decisiones y resolución de los problemas
- organización de la supervisión
- modelos de supervisión
- legislación
- responsabilidad – rendición de cuentas
- normas profesionales
- asociaciones de supervisión
- gobernanza clínica y gestión de riesgo
- papel de la supervisora en el desarrollo profesional
- aptitud para ejercer.
- identificación de una supuesta mala conducta
- emprender una investigación.

Gran parte del programa se puede cubrir utilizando estudios de casos y ejemplos. Debe estimularse la elaboración de un portafolio. Para la evaluación se puede optar por una presentación escrita u oral o por evaluación del portafolio.

#### **5.4. Nombramiento de las supervisoras de parteras**

La candidata a supervisora será elegible para el cargo de supervisora de parteras al cumplir con éxito el programa de entrenamiento. El sistema de designación debe permitir una cierta flexibilidad para la selección final después de completar el entrenamiento, por lo que sí se plantearan dudas sobre la capacidad de alguien que asista al entrenamiento para desempeñarse como supervisora de parteras, no existiría la obligación de asignarla en ese papel. No es una situación infrecuente, ya que la selección por medio de entrevista no necesariamente identifica las debilidades de una postulante.

#### **5.5. Asignación del número de casos a cargo**

La experiencia en los países desarrollados sugeriría que es razonable asignar una carga de casos de 15 parteras a cada supervisora de parteras. Sin embargo, esto sería una carga excesiva si hay una gran distancia entre las dependencias y si hay un acceso limitado a las parteras supervisadas. En ese caso la adjudicación se determinaría según el número de supervisoras disponibles y la logística de acceso a las parteras supervisadas, considerando que la supervisora además tiene que completar su cargo como partera.

#### **5.6. Elección de una supervisora**

La relación de supervisión se beneficia del hecho que una partera pueda elegir a su propia supervisora siempre que sea posible (Catherine y Stewart-Moore 2006). La calidad percibida de la supervisión ha demostrado ser mayor en aquellos casos en los que las supervisadas eligieron a sus propias supervisoras (Edwards y col 2005). Sin embargo, es probable que se necesite algún tipo de proceso de asignación o adjudicación en los primeros años, mientras que se está introduciendo el sistema de supervisión. Una vez que el sistema de supervisión está bien establecido, los líderes del sistema pueden hallar la oportunidad de agregar sus nombres a la lista de supervisoras de parteras disponible, de cuyas listas las parteras pueden seleccionar su supervisora personal, designada por nombre.

#### **5.7. Haciendo los contactos**

Las supervisoras de parteras reciben una lista de los nombres de las parteras que les fueron adjudicadas, y/o los

nombres de las parteras que han elegido a la partera que debe desempeñar ese rol para ellas. La supervisora debería ponerse en marcha, estableciendo un contacto informal lo antes posible con cada supervisada para presentarse e iniciar el proceso de comunicación. A la partera que está en la práctica le resultaría mucho más fácil ponerse en contacto con la supervisora en algún momento en que la necesite, si previamente ya se ha establecido alguna relación (Duerden 2002). Lo ideal sería que en ese primer contacto ya se coordinara una reunión formal. La supervisada puede usar la reunión formal como una oportunidad para poner a la supervisora en conocimiento de los detalles de su carrera hasta la fecha, sus aspiraciones y las inquietudes que tiene sobre la práctica de la partería.

En este punto se considera que la relación ya ha sido establecida. Sin embargo, el desarrollo de la relación es un componente esencial de una supervisión eficaz (Cerinus 2005). La construcción de una relación así no es posible en todas las circunstancias. Por lo tanto, debe haber una opción entre las que elegir, donde ya sea la supervisora o la supervisada reconocen que la relación se ve amenazada y que la supervisión no resultaría beneficiosa, por lo que se puede disponer de un cambio de supervisora.

### 5.8 Responsabilidades de la supervisora de parteras

La supervisora de parteras asume las responsabilidades descritas anteriormente en este módulo. Las supervisoras constantemente, y a menudo subconscientemente, van siguiendo un control de la práctica de todas las parteras en el área que tienen a su cargo. Esta actitud de estar constantemente “consciente de la práctica” estimulará a la supervisora a asegurarse de ver que toda la práctica esté al día, sea basada en la evidencia, y que cumpla con las normas. Las supervisoras van a estar dando poder a las líderes en su servicio de maternidad. Las parteras reconocerán que las supervisoras también son fuentes de información, orientación y apoyo.

La principal responsabilidad de una supervisora es controlar la práctica de partería; esto se realiza de varias maneras:

- trabajando en las áreas clínicas con las parteras;
- haciendo una auditoría de las historias y evaluando los resultados clínicos;
- contribuyendo a la auditoría clínica, incluyendo la realización de investigaciones confidenciales de las muertes maternas y los óbitos fetales;
- organizando reuniones con las parteras para hablar de su trabajo;
- investigar los incidentes clínicos.

De igual importancia es brindar el apoyo a las parteras. Esto se logra mediante:

- reuniones regulares con las parteras a su cargo para hablar sobre su trabajo;
- responder las solicitudes de asesoramiento y orientación de las parteras sobre asuntos clínicos;
- estar disponible para actuar como caja de resonancia cuando las parteras necesiten una segunda opinión;
- apoyar a las parteras que han tenido una experiencia clínica difícil;
- reflexionar con las parteras sobre su práctica;
- alentar a las parteras a alcanzar sus metas;
- arreglar el desarrollo profesional apropiado para las parteras;
- actuar en base a la información recibida cuando una partera comunica una práctica subóptima.

Algunos países han legislado la exigencia que las parteras tengan que declarar su intención de ejercer como parteras todos los años. Las supervisoras de parteras reciben y procesan los formularios de notificación de las parteras que

están a su cargo, para verificar que se atengan a las exigencias estatutarias en esas circunstancias.

## 6. EXPECTATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

### 6.1. Expectativas de las parteras

La experiencia personal de las parteras dicta sus propias expectativas de supervisión (Stapleton, Duerden y Kirkham 1998). Las que han recibido una supervisión que muestra que a la supervisora le importa y que sirve de respaldo, en general fueron muy positivas con respecto a la supervisión y están dispuestas a promoverla en cualquier instancia. Por el contrario, hay parteras que han recibido supervisiones punitivas realizadas en un ambiente verticalista. Aunque eso haya ocurrido muchos años atrás, esas parteras se sienten incapaces de ver nada positivo sobre la supervisión porque sus sentimientos están muy arraigados.

La relación de supervisión debe tener los elementos esenciales de respeto mutuo y de confidencialidad, para obtener el máximo de su eficacia (Stapleton, Duerden y Kirkham 1998). Por lo tanto es importante que las parteras consideren cuidadosamente la selección de su supervisora. Deben elegir una supervisora con quien crean que pueden mantener una relación abierta y honesta. A su vez, la supervisora elegida tiene que poder apreciar el ambiente en el que está ejerciendo la partera en ese momento.

Las parteras que sienten el empoderamiento que les transmite su supervisora de parteras sienten que ellas a su vez pueden transmitir empoderamiento a sus usuarias. Las decisiones de supervisión que se perciben como que otorgan empoderamiento, son aquellas que se toman por consenso entre la supervisora y la partera (Stapleton, Duerden y Kirkham 1998).

Cuando las parteras tienen ideas de cómo cambiar y mejorar la práctica, las supervisoras pueden facultarlas a introducir ese cambio y apoyarlas en sus iniciativas, abogando por ellas ante el personal superior. Cuando la partera siente que las supervisoras aprecian el valor de lo que hace, la respaldan y reconocen sus logros, aumenta la confianza profesional.

La partera tiene la oportunidad de cambiar a la supervisora si la relación de supervisión no cumple con las expectativas de la partera o de la supervisora, siempre que haya otras supervisoras disponibles. Algunas parteras han manifestado que sus supervisoras personales no las apoyaban y que eso las llevaba a no querer seguir trabajando como parteras (Curtis, Ball y Kirkham 2006). La supervisora misma puede considerar que tiene que haber un cambio en la relación de supervisión si no hay una relación o si no hay confianza. Hay quienes sugieren que es positivo cambiar de supervisora cada pocos años. Otras, en cambio, sugieren que es necesario contar con una relación duradera, a más largo plazo.

### 6.2. Expectativas de las supervisoras

Las supervisoras también se benefician con la supervisión. Ellas mismas tienen a su vez una supervisora personal que las apoya en la clínica y que las ayuda a solucionar los temas de supervisión difícil. El papel de supervisora puede ayudarle a la persona en cuestión a ganar en perspectiva en los temas personales propios de la supervisión y ayuda a definir las fortalezas y debilidades personales más claramente (Daloz 1999). Las supervisoras pueden recibir la gratificación de la satisfacción personal por desempeñarse en ese papel, que le ofrece la oportunidad de compartir el entusiasmo de las parteras supervisadas a medida que crecen y desarrollan su propia práctica profesional.

Se pueden establecer redes de supervisión. Estas redes pueden dar apoyo de las colegas a las supervisoras. Las supervisoras están en condiciones para identificar la buena práctica en las áreas a su cargo y compartir eso con las

supervisoras que trabajan en otras maternidades. Igualmente, pueden aprender de los ejemplos de buena práctica en otras unidades que pueden adoptarse dentro de su propia área. Las supervisoras de parteras también deberían participar de los foros o ateneos multidisciplinarios que se refieran a la práctica de la maternidad en su propia comunidad y país.

### 6.3. Expectativas de las mujeres

Las mujeres y las familias atendidas por las parteras se benefician de la supervisión. Sin embargo, la mayoría de las mujeres de los países donde la supervisión ya está bien establecida saben muy poco del sistema de supervisión.

Se puede alcanzar mucho comunicando los potenciales beneficios de la supervisión de partería a las mujeres que reciben asistencia. Las supervisoras deben estar disponibles para las mujeres que sienten la necesidad de que alguien abogue por ellas cuando estén preocupadas por la atención que están recibiendo o el tipo de atención que quisieran recibir. Por ejemplo, una mujer puede buscar un parto en el hogar en un área geográfica atendida por una partera local que rechaza la solicitud porque no se siente con la experiencia necesaria como para brindar ese servicio. Tal vez la supervisora pueda vincular a esa mujer con la partera de otro servicio que pueda satisfacer las necesidades de la mujer y además responder a las necesidades de capacitación de la partera con menos experiencia. Las mujeres en las comunidades y países menos desarrollados pueden beneficiarse de la asistencia de una supervisora de parteras que introduzca o amplíe la disponibilidad del servicio profesional, como ampliando la disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

Las supervisoras en la comunidad seguramente recibirán llamados más frecuentemente que en las áreas en las que las parteras estén atendiendo partos en instalaciones en las que la asistencia esté más a mano. Las parteras que trabajan aisladas en la comunidad recurren a la supervisora en busca de consejo cada vez que lo necesitan. Las mujeres que atienden a estas parteras deben saber de quién proviene ese consejo. Esto ofrece la oportunidad de promover el valor de la supervisión de la partería a las mujeres en la comunidad.

## 7. EJEMPLO DE PAÍS

Un siglo de experiencia en los países desarrollados ha generado suficiente evidencia sobre el valor de la supervisión de las parteras. Los países menos desarrollados deben considerar estas lecciones aprendidas, para usarlas como modelos para ver de qué manera esos beneficios podrían ampliarse a profesionales de partería y a las comunidades que atienden estas parteras. La introducción de la supervisión de partería en Bangladesh es un ejemplo de ello. Se ha introducido la supervisión para los funcionarios de la salud en otras partes del continente asiático, y se informaron ventajas tanto en términos de la calidad del servicio percibida por los usuarios y su satisfacción con la atención (Sennun, Suwannapong, Howteerakul y Pacheun 2006).

El gobierno de Bangladesh ha legitimado la formación de las parteras como asistentes de partería calificados (APC), dentro de la Estrategia de Salud Materna Nacional de 2001. (Se hizo una capacitación adicional para cuadros de Asistentes de Bienestar Familiar (ABF) y de Asistentes de Salud de la Mujer (ASM) para crear un nuevo cuadro de APC basado en la comunidad. Estos Asistentes recibieron entrenamiento cubriendo nuevas destrezas vinculadas a la salud materna. Aún así, persistían las preocupaciones sobre la supervisión y apoyo que necesitaban al enfrentar los desafíos creados por un papel con tanta responsabilidad. Se determinó que la introducción de un programa de supervisión que incluya el control y la notificación apoyaría al Programa Nacional de APC, fortaleciendo la gestión de

los servicios de los APC (Green 2006). La Organización colaboró en el establecimiento de una forma de supervisión para los Asistentes de Partería Calificados (APC) en Bangladesh en 2005.<sup>2</sup> El modelo de supervisión descrito en este módulo fue desarrollado para ese cuadro.

Se consideró sumamente importante que las APC dispongan de un entorno confidencial, anónimo y no amenazante en el que describir y analizar los factores que llevan a las muertes maternas, dado que su práctica estaba localizada en un área geográfica del mundo en la que hay una elevada razón de mortalidad materna (OMS 2004). Analizando los hallazgos de un estudio británico (Stapleton, Duerden, Kirkham 1998) se constató que un proceso de supervisión de apoyo podría tener un impacto positivo para promover e incrementar la confianza, competencia y destrezas de las APC. Por consiguiente, se creó el modelo de supervisión de Bangladesh siguiendo la filosofía de apoyo que promueve la auto gobernanza y la reglamentación de la práctica. En Bangladesh se introdujeron los principios de desarrollo profesional a través de la educación continua y una práctica reflexiva apoyada, como un aspecto robusto del programa de supervisión para los APC.

Los Inspectores de Bienestar Familiar (IBF) (Family Welfare Visitors:FWV) en Bangladesh asumieron el papel de supervisores de APC y emprendieron la elaboración de un programa para asistir a las parteras a desempeñar su papel. Este modelo de supervisión para APC es un modelo genérico que se traducirá fácilmente a la supervisión de parteras al desarrollarse en el sudeste asiático, o países menos desarrollados similares.

## **7.1. Pasos para establecer un sistema de supervisión para los asistentes de partería calificados en Bangladesh**

La introducción de un sistema de supervisión en Bangladesh demandó el diseño de un sistema de apoyo y la preparación de personas que emprendieran el papel de supervisoras de parteras. Para calificar para ese papel hubo que seguir una serie de pasos.

### **7.1.1 Entrenamiento**

Se dispone de un módulo de entrenamiento breve, de cinco días, para los Inspectores de Bienestar Familiar, para prepararlos como supervisores. El objetivo de este entrenamiento es que comprendan el papel de supervisión. Se les enseñan las destrezas de supervisión que los van a ayudar a brindar una supervisión efectiva y proactiva de APC basados en la comunidad. El entrenamiento estimula a los supervisores a dar una opinión positiva donde se administren altos niveles de atención y que den su asesoramiento donde un enfoque de la atención diferente pueda haber producido una mejora, comparando ambos con la guía oficial de cuidados en tales circunstancias.

El programa incluye:

- desarrollar prácticas seguras en los hogares de las mujeres
- hacer de la confianza, el respeto y la inclusión social elementos esenciales de supervisión
- regulación profesional
- modelos de roles
- liderazgo y apoyo
- reflexión
- mantenimiento de registros

---

2 El autor agradece la asistencia de Julie Green, Profesora de Partería de la Universidad de Hull y Supervisora de Parteras en el RU, por su apoyo en la preparación de esta sección del módulo de supervisión, aportando su experiencia en el establecimiento del sistema de supervisión de partería en Bangladesh.

- recolección y comparación de estadísticas.

### ***7.1.2 Herramientas para la supervisión***

A cada APC se le entrega una carpeta en la que debe registrar las evidencias de la atención que se administra a las mujeres. Se trata de un registro reflexivo, y se lo utiliza como ayuda para la discusión con las supervisoras, para reflejar si la atención administrada es apropiada. Esta carpeta contiene las directrices para la práctica, una plantilla para registrar la atención de cada mujer asistida y espacio para escribir reflexiones.

Las “Competencias esenciales para la práctica básica de partería” de ICM (2003) son las normas mínimas para los APC y se utilizan como referencia para medir la práctica. Se le da a los supervisores una lista de verificación de competencias basada en estas competencias de ICM.

A su vez, las supervisoras reciben un cuaderno de registro de supervisión. Su finalidad es estimularlas a que mantengan un registro de todos los contactos de supervisión, especialmente las revisiones mensuales, y que recaben las estadísticas de los nacimientos atendidos por las APC que ellas supervisan.

### ***7.1.3 Responsabilidades de las supervisoras***

Se delinearon las tareas y responsabilidades de las supervisoras de parteras. El contenido del programa de capacitación fue diseñado como para dar oportunidades al ISF de adquirir cada una de esas áreas de conocimiento o destrezas. Los objetivos del entrenamiento de los ISF eran permitirle a la supervisora de parteras ISF lo siguiente:

- Brindar una descripción del papel y las responsabilidades de la supervisora con respecto a la persona supervisada;
- Facilitar el desarrollo profesional anual mediante una actualización obligatoria;
- Evaluar el mantenimiento de las destrezas usando la lista de verificación de competencias;
- Estimular el uso de registros de la actuación;
- Facilitar una revisión mensual con cada APC que presencie la práctica, siempre que sea posible;
- Dar una opinión positiva siempre que fuere posible;
- Estar disponible para contacto ad hoc a medida que surjan la necesidad y la oportunidad;
- Documentar el contacto de supervisión;
- Recordar a los APC sus responsabilidades y la obligación de responder por lo que hacen;
- Recabar estadísticas de los APC que supervisan, incluyendo el número de nacimientos atendidos y sus resultados;
- Pasar las estadísticas al siguiente estamento jerárquico dentro de los sistemas de salud de Bangladesh para que brinden una información más objetiva que dirija la planificación sanitaria a nivel de gobierno;
- Identificar errores o aspectos inadecuados en la práctica;
- Analizar o demostrar áreas en las que se pueda mejorar la práctica;
- Determinar las necesidades de desarrollo e iniciar la capacitación;
- Emprender acciones a los niveles correspondientes donde haya inquietudes serias por la repetición de incidentes, a pesar de lo hecho por desarrollar la práctica;
- En caso de identificar y confirmar casos de mala práctica, notificarlo al Consejo de Enfermería, agregando recomendaciones de eliminar a la persona en cuestión del registro;
- Elaborar un informe a elevar al Director de Salud;
- Contribuir al proceso de investigación confidencial facilitando que los APC completen un formulario que

documente los óbitos fetales y las muertes maternas.

#### ***7.1.4 Evaluación***

Este proyecto sigue siendo muy nuevo en Bangladesh. Todavía no hay ninguna evaluación formal, por lo que su efectividad no ha sido demostrada. Todos los que participaron en el primer evento de entrenamiento de supervisores de parteras lo evaluaron como muy bueno. Los APC también manifestaron su sensación de que se beneficiarían personalmente de que se supervisara su práctica, y que pensaban que la supervisión tendría una buena repercusión en la atención que se le brinda a las mujeres (Green 2006).

**Anexo 1 - Lista de verificación para introducción de la supervisión de parteras**

Estadio	Pregunta	Si	No	Acción Requerida
<b>Brindar un marco regulatorio y normas para supervisión</b>	¿Hay una regulación para la práctica de partería contra la cual se puedan fijar los estándares de supervisión?			
	¿La regulación provee reglas y un código de práctica para que las supervisoras puedan llevar un control de la aplicación?			
<b>Selección de las supervisoras de parteras</b>	¿Existe alguna declaración de las calificaciones y una descripción del cargo de supervisora de parteras?			
	¿Existe una definición nacional (acordada con todas las partes interesadas) de una supervisora de parteras?			
	¿Se ha determinado un proceso de selección para supervisoras?			
	¿Los responsables de la selección son conscientes de los atributos que se les exige a las candidatas?			
<b>1. Preparación de las supervisoras de parteras</b>	¿Se ha acordado a nivel nacional el nivel y la duración del programa de entrenamiento para supervisoras y parteras?			
	¿Se ha preparado un programa educativo que contenga todos los elementos esenciales exigidos para entrenar a las supervisoras de parteras?			
	¿Se ha preparado a los mentores para apoyar a las posibles supervisoras durante su capacitación?			
<b>2. Designación de las supervisoras de parteras</b>	¿Existe algún sistema para las supervisoras de parteras que no incluya una designación automática al completar exitosamente el programa de entrenamiento?			
<b>3. Adjudicación de los casos a cargo de cada supervisora</b>	¿Hay alguna cifra acordada localmente de que no se superen las 15 parteras por supervisora en las áreas desarrolladas y que la cifra sea mucho menor en las áreas menos desarrolladas, según la disponibilidad?			
<b>4. Elección de una supervisora</b>	¿Las parteras son capaces de elegir su propia supervisora de una lista de las que estén disponibles siempre que sea posible?			
<b>5. Primer contacto</b>	¿Existe una amplia oportunidad para que la supervisora establezca un contacto informal con cada una de las parteras para iniciar una comunicación regular con aquellos individuos que aparecen en la lista de la carga de casos de la supervisora?			
<b>6. Contacto permanente</b>	¿Existe un sistema acordado localmente para facilitar a las parteras que tengan un contacto regular entre las parteras y la supervisora que nunca baje de un mínimo de una reunión por año y mucho menos frecuentemente aún en las áreas rurales?			
<b>7. Responsabilidades de la supervisora de parteras</b>	¿Todas las supervisoras de parteras son conscientes de la lista de responsabilidades indicadas fijada a nivel tanto nacional como local?			
	¿Existe una amplia oportunidad para que las supervisoras auditen y revisen las normas de la práctica de partería?			
	¿La mayoría de las supervisoras están basadas en la clínica, por lo que son capaces de controlar la práctica de partería?			
	¿Las supervisoras son capaces de brindar el apoyo a todas las parteras a su cargo?			
	¿Existe un sistema que le brinde a las parteras acceso a por lo menos una supervisora en cualquier momento para obtener asesoramiento y orientación sobre asuntos clínicos?			
	¿Las supervisoras asumen la responsabilidad de apoyar a las parteras con su desarrollo profesional?			
	Existe un proceso claro para que una supervisora de parteras investigue una práctica subóptima?			
	¿Las supervisoras de parteras llevan un registro apropiado de sus actividades de supervisión?			

## Referencias

- Abbott S, Dawson L, Hutt J, et al. (2006) Introducing clinical supervision for community-based nurses. *British Journal Of Community Nursing*, 2006, 11:346-8.
- Arvidsson B, Fridlund B. (2005) Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *Journal of Nursing Management*. 13:231-237.
- Berggren I, Barbosa da Silva A, Severinsson E. (2005). Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nursing and Health Sciences*. 7:21-28.
- Boon J, Graham B, Wainwright M. et al. (2005). Is preceptorship valuable? *RCM Midwives: The Official Journal Of The Royal College Of Midwives*, 8:64-6.
- Catherine M, Stewart-Moore J. (2006). Upervision: how can the gap be bridged? *RCM Midwives*. 9(5):180-3.
- Cerinus M. (2005). The role of relationships in effective clinical supervision. *Nursing Times*. 101: 34-7.
- Cooper A M, Palmer A. *Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision: A Guide to Clinical Support and Supervision*. Oxford, Blackwell Publishing 2000.
- Curtis P, Ball L, Kirkham M. (2006). Bullying and horizontal violence: Cultural or individual phenomena? *British Journal of Midwifery*, 14:218-221.
- Daloz L. *Mentor: guiding the journey of adult learners*, San Francisco, Jossey Bass 1999.
- Deery R. (2005). An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery*. 21:161-76.
- Duerden J. Audit of supervision of midwives. In Kirkham M. Ed *Developments in the Supervision of Midwives*. Manchester, Books for Midwives Press. 2000:33-59.
- Duerden J. Supervision of Midwives and Clinical Governance. In Fraser D, Cooper M, Eds *Myles Textbook for Midwives*, 14th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone 2002:959-973.
- Edwards D, Burnard P, Hannigan B, et al. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 15:1007-15.
- Edwards D, Cooper L, Burnard P. et al. (2005). Hannigan B, Juggesur T, Adams J, Fothergill A, Coyle D. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12: 405-14.
- Falender CA, Cornish JA, Goodyear R. et al. (2004). Defining competencies in psychology supervision: a consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*. 60:771-85.
- Green J. *Report on the introduction of a Supervisory Mechanism for Community Based Skilled Birth Attendants in Bangladesh 'Caring for the Carers'* 29<sup>th</sup> June 2006
- Hall DS. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing Administration Quarterly*, 2007, 31:68-80.
- Heagerty BV. Reassessing the Guilty: The Midwives Act and the Control of English Midwives in the Early 20<sup>th</sup> Century. In Kirkham M, Ed *Supervision of Midwives*. Hale, Books for Midwives Press. 1996:13-27.
- Hillson D, Murray-Webster R. *Understanding and managing risk attitude* Aldershot, Gower 2005.
- Hyrkäs K, Lehti K. (2003). Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. 11:177-188.
- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Haataja R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 55: 521-35.
- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Kivimäki K. (2005). First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*. 13:209-220.
- Kaye D. (2000). Quality of midwifery care in Soroti district, Uganda. *East African Medical Journal*. 77: 558-61.

- Keeling J, Quigley J, Roberts T. (2006). Bullying in the workplace: What it is and how to deal with it. *British Journal of Midwifery*. 14:616 – 621.
- Kirkham M, Stapleton H. (2000). Midwives' support needs as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing*. 32(2):465-472.
- Mills JE, Francis KL, Bonner A. (2005). Mentoring, clinical supervision and precepting: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural and Remote Health*. 5(3):410.
- Mills J, Lennon D, Francis K. (2006). Mentoring matters: developing rural nurses knowledge and skills. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*. 13:32-6.
- National Health and Medical Research Council (Australia) When does quality assurance in health care require independent ethical review? *Advice to Institutions, Human Research Ethics Committees and Health Care Professionals*.2003.
- Nursing and Midwifery Council. *Preparation of supervisors of midwives*. London, Nursing and Midwifery Council, 2002.
- Ralston R. (2005). Supervision of midwifery: a vehicle for introducing reflective practice. *British Journal of Midwifery*. 13: 792 – 796.
- Sally G, Donaldson LJ. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England *British Medical Journal*. 61-65.
- Sennun P, Suwannapong N, Howteerakul N. et al. (2006). Participatory supervision model: building health promotion capacity among health officers and the community. *Rural and Remote Health*. 6: 440.
- Stapleton H, Duerden J, Kirkham M, *Evaluation of the impact of the Supervision of Midwives on Professional Practice and the Quality of Midwifery Care*. London, English National Board,1998.
- Stuart CC. (1998). Concepts of reflection and reflective practice. *British Journal of Midwifery*. 10: 640 – 647.
- WHO *Making pregnancy safer:The critical role of the skilled attendant* Geneva, World Health Organisation, 2004.
- WHO. Department of Making Pregnancy Safer. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva, 2006.

