

INVERSIÓN EN MATRONAS Y PERSONAL DE SALUD CON CONOCIMIENTOS EN PARTERÍA PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

Orientación sobre políticas y programas para países que busquen ampliar los servicios de partería, sobre todo en la comunidad

“El mundo necesita a las matronas ahora más que nunca para salvar vidas, tanto de las madres como de sus hijos”

UNA INICIATIVA CONJUNTA DEL UNFPA Y LA ICM PARA APOYAR EL LLAMAMIENTO A UNA DÉCADA DE ACCIONES A FAVOR DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD REALIZADO EN LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE 2006



ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| ACRÓNIMOS | iii |
| GLOSARIO DE TERMINOS | iv |
| INVERSIÓN EN MATRONAS Y OTRAS PERSONAS CON CONOCIMIENTOS DE PARTERÍA PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS Y MEJORAR SU SALUD | 1 |
| Introducción y finalidad | |
| Definición del problema | |
| Datos | |
| Soluciones | |
| Resumen de pruebas | |
| Cuestiones para los responsables políticos y los directores de programas | |
| Figura 1. Marco para abordar cuestiones relacionadas con la ampliación de la partería en la comunidad | |
| 1. MARCOS POLÍTICO, JURÍDICO Y REGULATORIO | 5 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| 2. GARANTIZAR LA IGUALDAD EN EL ACCESO | 7 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| Recomendaciones para contextos específicos | |
| 3. CUESTIONES DE EDUCACIÓN: ANTES DEL EMPLEO, DURANTE EL EMPLEO Y FORMACIÓN DE FORMADORES | 10 |
| Pruebas sobre los tipos de formación | |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| Recomendaciones para contextos específicos | |
| 4. LA SUPERVISIÓN ES ESENCIAL PARA MANTENER LA CALIDAD Y LA MOTIVACIÓN | 13 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| 5. FACTORES CAPACITADORES, INCLUIDA LA FACILITACIÓN DE ENTORNOS DE PRÁCTICA SEGUROS | 15 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| 6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: QUÉ HAY QUE EVALUAR, POR QUÉ Y CÓMO | 18 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| 7. FINANCIACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN | 20 |
| Cuestiones clave | |
| Puntos clave de acción | |
| Resumen | |
| LLAMADA A LA ACCIÓN | 22 |
| REFERENCIAS | 23 |

AGRADECIMIENTOS

En diciembre de 2006, la ICM, el UNFPA y la iniciativa de la OMS para lograr un embarazo más seguro, en colaboración con la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT) con sede en la Universidad de Aberdeen (Escocia, Reino Unido), y Family Care International (FCI), organizaron el Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad, para analizar lo aprendido y estudiar la mejor manera de ampliar el acceso a cuidados de partería en la comunidad. Los organizadores del Foro agradecen sinceramente la contribución del gobierno tunecino, que albergó el Foro, y su participación en las sesiones de inauguración y clausura. Esta nota de orientación es el resultado directo de dichas reuniones. Ni el Foro ni la nota de orientación habrían sido posibles sin el apoyo del gobierno de Luxemburgo y de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Sida), en particular de D.^a Gunilla Essner, funcionaria de sección de su departamento de salud. En el Foro, también se contó con el apoyo y la participación del Banco Africano de Desarrollo, el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD), la Universidad de Columbia (Nueva York, Estados Unidos) y la Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna de África (RPMM).

Por último, agradecemos el apoyo y la ayuda de los equipos nacionales de los 23 países, así como de las matronas de varios países industrializados, quienes no sólo compartieron sus conocimientos, sino que también pasaron dos días trabajando intensamente para redactar ciertas pautas de orientación iniciales. Este documento no habría sido posible sin su apoyo y su esfuerzo. También damos las gracias a los Ministerios de Sanidad, los directores de programas, las asociaciones de profesionales y los representantes de personal de Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Camboya, Guatemala, Haití, India, Indonesia, Jordania, Kenya, Malawi, México, Marruecos, Mozambique, Nepal, Níger, Pakistán, Sudán, Tanzania, Túnez, Yemen y Zimbabue, así como de las matronas de Canadá, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

La preparación del texto corrió a cargo de Della R. Sherratt y Karen Odberg-Pettersson, en representación de los organizadores del Foro, basándose en los datos disponibles, y en las exposiciones, los debates y las recomendaciones formulados durante el Foro.

Luxemburgo, Suecia y el UNFPA compartieron la financiación de la preparación e impresión de este documento. Las autoras manifiestan su profundo agradecimiento a todos los revisores por sus comentarios sobre el texto inicial, y desean dar en especial las gracias a Arletty Pinel, directora de Salud Reproductiva del UNFPA, Vincent Fauveau, asesor superior de salud materna del UNFPA, Luc de Bernis, asesor superior de salud materna en África, del UNFPA, Aneka Knutsson, asesora internacional sobre partería de la oficina del UNFPA en Bangladesh, Margareta Larsson, asesora en partería del departamento de la OMS dedicado a la Iniciativa para lograr un embarazo seguro, Nester Moyo, directora de programas de la ICM, Barbara Kwast, asesora superior del AMDD y Atf Gherissi, asesora en partería, Túnez.

Corregido por Alex Marshall

ACRÓNIMOS

| | |
|---------|--|
| AMDD | Programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD), Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia |
| CONEm | Cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia |
| FCI | Family Care International |
| JHPIEGO | Centro asociado de la Universidad John Hopkins |
| HRH | Recursos humanos para la salud |
| ICM | Confederación Internacional de Matronas |
| IMPACT | Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna, Universidad de Aberdeen |
| TMM | Tasa de mortalidad materna |
| PTMH | Prevención de la transmisión de madre a hijo |
| TBA | Asistente de partería tradicional |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |

GLOSARIO DE TERMINOS

| | |
|---|--|
| Partería (<i>Midwifery</i> ; La pratique de sage-femme; Kebela) | Ámbito de acción de la práctica de las matronas profesionales. Arte y ciencia de atender a una mujer antes, durante y después del parto. |
| Matrona (<i>Midwife</i> ; Sage-femme) | Profesional sanitaria acreditada (calificada) que atiende a las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto y proporciona cuidados tanto a las madres como a sus bebés durante el puerperio. Tiene una importante función promotora y preventiva en la ampliación de la salud reproductiva, la defensa sanitaria, la capacitación de las mujeres y la salud de los neonatos (véase Definición de Matrona, Anexo 6). |
| En la comunidad (<i>In the community</i> ; Dans la communauté) | Nivel del sistema sanitario cercano a la residencia de las familias, por ejemplo, un puesto sanitario, una clínica, un centro de salud público o privado, una ONG o el propio domicilio familiar (en ocasiones denominado nivel de atención sanitaria primaria). |
| Personal calificado de partería (<i>Midwifery Workforce</i> ; Les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme) | Profesionales sanitarios cuya función principal consiste en proporcionar atención sanitaria a las mujeres durante el embarazo y el parto, y a las madres y a sus bebés durante el puerperio. |
| Personal calificado de maternidad (<i>Maternity Workforce</i> ; L'ensemble des professionnels de santé maternelle) | Conjunto de profesionales necesarios para los cuidados de maternidad, entre los que se incluyen las matronas y otras personas con conocimientos de partería, pero también el personal de obstetricia y cirugía, el de pediatría (médicos y enfermeras de recién nacidos), los técnicos de laboratorio, los radiólogos, etc. |
| Asistentes de maternidad (<i>Maternity support workers</i> ; Les agents communautaires de santé maternelle) | Trabajadores sanitarios, trabajadores comunitarios y otros profesionales, como curanderos tradicionales y otros, que trabajan y tienen vínculos con el personal calificado de partería, y que desempeñan un papel importante en el apoyo al acceso de mujeres y recién nacidos a una atención calificada para un embarazo y un parto seguros en la que se incluyen cuidados neonatológicos y durante el puerperio. |
| Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) básicos y ampliados (<i>Emergency obstetric care (EmOC), basic and comprehensive</i> ; Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et complets) | Ocho funciones principales Básicas: administración parenteral de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos; retiro manual de la placenta; aspiración manual endouterina; extracción con ventosa obstétrica; estabilización para la derivación y provisión de cuidados tanto previos a ella como durante la misma. Ampliadas: todas las anteriores más la cirugía (cesárea) y la transfusión segura de sangre. |

Cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia (CONEm) (*Emergency obstetric and neonatal care (EmONC)*); Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence [SONU])

Nueve funciones principales

Básicas: administración parenteral de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos; retiro manual de la placenta; aspiración manual endouterina; extracción con ventosa obstétrica; reanimación neonatal; estabilización para la derivación y provisión de cuidados tanto previos a ella como durante la misma.

Ampliadas: todas las anteriores más cesárea y transfusión segura de sangre.

Atención calificada durante el embarazo y el parto (*Skilled care for pregnancy and birth*; Soins obstétricaux qualifiés)

Atención durante el embarazo y el parto proporcionada por un profesional calificado en un entorno capacitador y apoyado por un sistema de derivaciones operativo.

Competencia (*Competency*)

Conjunto de conocimientos, destrezas, aptitudes, experiencia, etc. que debe reunir un individuo para realizar su trabajo.

Destrezas (*Skills*)

Habilidades aprendidas y adquiridas a través de la formación o la experiencia para el desempeño de labores o tareas específicas. Suelen estar relacionadas con tareas o técnicas individuales, sobre todo las que requieren el uso de las manos o el cuerpo.

Competencias esenciales (*Core competencies*)

Combinación de destrezas complementarias y bases de conocimiento (más de una) que forman parte de la especialización de un grupo, un equipo o un colectivo profesional y que delimitan un campo especializado (como la partería).

ODM5

El quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptado por los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas en el año 2000, por el que se pretende reducir a la mitad la pobreza extrema para el año 2015. El objetivo es reducir tres cuartos la tasa de mortalidad materna.

INVERSIÓN EN MATRONAS Y OTRAS PERSONAS CON CONOCIMIENTOS DE PARTERÍA PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS Y MEJORAR SU SALUD

ORIENTACIÓN SOBRE POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA PAÍSES QUE BUSQUEN AMPLIAR LOS SERVICIOS DE PARTERÍA, SOBRE TODO EN LA COMUNIDAD

•••••

INTRODUCCIÓN Y FINALIDAD

El Foro de Hammamet *Partería en la comunidad: Elecciones aprendidas*, que tuvo lugar del 11 al 15 de diciembre de 2006, y que constituyó la primera reunión internacional centrada en la ampliación del personal de partería en la comunidad, emitió un llamamiento a la acción para que todos los países, con una elevada tasa de mortalidad materna emprendieran acciones intensas y urgentes a fin de ampliar los cuidados de partería en la comunidad (véase el Anexo 1).

Asimismo, el Foro decidió publicar un documento de orientación sobre programas nacionales destinados a ampliar los servicios de partería en la comunidad. Esta iniciativa se plasmó en la presente nota de orientación, que describe más detalladamente la acción que deberán emprender los responsables políticos y los directores de programas para provocar cambios a nivel nacional y ampliar la capacidad de partería, en especial para las familias de zonas pobres y de difícil acceso.

Esta nota de orientación intenta recoger y responder a los problemas, dudas, debates y resultados del trabajo de grupo y de las exposiciones nacionales presentadas en el Foro. No pretende sustituir las directrices, que son más bien un recurso técnico. Más adelante, se elaborarán directrices técnicas para poner en marcha la orientación.

Los participantes en el Foro procedían de agencias y organizaciones internacionales como la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna (IMMPACT) de la Universidad de Aberdeen, Family Care International (FCI) y el

programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) de la Universidad de Columbia. Además, participaron matronas, profesionales de enfermería y medicina, responsables de política sanitaria, asociaciones de profesionales, organismos reguladores e investigadores de 23 países en los que la mortalidad y morbilidad materna y neonatal siguen siendo elevadas.

•••••

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los participantes en el Foro resaltaron la urgencia de contar con una orientación clara y práctica sobre mejores prácticas para ampliar rápidamente los cuidados de partería en la comunidad. Para que todas las mujeres tengan acceso a cuidados especializados y se satisfagan las necesidades reproductivas a escala universal, la OMS considera que se necesitarán aumentar en 700.000 las matronas de las ya existentes. Por lo menos es necesario la mitad más para cumplir el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS, 2005a). En muchos países, la cuestión es cómo alcanzar esta meta, dada la escasez de recursos que sufren.

La reciente serie de la publicación *The Lancet* sobre supervivencia materna describía la necesidad de profesionalizar y ampliar los cuidados maternos, a fin de contribuir al descenso de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal (véase la editorial de *The Lancet* sobre supervivencia materna de septiembre de 2006). La ampliación, es decir, el incremento en número y competencias del personal de partería, requiere inversiones y fomento de la capacidad en todos los niveles del sistema sanitario.

La expresión “fomento de la capacidad” suele utilizarse incorrectamente como sinónimo de “formación” (Potter, Brough, 2004). Además de facilitar formación, para fomentar la capacidad es necesario atender a las estructuras, sistemas, funciones, personal, instalaciones, aptitudes y herramientas. Dada la complejidad que supone proporcionar cuidados de partería de calidad en la comunidad, el fomento de la capacidad debe abordar también políticas, marcos legales, infraestructuras y cuestiones logísticas de la comunidad, así como el derecho a practicar intervenciones que pueden salvar vidas, sin olvidar las desigualdades de género, la capacitación de la mujer, la movilización de recursos y la colaboración entre diversos grupos de profesionales.

Esta nota de orientación se centra en la acción para ampliar los cuidados de partería en la comunidad, en respuesta a la opinión de los participantes, según los cuales es en esta área donde se dan situaciones críticas de escasez y cuellos de botella que niegan a las mujeres y a sus familias el acceso a cuidados adecuados. En contexto, existe una necesidad urgente de abordar las necesidades de las personas desatendidas, que con frecuencia se concentran en áreas rurales o en zonas urbanas pobres. La presencia de cuidados de partería en la comunidad responde al derecho humano de todas las mujeres del mundo de acceder a cuidados de partería adecuados, independientemente del lugar en el que vivan.

Gracias al excelente trabajo de la OMS, el UNFPA, el programa AMDD, JHPIEGO y otras organizaciones que operan a nivel global, regional y nacional, abundan las directrices prácticas, relativas a cuidados e instalaciones CONEm, y al refuerzo de sistemas y cuidados de derivación, pero no ocurre lo mismo en relación con la ampliación de los cuidados de partería en la comunidad, lo que crea un importante vacío en el sistema de cuidados necesarios para la maternidad segura.

Los cuidados de partería de calidad y cercanos al lugar de residencia de las mujeres pueden incrementar la capacidad de las familias de cuidarse antes, durante y después del parto; también pueden mejorar el acceso a cuidados CONEm, al educar y capacitar a las mujeres. A pesar de las reiteradas pruebas que demuestran que los cuidados de partería en la comunidad son inadecuados y que faltan proveedores competentes con el apoyo necesario, los planes nacionales no suelen hacer frente a esa necesidad.

•••• DATOS

- ♦ Se calcula que unas 530.000 mujeres mueren al año debido a complicaciones en el embarazo y el parto: más del 90% de esas muertes tienen lugar en el sur de Asia y en el África subsahariana, y menos del 1%, en regiones más desarrolladas (OMS, 2005a).
- ♦ Se estima que entre 10 y 20 millones de mujeres sufren al año graves problemas de salud, como fístula obstétrica, a causa del embarazo y el parto (OMS 2005a).
- ♦ Cinco complicaciones principales, la mayoría de las cuales se producen durante el parto, el alumbramiento y el puerperio, representan el 70% de las muertes maternas (OMS, 2005).
- ♦ La tecnología necesaria para evitar esas muertes ya existe: esas mismas complicaciones también se dan en regiones más desarrolladas, pero rara vez acaban en muerte.
- ♦ Aproximadamente el 15% de las mujeres experimenta alguna complicación durante el embarazo o el parto. La mayoría de las complicaciones no se pueden predecir, pero casi todas ellas se pueden controlar (OMS 2005a).
- ♦ La mayoría de las muertes y discapacidades maternas se podrían evitar si en todos los partos participasen profesionales sanitarios calificados con acceso a centros de derivación de calidad (FCI, 2002).
- ♦ A pesar de que las pruebas han demostrado la necesidad de cuidados especializados en el parto, casi la mitad de las mujeres siguen dando a luz sin ellos (OMS, 2006a).
- ♦ En casi todos los partos de países de renta alta participa un profesional calificado, pero sólo en el 57% de los casos en los países de renta baja, y en menos de un tercio de los partos si hablamos de países de renta muy baja, asolados por la guerra o con economías en quiebra (OMS, 2006a).

•••••• SOLUCIONES

Las matronas y otras personas con conocimientos de partería desempeñan un papel fundamental a la hora de abordar dos de los “tres retrasos” que pueden provocar la muerte en complicaciones del embarazo, al trabajar con mujeres y comunidades, capacitarlas,

y proporcionar CONEm básicos. Asimismo, contribuyen a reducir el tercer retraso mediante cuidados de partería inmediatos, de alta calidad y esenciales, y proporcionando tratamientos paliativos en espera de que lleguen los profesionales médicos con conocimientos obstétricos y neonatales.

Muchos informes ponen de manifiesto que las mujeres recurrirían a matronas calificadas u otros proveedores de servicios de salud con conocimientos de partería, si se pudiera acceder a ellos fácilmente, se pudieran costear sus servicios y se ofrecieran servicios culturalmente aceptables (Ministerio de Sanidad, Reino de Camboya 2004, Koblinsky, 2003).

El Banco Mundial calcula que las muertes maternas descenderían un 75% si la cobertura de intervenciones clave ascendiera al 99% (Wagstaff y Claeson, 2004). De igual modo, la OMS ha concluido recientemente que casi la mitad de las muertes perinatales se podrían evitar con cuidados especializados en el momento del parto (OMS, 2006b). Si tienen la formación y el apoyo necesarios, las matronas de las comunidades pueden llevar a cabo muchas de las intervenciones necesarias para abordar la salud materna (Campbell, Graham, 2006).

RESUMEN DE PRUEBAS

- ◆ Existen pruebas fehacientes de que los cuidados de matronas profesionales con la formación necesaria u otras personas con conocimientos de partería reducen las discapacidades y muertes maternas (OMS 2005a, Loudon 2000, FCI, 2002).
- ◆ En todos los países, la pobreza está estrechamente relacionada con un menor acceso a los cuidados sanitarios, a los que se recurre en menos ocasiones, incluidos los de partería al dar a luz. El estudio del Banco Mundial *Listening to the Voices of the Poor: Crying out for Change*, ilustró claramente la importancia de la atención sanitaria para las personas pobres y vulnerables, y las penurias que sufren cuando les falta (Deepa et al., 2000). Estos datos se ven respaldados por estudios entre mujeres embarazadas (Jewkes et al., 1998, Knutsson, 2004, Pettersson et al., 2004, Pettersson et al., 2007).
- ◆ La falta de sensibilidad de género en la atención sanitaria, junto con la ausencia de medidas para capacitar a la mujer, tiene un impacto directo en la utilización y el acceso a los servicios de salud (Fonn et al., 2001).
- ◆ Las matronas y otras personas que trabajan en la comunidad contribuyen a ofrecer la atención sanitaria primaria esencial, y pueden realizar muchas

de las intervenciones necesarias para salvar la vida de las madres y sus hijos (Campbell, Graham, 2006, de Bernis et al., 2003).

- ◆ Una de las principales conclusiones de la reciente evaluación de IMMPACT sobre su plan de maternidad segura en Indonesia demuestra que las matronas que viven y trabajan en la comunidad asisten y reaccionan en los partos correctamente cuando surgen complicaciones, y están más capacitadas para contribuir a la maternidad segura.
- ◆ La inversión en cuidados de partería en la comunidad tiene beneficios adicionales: un sistema de derivación concebido para el cuidado de la salud materna y del recién nacido, se podría utilizar también para transferir a otras personas gravemente enfermas o heridas de la comunidad (Predhan et al., 2002. Razzak, Kellermann, 2002).
- ◆ Como miembros respetados de la comunidad, las matronas promueven la salud: tanto mujeres como hombres buscan su asesoramiento con respecto a diversas cuestiones de salud, incluida la salud previa a la concepción, la planificación familiar, el cuidado de los recién nacidos y los niños, la nutrición, la atención sanitaria en general y, cada vez más, la salud sexual (Prathmanathan et al., 2003).

Los debates sobre la formación del personal de partería empezaron hace décadas, mucho antes de principios de los 90, cuando el grupo especial de la OMS sobre el desarrollo de recursos humanos para la salud materna y la maternidad segura se reunió en Ginebra (OMS, 1993). En dicha reunión, se llegó a un acuerdo sobre el nivel mínimo de conocimientos de partería, incluidos los conocimientos esenciales para salvar la vida de las mujeres y los recién nacidos. Recientemente, la comunidad internacional ha confirmado por consenso que las matronas deben tener conocimientos básicos de CONEm (OMS, 2004).

Dado que su trabajo las acerca a las mujeres y las familias, las matronas y las personas con conocimientos de partería que trabajan en la comunidad son también defensoras y agentes ideales en programas de VIH/SIDA, en especial en lo relacionado con la PTMH, la reducción de la sífilis congénita, la prevención y tratamiento de la malaria, y la salud de adolescentes y jóvenes.

La profunda y generalizada pobreza, unida al impacto de la pandemia del VIH/SIDA, los desórdenes sociales y la exposición a desastres naturales extremos, como graves sequías, inundaciones, terremotos y tifones, hacen que la partería en muchos países de África y del sur de Asia sea más compleja que en el resto del mundo.

Sin embargo, la producción de proveedores de partería calificados es un componente importante de la hoja de ruta de África para reducir la mortalidad materna y neonatal, con la que se han comprometido las agencias de la ONU y sus socios. Muchos países de renta media y baja con elevada tasa de mortalidad materna están convirtiendo los cuidados especializados en el momento del nacimiento en una de las prioridades de sus planes nacionales de salud y desarrollo.

.....
CUESTIONES PARA LOS RESPONSABLES POLÍTICOS Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

Según un estudio preliminar de los datos disponibles, las cuestiones que se deben considerar a la hora de ampliar los recursos humanos para la salud, incluido el fomento de la capacidad del personal de partería, son las siguientes:

- ♦ Marcos político, jurídico y regulatorio basados en los derechos humanos de los clientes y los proveedores.
- ♦ Enfoque igualitario para llegar a todas las personas que necesitan acceder a un proveedor competente de partería, en especial en las zonas urbanas pobres y en las comunidades rurales.
- ♦ Educación y formación basada en competencias, tanto previa como simultánea al empleo, con normas basadas en pruebas.
- ♦ Supervisión y apoyo para mantener las normas y mejorar la calidad, incluida la coordinación con el centro local de CONEm y su apoyo.
- ♦ Un entorno capacitador, incluidos lugares de prácticas seguros, condiciones de vida seguras, compensaciones justas (salario que permita vivir), acceso a servicios básicos, como los de escolarización y atención a la infancia, suministro adecuado de material y medicamentos básicos y un transporte fiable al centro de CONEm.
- ♦ Observación y evaluación para identificar lagunas y avances.
- ♦ Administración, movilización de recursos y gestión para hacer posible todo lo anterior.

FIGURA 1. MARCO PARA ABORDAR CUESTIONES RELACIONADAS CON LA AMPLIACIÓN DE LA PARTERÍA EN LA COMUNIDAD



1. MARCOS POLÍTICO, JURÍDICO Y REGULATORIO

Se ha demostrado que es crucial que la maternidad segura se considere una prioridad política si se quiere reducir la mortalidad materna (Pathmanathan et al., 2003, Shiffman et al., 2004).

El Informe de Salud Mundial de 2005, *¡Cada madre y cada niño contarán!*, consideraba que lo ideal era que el acceso a cuidados profesionales de partería empezase antes del embarazo; si esto no fuera posible, en cuanto se tuviera noticia del embarazo, hasta que hubiera empezado con éxito el periodo de lactancia. La OMS se centra en el periodo del parto e inmediatamente posterior, cuando se producen la mayoría de las muertes maternas y neonatales. Además, el informe recomienda que se proporcionen los cuidados lo más cerca posible del lugar de residencia de las mujeres y que los proveedores cuenten con el apoyo de un centro operativo, al que puedan acceder en el momento oportuno, capacitado para facilitar en todo momento la gestión y los cuidados de emergencia adecuados para las mujeres y los recién nacidos con complicaciones (OMS, 2005a).

Las políticas para alcanzar lo anteriormente expuesto son cruciales, pero insuficientes. Se necesitan planes de aplicación y marcos regulatorios para que dichas políticas funcionen. Sobre todo, se necesitan marcos jurídicos y regulatorios que protejan el derecho a practicar de las matronas y de otras personas con conocimientos de partería, incluida la práctica de CONEm básicos.

CUESTIONES CLAVE

- ♦ Las políticas deben declarar explícitamente que todas las mujeres, vivan donde vivan, tienen el derecho básico de acceder a cuidados profesionales de partería.
- ♦ La comunidad internacional está de acuerdo en que todos los proveedores de cuidados sanitarios que atienden a las mujeres y los recién nacidos durante el parto deben estar facultados para proporcionar, como mínimo, CONEm básicos.

- ♦ Es esencial contar con marcos jurídicos y regulatorios que protejan a las matronas y garanticen que su capacidad de actuación abarca intervenciones esenciales que pueden salvar vidas, como los CONEm, pero con demasiada frecuencia, éstos son inadecuados.

PUNTOS CLAVE DE ACCIÓN

Dada la complejidad de la ampliación de los cuidados de partería, es esencial que todas las partes interesadas lleguen a un consenso, incluidos en especial otros grupos profesionales clave, como los obstetras. Aunque los gobiernos son los responsables últimos de garantizar el acceso a los cuidados especializados, el papel de otros colaboradores, como las organizaciones de la sociedad civil, es esencial para llegar a un consenso y para la acción política (OMS, 2005).

En dicha colaboración, las comunidades son una de las principales partes interesadas. Los estudios sobre la colaboración en la salud comunitaria también apuntan a la necesidad de un liderazgo compartido. Para que el liderazgo sea efectivo, se debe basar en una visión y un poder compartidos, en la concepción de sistemas y en la construcción de procesos (Alexander et al., 2001).

RESUMEN

Los responsables políticos y los directores de programas deberán:

- ♦ Crear una coalición de partes interesadas, para que lo ideal sea llevar a cabo un análisis rápido de dichas partes.
- ♦ Crear colaboraciones y garantizar la participación de la comunidad desde el inicio;
- ♦ Desarrollar unos cuantos mensajes claros para resaltar el carácter prioritario del acceso a los cuidados de partería en la comunidad.

- ♦ Desarrollar y aplicar un plan de defensa para llegar a un consenso y a un compromiso político, incluidas estrategias de ejecución.
- ♦ Desarrollar un consenso sobre la necesidad de ampliar los servicios de partería en la comunidad.
- ♦ Identificar y lograr el apoyo de los responsables empresariales.
- ♦ Revisar y modificar, si es necesario, los marcos jurídico y regulatorio actuales, para asegurarse de que protegen el derecho de las matronas y a otras personas con conocimientos de partería a practicar y desarrollar íntegramente sus funciones, incluidos los CONEm básicos. Para todo ello, es esencial consultar a otras partes interesadas clave, como los obstetras, que a menudo se oponen a intervenciones por matronas.

EL ÉXITO DE CAMBOYA

Un grupo de partes interesadas, entre ellas la Asociación de Matronas de Camboya y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, con ayuda del UNFPA y otras agencias, abogaron con éxito por la celebración de un Foro de Alto Nivel sobre Partería.

FORO DE ALTO NIVEL SOBRE PARTERÍA

El primer foro nacional con apoyo de alto nivel contó con el respaldo del UNFPA, y su dirección corrió a cargo de la Oficina del Consejo de Ministros, en concreto del viceprimer ministro y del Ministerio de Sanidad, con la participación de los siguientes organismos:

- el Ministerio de Educación, Juventud y Deporte;
- el Consejo de Reforma Administrativa;
- la Secretaría de la Función Pública;
- el Ministerio de Economía y Hacienda;
- agencias multilaterales y bilaterales.

El Foro consideró los numerosos problemas que afectaban al suministro de cuidados de partería, entre ellos los siguientes:

- escaso índice de matriculación de estudiantes en el curso de partería;
- poca motivación para trabajar en áreas rurales y remotas;
- distribución irregular de matronas;
- bajos salarios;
- recursos limitados para la retención de matronas en el sector público;
- deficiente infraestructura de servicios sociales en áreas rurales;
- falta de lugares para la práctica clínica.

PRINCIPALES RESULTADOS DEL FORO

- Aumento de salarios y escalas;
- Ley para el establecimiento de un Consejo de Partería;
- Consenso sobre la necesidad de una evaluación íntegra de la capacidad de partería y acuerdo sobre los términos de referencia de una revisión exhaustiva de partería, junio – septiembre de 2006;
- Fuerte compromiso del Real Gobierno de Camboya con respecto a las cuestiones de partería;
- Informe de revisión sobre partería, que se presentará como parte de la revisión de mitad de periodo del actual plan estratégico del sector sanitario para poder incorporar las acciones correspondientes al próximo plan estratégico.

2. GARANTIZAR LA IGUALDAD EN EL ACCESO

En todos los países, la pobreza está estrechamente relacionada con un menor acceso a cuidados de salud, a los que se recurre en menos ocasiones, incluidos los de partería especializados en el momento de dar a luz (Gwatkin et al., 2004). El estudio del Banco Mundial *Listening to the Voices of the Poor: Crying out for Change*, ilustró claramente las dificultades a las que se enfrentan las personas pobres y vulnerables para cubrir sus necesidades sanitarias (Deepa et al., 2000). Estas conclusiones se vieron respaldadas por varios estudios realizados entre mujeres embarazadas (Jewkes et al., 1998, Knutsson, 2004, Pettersson et al 2004, Pettersson et al 2007) y por el Informe de Desarrollo del Banco Mundial 2004 (WDR, 2004). Para que las mujeres puedan acceder realmente a cuidados de maternidad, es esencial que sean autónomas. Las pruebas demuestran que incluso en grupos de renta relativamente baja, las mujeres con mayor nivel de autonomía tienen menos dificultades para acceder a servicios de salud materna (Mathews et al., 2005).

En la mayoría de los países, los pobres no sólo carecen de la infraestructura adecuada y del material médico necesario, sino que también sufren las actitudes negativas de los profesionales sanitarios. Hace tiempo que se reconoce que, en particular, el acceso de las mujeres a cuidados sanitarios es inadecuado, y que la calidad de éstos es deficiente, en gran parte debido a la falta de sensibilidad de género y al escaso poder y reconocimiento de las mujeres (Doyal, 1995).

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ◆ Los datos demuestran que la quinta parte más pobre de un país suele tener menos acceso a cuidados especializados en el parto y que, incluso en el caso de que dichos servicios estén cerca, recurren a ellos menos que las familias adineradas (OMS, 2005a, Kunst y Houweling, 2001).
- ◆ Las investigaciones demuestran que la introducción

de tarifas formales para los usuarios y la petición de pagos “bajo cuerda” influyen negativamente en el empleo de servicios de salud materna, en particular durante el parto (Borgh, 2006, Pettersson et al., 2004, Pettersson et al., 2007).

- ◆ La introducción de cuidados gratuitos en el parto puede afectar negativamente a la calidad de la atención y a la conservación del personal, si no se revisa constantemente el número de empleados y se incrementa para satisfacer el incremento de la carga de trabajo (simposio de IMMPACT 2007).
- ◆ A veces, la falta de mujeres proveedoras de servicios o de alguien que hable la lengua local y que comparta (o como mínimo entienda) las normas culturales del lugar obstaculiza el acceso de las mujeres a los cuidados, aunque éstos estén a su disposición (Knutsson, 2004).
- ◆ En algunas situaciones, la percepción de la comunidad con respecto a la calidad de los cuidados y a la actuación de los proveedores, en especial las actitudes del personal, pueden influir más en el empleo de dichos servicios que su facilidad de acceso y su coste (Andaleeb, 2001, Pettersson et al., 2004).
- ◆ Para garantizar la igualdad en relación con el acceso a servicios de partería, es necesario contar con políticas y prácticas de distribución de recursos humanos que tengan en cuenta la sensibilidad de género.

●●●●●●●●●● PUNTOS CLAVE DE ACCIÓN

Para lograr un acceso igualitario a cuidados de partería de calidad, el sector sanitario debe colaborar estrechamente con otros muchos sectores, incluidos los de educación, carreteras y transporte, comunicaciones, energía y finanzas (en concreto, lo relativo al presupuesto sanitario). Asimismo, en ocasiones, será necesario que el sistema judicial se

ocupe de los derechos de la mujer y refuerce su condición.

La contratación de personal local, de forma que los proveedores de servicios conozcan la cultura del lugar, será más sencilla si también se imparte educación local: de este modo, se promoverá la participación e implicación de la comunidad en el programa. Para ello, es posible que se deban tomar medidas radicales con vistas a descentralizar las escuelas de partería o, al menos, a establecer centros asociados cerca de la comunidad (véase el apartado 3 sobre educación y formación).

Por último, es fundamental conocer las lagunas: es esencial llevar a cabo una evaluación inicial de necesidades para identificar áreas prioritarias.

RESUMEN

Los responsables políticos y los directores de programas deberán:

- ♦ Revisar las políticas y planes actuales de recursos humanos para garantizar que se reconozcan explícitamente la necesidad de servicios de partería, facilitados por matronas competentes u otras personas con conocimientos de partería.
- ♦ Llevar a cabo un análisis de necesidades para identificar las áreas prioritarias en las que se debe incrementar la contratación, o aplicar medidas especiales para apoyar la contratación en las áreas donde ésta ofrece especiales dificultades o entre determinados grupos étnicos si es necesario.
- ♦ Como medida provisional, mientras se incrementa el número de matronas y de otras personas con conocimientos de partería, se debe facilitar formación complementaria a proveedores de cuidados sanitarios de la comunidad no especializados en partería, que deberán integrarse en un equipo con un profesional médico competente con conocimientos de partería básicos (o bajo su supervisión).
- ♦ Esforzarse por descentralizar los servicios hasta llegar al punto más cercano posible a la comunidad.
- ♦ Implicar activamente a las comunidades locales en la toma de decisiones sobre el emplazamiento de los servicios de partería y su supervisión.

- ♦ Siempre que sea posible, contratar matronas u otras personas con conocimientos de partería procedentes del entorno local. A ser posible, se debería implicar a la comunidad tanto en la selección como en el apoyo a estudiantes a lo largo de su programa de formación y en su inserción en el entorno laboral una vez finalizado éste.

RECOMENDACIONES PARA CONTEXTOS ESPECÍFICOS:

En países en conflicto o en situaciones posconflicto

- ♦ Será fundamental garantizar la seguridad del personal, sus familias, los estudiantes y las instituciones de formación, con especial incidencia en las mujeres empleadas. Ciertas medidas simples, como proporcionar teléfonos móviles y utilizar sistemas solares para el suministro de electricidad son factibles incluso en los países de renta baja. Sobre todo, trabajar con los líderes de la comunidad y conseguir que se impliquen en el apoyo y la protección de las matronas de la comunidad.
- ♦ Mantener la coherencia cultural y garantizar que los proveedores de servicios sean personas de la localidad, aceptadas y conocidas por las familias. Incluir a la comunidad en las decisiones de contratación e inserción en el entorno laboral.
- ♦ Las estancias en lugares alejados de las familias a causa de programas de formación, tanto previos como simultáneos al empleo, deben ser lo más breves posible. Para ello, tal vez sea necesario contar con programas modulares, de forma que el estudiante pueda realizar prácticas clínicas en su propia comunidad. Garantizar que todo el personal sanitario tenga competencias mínimas de partería, sin dejar de crear planes a largo.

En países de tamaño medio y grandes

- ♦ Realizar periódicamente estudios de recursos humanos (mano de obra) para identificar dónde trabajan las matronas y cuántas viven y trabajan en una zona específica. Algunos países exigen que los profesionales, como las matronas, notifiquen anual o bianualmente dónde trabajan, si su jornada es a tiempo completo o parcial, el tipo de práctica que llevan a cabo (pública, privada o ambas) y otros datos.

MÉXICO ENCUENTRA UNA SOLUCIÓN LOCAL PARA LLEGAR A LAS MUJERES INDÍGENAS

CASA (Centro Para los Adolescentes San Miguel de Allende), ONG con sede en San Miguel de Allende que tiene por objeto proporcionar cuidados de salud sexual y reproductiva a la población indígena, ha reducido en un grado sorprendente la mortalidad materna gracias a la formación de mujeres indígenas como matronas profesionales. La escuela fue fundada por asistentes de partería tradicionales que deseaban que sus hijas y las mujeres de comunidades rurales tuvieran acceso a una formación de partería profesional.

En 1997, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación acreditaron la escuela y a sus licenciados. Tras un programa de cuatro años de formación, se reconoce a los licenciados como profesionales autónomos en partería. Aunque tienen la obligación de trabajar para CASA durante un periodo de tiempo específico tras terminar sus estudios, los licenciados obtienen ahora puestos en servicios estatales.

CASA cree que la clave de su éxito ha sido el compromiso de garantizar la supervisión, evaluación y documentación de cada idea e iniciativa nueva, a fin de contar con una sólida base de pruebas que demuestren qué funciona y qué no. Esta base de pruebas también contribuye a fortalecer la confianza en el programa entre la comunidad local, así como entre las altas autoridades y el Ministerio de Salud.

Si desean más información, visiten el sitio web:
<http://www.casa.org.mx/midwife.html>

bajo la supervisión directa de una matrona profesional; b) la formación vocacional, realizada en una institución formativa, con experiencia clínica y bajo la supervisión de un tutor calificado, un profesional en materia de partería, una enfermera o un médico; c) los programas académicos, ofrecidos en universidades u otras instituciones de educación superior; y d) la preparación previa al empleo o simultánea al empleo para quienes ya han recibido formación de enfermería. (Benoit, et al., 2001)

Los cuatro tipos de formación han demostrado formar a matronas competentes con distintos grados de éxito. Existen muy pocas pruebas que demuestren que uno de estos programas tiene ventajas sobre otro. Los dirigidos a personas sin estudios de enfermería (acceso directo) suelen durar entre 18 meses y 5 años, y su duración media es de tres años. Los específicos para personas calificadas como profesionales de enfermería duran entre 1 y 2 años, y su duración media es de 18 meses. La mayoría de los programas de cualquier tipo requieren normalmente un mínimo de 10 años de escolarización como requisito de admisión. Uno o dos países han intentado formar a matronas profesionales con menos de 10 años de escolarización, pero con poco éxito (Sherratt, 2006).

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ◆ Muchas evaluaciones e informes de países de renta baja ponen de manifiesto la falta de planes de estudio basados en competencias para enseñar partería, ya sea antes o simultáneamente al empleo.
- ◆ El contacto y la experiencia con la comunidad deben ser parte fundamental de cualquier plan de estudio sobre partería, pero a menudo no lo es.
- ◆ Los profesores de partería deben ser matronas competentes y con experiencia, pero escasean en muchos países de renta media y baja.
- ◆ Los profesores de partería deben haber recibido educación y formación basadas en competencias sobre tecnologías modernas de educación y formación, pero en muchos países no es así.
- ◆ Es importante contar con normas nacionales actualizadas para programas e instituciones de educación; asimismo, deben existir sistemas de acreditación que permitan verificar externamente que los profesionales que finalizan programas de formación tienen las competencias necesarias.
- ◆ Se necesitan normas nacionales para la práctica clínica de la partería, basadas en las mejores

pruebas disponibles y ajustadas al contexto; a menudo, no existen o están desfasadas, y los profesionales clínicos no las tienen en cuenta.

- ◆ La población está dispuesta a utilizar los servicios sanitarios públicos si percibe que los programas de educación previos al empleo son de calidad. En muchos países, es necesario trabajar más para reforzar la confianza en los servicios públicos.

●●●●●●●●●● PUNTOS CLAVE DE ACCIÓN

La rectificación de las deficiencias de los programas de formación previos al empleo puede ser costosa en términos de organización, recursos humanos y financiación, y puede llevar varios años, sin mencionar las dificultades a las que deben hacer frente los proveedores de servicios de salud y sus pacientes, así como la comunidad en general (Ministerio de Sanidad de Indonesia, OMS, UNFPA, UNICEF, 2004).

El contacto temprano con experiencias de aprendizaje en la comunidad a través de los planes de estudio, acompañado de la secuenciación vertical de experiencias de aprendizaje basadas en la comunidad, empezando por entornos de atención sanitaria primaria, y continuando en niveles secundarios y terciarios, es muy valioso a la hora de desarrollar las competencias necesarias en materia de enfermería, según evaluaciones realizadas en Sudáfrica (Ntshali, 2005); ésta es una razón más para considerar que los programas de formación en partería producirían beneficios similares si se adoptaran este tipo de enfoques.

●●●●●●●●●● RESUMEN

Los responsables políticos y los directores de programas deberán:

- ◆ Establecer o revisar normas nacionales de educación y práctica de partería, incluidas las de los programas previos y simultáneos al empleo, las cualificaciones para acceder a programas de formación y la preparación de instituciones y profesores en partería.
- ◆ Revisar todos los programas de formación pertinentes para garantizar que cumplen las nuevas normas y, en particular, que se adaptan al contexto local e incluyen el contacto suficiente con la práctica de la partería en la comunidad.
- ◆ Establecer cuotas para candidatos de minorías

- ♦ étnicas, a fin de garantizar que habrá suficientes estudiantes para cubrir la demanda.
- ♦ Garantizar la existencia de sistemas de control de calidad con respecto a la educación y la formación, incluido el fortalecimiento o establecimiento de sólidos sistemas de acreditación, para garantizar que todas las matronas y otras personas con conocimientos de partería que trabajen en la comunidad tengan las competencias esenciales, incluidas las de CONEm básicas.
- ♦ Revisar y modificar o, si es necesario, establecer programas para los profesores de partería que garanticen que dichos profesores son competentes en conocimientos clínicos y tienen las modernas competencias de educación y formación necesarias.
- ♦ Garantizar que los profesores de partería colaboran con matronas clínicas para promover la coherencia entre la práctica y la teoría.
- ♦ Plantearse la descentralización de la formación, de manera que se pueda llevar a cabo cerca del lugar de residencia de los estudiantes, pero sin dejar de mantener la acreditación nacional.
- ♦ Considerar la capacitación descentralizada de manera que pueda llevarse a cabo en lugares próximos al lugar donde viven las alumnas, manteniendo la acreditación nacional.
- ♦ Considerar los programas modulares como una nueva opción, con diversos puntos de salida que permitan el desarrollo de aptitudes por fases. La formación modular permitiría que los estudiantes abandonaran la formación cuando llegaran al nivel personal de capacitación deseado, con un certificado que los reconocería como asistentes, pero sin las competencias de las matronas profesionales. Se toma como modelo el programa de Canadá para la formación de matronas aborígenes (NAHO, 2004).
- ♦ Garantizar que el material de formación está disponible en las lenguas locales, incluidas las de minorías étnicas siempre que sea posible.
- ♦ Establecer programas de incentiviación para que la partería sea atractiva y, en particular, ayudas para las hijas de las TBA actuales, de forma que puedan perpetuar la tradición familiar desde una perspectiva profesional.

RECOMENDACIONES PARA CONTEXTOS ESPECÍFICOS

En los países en los que se experimentan dificultades para contratar profesionales de partería o que están muy debilitados o atraviesan situaciones complejas:

LA EXPERIENCIA DE ZIMBABUE

Entre 1980 y 1990, Zimbabwe necesitó acelerar la producción de proveedores de cuidados de salud materna y neonatal en la comunidad, debido al rápido movimiento de la población poco después de la lucha por la independencia.

Así, el país se embarcó en un programa de seis meses para capacitar a personal médico. Tras dos años, quedó claro que el programa era demasiado corto para dotar a los proveedores de las competencias necesarias para que su actuación beneficiara realmente a la comunidad. Por ello, el curso de adaptación se amplió a 12 meses y se añadieron más competencias.

Tras una breve experiencia, los responsables políticos de la comunidad exigieron que el personal formado tuviera aún más competencias, por lo que, de nuevo, se amplió la formación en partería de 12 a 18 meses. El programa de 18 meses formó a profesionales en partería capaces de tomar decisiones, ofrecer intervenciones médicas capaces de salvar vidas, gestionar ciertas complicaciones y derivar los restantes casos correctamente y a tiempo.

A continuación, este programa se utilizó para actualizar a todos los proveedores de cuidados que trabajaban en la comunidad como técnicos de enfermería y partería, y para racionalizar los diferentes tipos de proveedores de cuidados, de forma que el país acabó teniendo un solo nivel de matronas. Una vez actualizadas todas las personas del nivel inferior, los colectivos profesionales siguientes se formaron primero en enfermería general y después cursaron un programa de partería de un año. Este sistema continúa en uso y cubre correctamente las necesidades de la nación.

4. LA SUPERVISIÓN ES ESENCIAL PARA MANTENER LA CALIDAD Y LA MOTIVACIÓN

En general, se reconoce la dificultad de conseguir que la actuación del personal se base en pruebas (Grimshaw et al 2001). Como resaltaron Penny y Murray en su revisión de las iniciativas de formación para cuidados obstétricos esenciales, el personal comunitario, en particular las matronas, deben aplicar conocimientos para solucionar problemas (Penny & Sheen, 2006). Los problemas son variados y pueden surgir sólo ocasionalmente. De hecho, es posible que muchas matronas que trabajan en la comunidad no hayan experimentado nunca, en su formación inicial, algunos de los problemas y complicaciones que pueden encontrar en su carrera profesional. Teniendo esto en cuenta, y dado que el control de calidad y las mejoras deben ser continuas, es esencial ofrecer a las matronas, en especial a las que trabajan en la comunidad, una supervisión que fomente su capacidad. Sin embargo, hasta hace poco, se ha descuidado la supervisión basada en el apoyo, y hay pocas pruebas de las que extraer modelos de mejores prácticas.

Para que la supervisión fomente la capacidad, debe ir más allá de la evaluación de registros y la revisión de libros de casos. Es necesario que ofrezca apoyo y que corra a cargo de matronas con competencias clínicas, que se permita un debate libre y abierto de las prácticas clínicas y que se dé a los proveedores la oportunidad de reconocer sus debilidades y la necesidad de más apoyo o formación. La supervisión debe capacitar a las matronas para que cumplan todas sus funciones. Asimismo, debe ofrecer un marco para el escrutinio de la práctica estándar profesional, a través de una revisión de conocimientos, comprensión y competencias, confidencial, no agresiva y dirigida por matronas (ENB, 1999, Stapleton et al., 1998).

El apoyo de matronas competentes y la conexión en red del personal, en especial, de quienes trabajan en áreas aisladas, con poco apoyo profesional, pueden ser ventajosas y mejorar la calidad de los cuidados.

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ♦ La supervisión no se limita a rellenar una lista de

comprobación enviada por las oficinas nacionales o provinciales de salud, y debe correr a cargo de alguien que posea la experiencia y los conocimientos necesarios en partería.

LA CLAVE ES REFORZAR LA SUPERVISIÓN

Desde 2001, Bangladesh viene desarrollando un programa de formación a medida para un tipo especial de matronas de comunidad conocido como asistentes calificados de partería en la comunidad (CSBA, por sus siglas en inglés), que se basa en una combinación de los trabajadores de salud en la comunidad existentes, los asistentes para el bienestar familiar y las auxiliares sanitarias. El programa de formación para CSBA se ha concebido teniendo en cuenta las circunstancias especiales de Bangladesh, donde el 90% de los nacimientos tienen lugar en el hogar, y sólo en el 13% de los casos con ayuda de un asistente de partería calificado. La formación se divide en tres módulos: una formación inicial de seis meses de duración, seguida de un periodo de nueve meses o más de prácticas de campo supervisadas; tras alcanzar los objetivos establecidos para las prácticas laborales, el programa finaliza con un curso adicional de tres meses.

Los supervisores de los CSBA (conocidos como visitantes sanitarios) reciben formación especial en partería, centrada en técnicas para salvar vidas, y formación complementaria en supervisión basada en el apoyo. Los CSBA tienen la obligación de llevar un diario de prácticas en el que reflejar su experiencia durante el trabajo práctico supervisado. El diario es parte importante de la supervisión de apoyo: los supervisores analizan los diarios de prácticas, abordan los problemas de la práctica clínica y ofrecen formación de ayuda para las zonas de debilidad constatada.

La supervisión de apoyo de los CSBA no es una actividad independiente, sino que constituye uno de los componentes de un mecanismo de supervisión exhaustiva que se están desarrollando y que, en el futuro, abarcará todos los niveles de la atención sanitaria de maternidad.

5. FACTORES CAPACITADORES, INCLUIDA LA FACILITACIÓN DE ENTORNOS DE PRÁCTICA SEGUROS

La piedra angular del éxito en la reducción de la mortalidad materna y neonatal es la existencia de un sistema sanitario eficaz. Según Koblinsky, (2003, p.6), la “asistencia de un profesional calificado durante el parto, tanto en casa como en un centro sanitario, apoyada por un sistema de derivaciones operativo, puede reducir la tasa de mortalidad materna hasta el 50% o menos”.

Asimismo, un sistema de salud eficaz constituye la piedra angular de muchas cuestiones prioritarias de salud, como los programas de lucha contra la malaria, las ETS y el VIH/SIDA; los esfuerzos por abordar enfermedades olvidadas; la educación sanitaria y su promoción; e incluso la derivación inmediata a servicios de primeros auxilios para accidentes y urgencias. Por tanto, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios es absolutamente necesario para todos los países.

Para reducir la mortalidad materna, no es necesario contar con tecnologías ni materiales sofisticados. Lo que se necesita es un suministro regular y adecuado de medicamentos seguros y económicos, material básico como el necesario para mantener precauciones universales contra infecciones (VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sanguínea), una eficaz supervisión basada en el apoyo, transporte y contactos con centros operativos de CONEm.

La participación activa de la comunidad es crucial, incluido el apoyo a las matronas que trabajen en la comunidad, a fin de convertirlas en parte integral y fundamental del personal de maternidad en general. Es más, la comunidad debe animar y ayudar a las mujeres a solicitar los servicios disponibles, y evitar que den a luz en el hogar sin cuidados especializados. La comunidad desempeña un importante papel, que se debe fomentar, en la creación de un entorno capacitador.

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ◆ Algunos países consideran la capacitación de las mujeres como uno de sus principales desafíos a la

hora de incrementar y facilitar el acceso a los cuidados de partería. Es necesario capacitar a las mujeres para que exijan tener acceso a cuidados de partería, y para que participen en el establecimiento de servicios y en la supervisión de las mejoras de calidad para garantizar que los cuidados de maternidad son aceptables, accesibles y adecuados desde el punto de vista cultural (Portela, Santarelli, 2003).

- ◆ Es vital contar con el apoyo de la comunidad local, los líderes comunitarios y la participación activa de los hombres, a pesar de las barreras que limitan su participación (Mullay, 2006).
- ◆ Las desigualdades de género también afectan a la condición de las matronas y, por tanto, es más difícil brindar el apoyo necesario a las matronas para que actúen de forma efectiva (Sherratt, 2006).
- ◆ Muchos estudios sobre mortalidad materna revelan que el hecho de que la tasa de mortalidad materna siga siendo elevada está relacionado con una respuesta inadecuada del sistema sanitario para facilitar los cuidados adecuados, en el momento oportuno y de forma correcta (Geelhoed et al., 2003 [Ghana], Castro et al., 2000 [Latinoamérica], Massawe et al., 1997 [Tanzania]).
- ◆ Los protocolos clínicos deben ser adecuados, actualizarse periódicamente y abordar los cuidados en la comunidad y en centros sanitarios.
- ◆ Asimismo, en la lista nacional de medicamentos deben incluirse los fármacos esenciales para CONEm. Se debe garantizar el abastecimiento seguro y continuo de medicamentos hasta el nivel de la comunidad.
- ◆ La falta de suministros y material básico, y el mantenimiento del material, son cuestiones primordiales en la mayoría de los países con altos índices de enfermedad.
- ◆ Se necesitan esfuerzos a nivel nacional para dar prioridad a los casos de salud primaria y derivaciones de emergencia, para lo que deberán fortalecerse las redes de derivación y los sistemas

positivo de prácticas, los gobiernos deben asumir la responsabilidad última y dar prioridad a la legislación y los marcos legislativos sobre seguridad en el trabajo. Para ello, deberán establecer normas nacionales para las prácticas y marcos de seguridad para todo el personal empleado, así como definir los derechos de los pacientes y clientes, todo ello aplicable tanto al sector público como al privado.

● ● ● ● ● RESUMEN

Los responsables políticos y los directores de programas deberán:

- ◆ Establecer o revisar normas nacionales para la práctica, educación y gestión de recursos humanos clínicos, incluida la revisión y reformas de los marcos reguladores, para garantizar el derecho a la práctica de los proveedores de cuidados de partería, incluido su derecho a practicar CONEm básicos.
- ◆ Revisar y modificar, si es necesario, la lista de medicamentos esenciales, para garantizar la inclusión de todos los medicamentos esenciales para los cuidados maternos y neonatales.
- ◆ Establecer criterios mínimos para centros de CONEm.
- ◆ Desarrollar y aplicar sistemas de mejora de la calidad para garantizar que todos los centros de CONEm se ajustan a unas normas mínimas con respecto al material esencial, medicamentos, personal, calidad técnica de la atención, acceso y aceptabilidad.
- ◆ Alentar activamente la participación de las comunidades locales en la gestión de los servicios locales, de forma que se sientan responsables de la seguridad y protección del personal y puedan contribuir a instaurar sistemas apropiados y realistas de derivación.
- ◆ Establecer sistemas para que el personal y sus familias tengan revisiones médicas periódicas e inmunizaciones esenciales, así como acceso a atención médica gratuita o subvencionada.
- ◆ Desarrollar y aplicar sistemas de mejora de la calidad para profesionales médicos de la comunidad, incluidos estudios sobre la satisfacción de la comunidad, seguimiento de todas las muertes maternas y percances sin daños, y auditorías de las prácticas de partería.
- ◆ Establecer protocolos de salud y seguridad en el trabajo, incluida la elaboración de informes sobre accidentes que afecten a los clientes o el personal, y su investigación.
- ◆ Trabajar con asociaciones profesionales para identificar itinerarios adecuados para las matronas que trabajen en la comunidad, como el acceso a puestos directivos o de enseñanza. De este modo, se favorecerá su motivación y, a su vez, se contribuirá a la contratación y retención de personal.

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: QUÉ HAY QUE EVALUAR, POR QUÉ Y CÓMO

La supervisión y evaluación es un área muy importante de la programación que también se ha visto descuidada. Hasta hace poco, se ha prestado poca atención a la necesidad de una observación permanente y una evaluación periódica de los grandes programas de partería en la comunidad. Muy pocos de esos programas incorporan la evaluación, por lo que existe cierta incertidumbre acerca de sus resultados en materia sanitaria y su eficacia.

Como la doctora Hussein (IMMPACT) mencionó en una presentación del Foro, no siempre es posible recurrir a la tasa de mortalidad materna, ni éste es en todos los casos el parámetro adecuado para supervisar y evaluar el resultado deseado de un programa. En consecuencia, sugirió la mayor conveniencia de un estudio por pasos para programas con vistas a incrementar la partería en la comunidad. En dicho estudio, se aplicaría por fases la misma intervención o conjunto de intervenciones en diferentes distritos para comparar los resultados. Este diseño es particularmente relevante cuando se predice que la intervención, más que perjudicar, beneficiará. También resulta útil cuando, por razones logísticas, prácticas o económicas, es imposible aplicar la intervención simultáneamente a todos los participantes. Los diseños por pasos ofrecen una serie de oportunidades para el análisis de datos, en particular para modelar el efecto del tiempo sobre la eficacia de una intervención. (Brown, Lilford, 2006). El primer estudio reconocido que utilizó este diseño fue el realizado en Gambia, en 1987, sobre la hepatitis (Gambia Hepatitis Study Group, 1987).

La mayoría de los programas de maternidad segura se basan en indicadores de proceso bastante estándar (UNICEF, OMS, UNFPA, 1997; Pathak et al., 2000; Paxton, Bailey, Lobis, 2006). Sin embargo, éstos se utilizan en general para medir la disponibilidad, el uso y la calidad de los cuidados obstétricos. Puede que la utilidad de estos indicadores no sea adecuada en países donde el nivel de nacimientos asistidos por profesionales de partería es bajo (Gottlieb et al., 2002).

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ◆ Los programas de maternidad segura deben tener planes de observación y evaluación incorporados desde el principio, a fin de evaluar su efectividad.
- ◆ La falta de un punto de referencia universal para definir a los asistentes de partería calificados no sólo ha dado lugar a confusión y ha invalidado el indicador, sino que ha provocado grandes variaciones y, por tanto, la imposibilidad de formular juicios comparativos sobre programas (Stanton, 2006).
- ◆ Actualmente, hay pocas herramientas fiables y probadas para medir las competencias de partería de los proveedores de cuidados de salud.
- ◆ Las normas para calcular el número de matronas o de personas con conocimientos de partería que se necesitan deben tener en cuenta la combinación de aptitudes necesarias para atender emergencias obstétricas. Puede que sea necesario adaptar la norma nacional básica más utilizada, de una matrona por cada 5.000 personas, a fin de reflejar diferentes situaciones geográficas, distintas exigencias laborales y personales de partería y variaciones de fertilidad. Por ejemplo, se necesitarán más matronas en países con índices de fertilidad muy altos.

●●●●●●●●●● PUNTOS CLAVE DE ACCIÓN

“Un objetivo no puede lograrse o perderse a menos que se evalúe”. Si no se incorpora una observación constante y planes periódicos de evaluación desde el principio, será imposible determinar la eficacia de un programa ni hasta qué punto se alcanza un objetivo con una nueva intervención.

La observación constante se debe basar en la recopilación habitual de datos. Tanto la observación como la evaluación deben contar con la participación de matronas de la comunidad y de los propios

miembros de la comunidad, para recopilar y analizar datos que las matronas puedan utilizar. Ello es particularmente importante a la hora de evaluar iniciativas de formación, en las que por razones prácticas, la única opción para evaluar su eficacia son los diseños descriptivos y no experimentales que exigen estudios antes, durante y después del transcurso de la iniciativa (Campbell, 1999).

Por último, se necesita garantizar que los datos son relevantes y útiles para quienes deben recopilarlos. De lo contrario, siempre estará en cuestión su fiabilidad.



RESUMEN

Los responsables políticos y los directores de programas deberán:

- ◆ Preparar un plan de observación y evaluación como componente del plan de aplicación inicial.
- ◆ Preparar un plan de observación y evaluación como componente del plan de aplicación inicial.
- ◆ Utilizar las competencias esenciales de la ICM para la práctica de partería como punto de referencia para medir las aptitudes y habilidades del personal de partería (disponibles en el sitio web de la ICM: <http://www.internationalmidwives.org>).
- ◆ Establecer indicadores mínimos mediante la evaluación de necesidades. No es necesario que sean elevados ni demasiado ambiciosos.
- ◆ Garantizar que las matronas de la comunidad participan en el diseño de los planes de observación y evaluación, y en la recopilación y empleo de datos.
- ◆ Implicar a la comunidad en la observación y evaluación: su percepción de la calidad tiene repercusiones directas en la utilización de servicios.
- ◆ Utilizar datos de la observación regular y las evaluaciones periódicas para realizar cambios en el programa.
- ◆ Supervisar la cobertura de partería utilizando la relación matrona-partos (UNFPA, 2007), y garantizar el desglose de datos para identificar las áreas con servicios insuficientes y los focos de distritos en los que el acceso es limitado.

SENEGAL: TOMA DE DECISIONES ESTRATÉGICAS E INFORMADAS

Como Senegal ha descubierto, para los países con recursos limitados, es fundamental contar con datos fiables, recopilados a partir de la observación regular y de evaluaciones periódicas, para tomar decisiones informadas. Senegal ha experimentado una notable reducción de la tasa de mortalidad materna, que ha descendido de 691 en 2000 a 401 en 2005. La existencia de datos fiables a lo largo del tiempo no sólo sobre el número de muertes maternas, sino también sobre el lugar del país en el que han tenido lugar y sus causas, y sobre la ubicación y empleo de los servicios y el personal sanitario, ha permitido a Senegal desarrollar y aplicar estrategias para abordar las principales áreas prioritarias.

Dado que cuentan con datos periódicos relativamente fiables, saben que el acceso a los servicios sanitarios aún no es igualitario. Según informes recientes, sólo el 40% de una población de 11 millones tiene acceso a servicios sanitarios. Los datos sobre el personal y los centros sanitarios demuestran que casi tres cuartos de los profesionales calificados se encuentran en dos ciudades: Dakar y Thies. En 2000, Senegal consiguió embarcarse en un ambicioso programa basado en dichos datos para reequipar numerosos centros sanitarios y garantizar que pudieran facilitar CONEm.

Una reciente evaluación de las estrategias de reducción de TMM de Senegal, realizada con ayuda del UNFPA, IMMPACT y CEFORP (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction), ha demostrado la importancia del compromiso político para desarrollar y aplicar estrategias de reducción de la tasa de mortalidad materna. Asimismo, ha demostrado la importancia de una toma de decisiones eficaz a partir de datos fiables sobre todos los aspectos de los servicios y prácticas sanitarias, y de datos exhaustivos sobre las muertes maternas.

Borrador del informe: *Evaluation Des Strategies De Reduction Des Barrières Économiques, Socioculturelles, Sanitaires Et Institutionnelles À L'accès Aux Soins Obstétricaux Au Sénégal*, marzo de 2007

7. FINANCIACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN

Una de las principales responsabilidades de todos los gobiernos es garantizar que los cuidados básicos de salud, incluido el acceso a cuidados especializados durante el embarazo, así como durante y después del parto, llegan a todas las mujeres y recién nacidos, y en especial a quienes viven en condiciones de pobreza en zonas urbanas y rurales. El crucial mensaje de la serie de *The Lancet* sobre la supervivencia materna recuerda a la comunidad global la necesidad de profesionalizar los cuidados de maternidad como prioridad absoluta (Horton, 2006). Esto es aún más necesario para el personal de maternidad que trabaja en la comunidad. Como señalan Campbell et al. en su contribución a la serie de *The Lancet*, “ninguna intervención puede reducir por sí sola la mortalidad y la morbilidad maternas, sino que se necesita un paquete de intervenciones. Sobre todo, este paquete debe tener como objetivo llegar a un elevado índice de cobertura” (Campbell et al., 2006).

El gráfico del artículo de Campbell et al. demuestra claramente cómo pueden contribuir las matronas de la comunidad a los resultados. Si tienen la formación y el apoyo necesarios, las matronas pueden ofrecer casi todos los componentes del paquete de intervenciones. No pueden llevar a cabo operaciones de cirugía para salvar vidas, pero pueden incrementar el acceso a las intervenciones quirúrgicas necesarias, ayudando a las familias a planificar los partos y las emergencias de forma realista, aplicando el partógrafo correctamente y siguiendo un protocolo de gestión. Asimismo, las matronas pueden llevar a cabo la mayoría de las intervenciones esenciales para salvar la vida de los recién nacidos. Las matronas que trabajan en la comunidad resultan una inversión rentable.

Sólo mediante el buen gobierno –concepto que incluye el acceso a datos fiables y esfuerzos por llegar a los pobres–, podrán demostrar los gobiernos que cumplen su obligación, aceptada ante la comunidad internacional, de reducir la pobreza, como declara el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5). Para que el acceso a los cuidados de partería sea igualitario, se necesitan intensas acciones y considerables inversiones, lo que supone un incremento de los fondos (Borghi et al., 2006). Por ello, hay que

prestar más atención a la movilización de recursos y al fortalecimiento de los sistemas de gestión, así como al establecimiento de presupuestos sanitarios realistas que reconozcan la necesidad de fondos adicionales.

Las iniciativas de financiación de la sanidad y los incentivos para los trabajadores constituyen un motivo de preocupación especial, dada la escasez de recursos humanos. Es más, se reconoce que, posiblemente, los recursos humanos sean la clave del éxito de numerosos esfuerzos por ampliar áreas de sanidad prioritarias, incluida la salud materna y neonatal (JLI, 2004, Wyass, 2003). Sin embargo, los datos sugieren que la financiación de los servicios de salud en general, y de salud materna y neonatal en particular, no ha alcanzado los niveles necesarios, y en muchas áreas no es suficiente ni siquiera para cubrir cuidados básicos para la mayoría (Ensor, Ronoh, 2005). Los estudios demuestran que las mujeres pobres son especialmente vulnerables durante el embarazo, específicamente durante el parto, sobre todo si surgen complicaciones (Ranson, 2002).

●●●●●●●●●● CUESTIONES CLAVE

- ♦ La financiación de servicios de partería en la comunidad no ha recibido la suficiente atención hasta hace poco y, en la mayoría de los casos, sigue siendo inadecuada.
- ♦ En muchos países, los parlamentarios y los altos responsables políticos no están plenamente sensibilizados sobre las cuestiones relativas al acceso a los cuidados de partería en la comunidad y, a menudo, no entienden las complejidades que ello implica.
- ♦ Se han introducido tarifas para los cuidados de maternidad sin pruebas suficientes de que éstas benefician a los más pobres, cuando sí existen datos que sugieren que dichas tarifas son perjudiciales para los más pobres (Borghi, 2006).
- ♦ En muchos países, los cuidados de partería en la comunidad suelen quedar a cargo de voluntarios o

REFERENCES

- Alexander et al. Leadership in Collaborative Community Health Partnerships. *Nonprofit Management and Leadership* 2001, 12(2); 159-175
- Andabee SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sc. & Med* 52, 9, May 2001; 1359-1370
- Benoit C, et al. Designing midwives. A comparison of education models. In Devries R, Benoit C, Van Teijlingen E, Wrede S. (eds) *Birth By Design. Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Routledge, New York, London. 2001
- Borghia J, et al Mobilizing financial resources for maternal health. *The Lancet Maternal Survival Series*, Sept. 2006; 51- 59
- Bossyns, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health* 2004, 4. Accesses on web at www.human-resources-health.com/content/2/1/1
- Brown CA, Lilford RJ. The stepped wedge trail design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2006; 6: 54. Published online 2006 November 8..Access Biomed Central Ltd 21 February 2007
- de Bernis L, Sherratt DR, AbouZhar C, Van Lerberghe W. Skilled attendants for pregnancy and childbirth *British Medical Bulletin*, Volume 67; 39-57, 2003
- Campbell O. Measuring Progress in Safe Motherhood Programmes: Users and limitations of Health Outcome Indicators. In Bere M, Sundari Ravindran TK (eds). *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London Blackwell Science for Reproductive Health Matters, 1999
- Cambell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet Maternal Mortality Series*, 2006; 25-40
- Deepa N, Chambers R, Shah MK, Petesch P. Voices of the Poor: Crying Out for Change. World Bank New York, N.Y: Published for the World Bank, Oxford University Press. 2000 available on WB. *Voices of the Poor*. Website. WWW1. worldbank.org/prem/poverty/voices, accessed 21 Feb, 2007
- DoH. *First Class Service*. Department of Health, HMSO: London, 1998
- Doyal L. *What makes women sick? Gender and the Political Economy of Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
- ENB. *Supervision in Action – a practical guide for midwives*. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting: London, 1999.
- Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy*. 2005; 75: 49-58
- FCI. Skilled care during childbirth: Policy brief. *Family Care International on behalf of Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, available on web at www.who.int/pmnch
- Fonn S, Xaba M. Health Workers for change: developing the initiative. *Health Policy & Planning*: 2001,16 (suppl. 1):13-18
- Fullerton J, Thompson J. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*. 2005, Mar21(1); 2-13
- Gambia Hepatitis Study Group. The Gambia Hepatitis Intervention Study. *Cancer Research*. 1987, 47:5782-5787
- Gwatkin DR, Bhuyia A, Victoria CG. Making health systems more equitable. *The Lancet*. 2004, 364 (9441): 1273-1280
- Gottlieb P, Lindmark G. WHO Indicators for Evaluation of Maternal Health Care Services, Applicability in Least Developed Countries: A Case Study from Eritrea. *African Journal of Reproductive Health. Women's Health and Action Research Centre*. 2002, 6:2; 13-22
- Grimshaw JM, et al. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2002, 39(suppl 21):2-45
- Horten R. Health motherhood and urgent call to action [Editorial] *The Lancet Maternal Survival Series*, 2006
- ICM. *Essential competencies for midwives*. available at www.internationalmidwives.org
- ICN. *Informational and Action Toolkit on Positive Practice Environments by Baumann*, 2007 available at www.icn.ch

- Jewkes R, Abrahams N, MVO Z. Why do Nurses Abuse Patients? Reflections From South African Obstetric Services. *Soc Sci Med* 1998; 47, 11: 1781-179
- Knutsson, A, *To the best of Your Knowledge and for the Good of Your Neighbor. A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia.* Gothenburg, Acta Universitatis Gothoburgensis. 2004.
- Koblinsky M, et al. Going to scale with professional care. *The Lancet Maternal Survival Series*, 2006; 41- 50
- Koblinsky M (Ed) Reducing Maternal Mortality: Learning from *Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe.* Human Development Network. Health, Nutrition and Population Series. The World Bank. Washington, DC. 2003
- Kolehmainen-Aitken R. Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* May 2004; Open Access, BioMed Central Ltd, available on web @ www.human-resources-health.com/content/21/5
- Kunst A, Howling T. A Gloal Picture of Poor-Rich Differences in the Utilization of Delivery Care. In De Brouwere V, Van Lerberge W (eds) *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence.* *Studies in Health Services Organization & Policy*, 17; 297-315. 2001
- Kwast B, Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery Education – Action for Safe Motherhood. *Midwifery* 1991, Mar(7(1)); 8-9
- Kwast B, Bergström S. Training professionals for safe motherhood. In Lawson JB, Harrison KA, Bergström S. *Maternity Care in Developing Countries.* RCOG Press. London. 2001
- Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bull. WHO* 2005;83(6):409-17
- Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to the developing world today. *AJCN* 2000 72(1S): 24iS0246S
- Leininger, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing.* 2002. Vol. 13, No. 3, 189-192
- Lugina, H. *Women's postpartum concerns and midwives' reflection on postpartum care: Studies in Dar es Saalam, Tanzania.* Doctoral Thesis, Uppsala University, Sweden. ISBN: 91-554-5067-9, 2001
- Matthews Z, Brookes M, Stones W, Hosssain MB. Village in the city: Autonomy and maternal health-seeking among slum populations of Mumbai. In Kishor S (ed) *A Focus on Gender: Collected papers on Gender using DHS Data.* ORC Macro, Calverton, Maryland USA, August 2005
- Maimbolwa, M. (2004) *Maternity care in Zambia : With special reference to social support.* Doctoral thesis, Karolinska Institutet. ISBN: 91-7349-612-X
- MoH Indonesia, WHO, UNFPA, UNICEF. *Evaluation of In-Service Competency-Based Training for MPS: Indonesia. Final Report.* Ministry of Health of the Republic of Indonesia in collaboration with WHO, UNFPA, UNICEF. Jakarta, 2004
- MoH, Kingdom of Cambodia. *Obstacles to deliveries by Trained Health Providers to Cambodian Rural Women.* UNFPA, Phnom Penh, February 2006
- Mtshali NG. Conceptualisation of community-based basic nursing education in South Africa: a grounded theory analysis. *Curationis.* 2005, May28(2); 5-12
- Mullay B. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Soc Sc. & Med.* 62,11. 2006; 2798-2809
- NAHO. *Midwifery and Aboriginal Midwifery in Canada,* National Aboriginal Health Organization, Ottawa, May 28, 2004
- Padmanathan, I., Liljestrand, J. et al . *Investing in Maternal Health in Malaysia and Sri Lanka* World Bank ISBN: 0-8213-5362-4. 2003
- Pathak LR, Kwast B, Mallah D, Pradhan AS, Rajlawat R, Campbell B..Process indicators for safe motherhood programmes: their application and implications as derived from hospital data in Nepal. *Tropical Medicine & International Health* 5 (12), 882–890, 2000. On line article, accessed February 2007
- Paxton A, Bailey P, Lobis S. The United Nations Process Indicators for emergency obstetric care: reflections based on a decade of experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006, 95: 192-208
- Penny S, Murray SF. Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: a “state of art” review. *Health Policy and Planning* 2000, 15(4); 386-393
- Petterson, K.O, Christensson, K, Gomes de Freitas, EG, Johansson E 2004. Adaptation of healthcare seeking behaviour during childbirth. Focus group discussions with women living in the suburban areas of Luanda, Angola. *Health Care for Women International* 25, (3), 2004
- Petterson K.O, Christensson, K, Gomes De Freitas, EG., Johansson, E. 2007. Strategies applied by women in coping with ad-hoc demands for unauthorized user-fees during pregnancy and childbirths. A focus group study from Angola. *Health Care for Women International*, 28:224- 246
- Pitchforth E, van Teijlingen E, Graham W, Fitzmaurice A. Development of a proxy wealth index for women utilizing emergency obstetric care in Bangladesh. *Health Policy and Planning.* 2007 September 1, 2007;22(5):311-9.

- Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families, and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67; 59-72
- Potter C. Brough R. Systematic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy & Planning*: 2004, (5): 336-343, 2004
- Predhan EK, et al. Risk of Death following pregnancy in rural Nepal. *Bull WHO*. 2002, 80:887-891
- Razzak J, Kellermann A. Emergency care in developing countries is it worthwhile? *Bull WHO*. 2002, 80: 90-904
- Ranson K. Reduction of catastrophic health care expenditure by a community based health insurance scheme in Gujarat, India.: current experiences and challenges. *Bull WHO*, 2002; 80:613-621
- Saugstad, O., Ramji, S., Vento, M. (2005) Resuscitation of Depressed Newborn Infants with Ambient Air or Pure Oxygen: A Meta-Analysis. *Biology of the Neonate* 2005;87:27-34
- Sherratt DR. *Rapid scale up of midwives is vital for saving the lives of mothers and newborns.* Background paper for UNFPA workshop 21-23 March 2006, NY. Scaling up the Capacities of Midwives to Reduce Maternal Mortality and Morbidity. NY, 2006
- Shiffman J. Generating Political will for Safe Motherhood in Indonesia. *Soc Sc Med*. 2003, 56(6); 1197-1207
- Starrs A & IAGSM. *The Safe Motherhood Action Agenda: Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka.* Inter Agency Group for Safe Motherhood, New York, 1998.
- Stanton C. Blanc AK. Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci*. 2007 Jan;39(1):109-20
- Stapleton. H. Duerden. J. Kirkham. M. *Evaluation of the impact of The Supervision of Midwives on Professional Practice and The Quality of Midwifery Care.* English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting:: London:1998
- UNFPA. *Maternal Mortality Update 2006. Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills (MOMS).* United National Population Fund, NY, 2007 (in press)
- UNICEF,WHO,UNFPA.1997: Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF, New York 1997
- Wagstaff A, Claeson M. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges.* The World Bank, Washington, 2004
- WHO. Human Resources Development for Maternal and Newborn Health at the Health Centre referral level. *Report of a joint FHE/HRH Task Force Meeting 1993, 25-29 October.* World Health Organization, Geneva 1993
- WHO. *Critical Role of Skilled Attendants. A Joint Statement by WHO ICM FIGO.* World Health Organization, Geneva, 2004
- WHO. *World Health Report 2005: Make every mother and child count.* World Health Organization, Geneva, 2005a
- WHO. *World Health Report 2005: Make every mother and child count.* Policy brief four Working with civil society organizations. World Health Organization, Geneva, 2005b
- WHO. *Skilled Attendants at Birth. 2006 Update.* Department of Reproductive Health and Research, World health Organization, Geneva, 2006a
- WHO. *Neonatal and Perinatal Mortality - Country, Regional and Global Estimates.* World Health Organization, Geneva, 2006b
- WB. *World Development Report 2004. Making Services Work for Poor People.* The World Bank. Washington DC. 2005
- Wyss K, An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Human Resources for Health*. 2004, 2:11. Open Access, BioMed Central Ltd, available on web @ www.human-resources-health.com/content/2/1/11