

EL ESTADO DE
LAS PARTERAS EN EL MUNDO

2011

**CUIDAR
LA SALUD,
SALVAR
VIDAS**



COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS

COORDINADOR DEL PROYECTO: Vincent Fauveau

COORDINADORA ADJUNTA: Mihaela Minca

COMITÉ EDITORIAL: Sabaratnam Arulkumaran, Agneta Bridges, Catherine Carr, Vincent Fauveau, Helga Fogstad, Bjarne Garden, Peter Johnson, Laura Laski, Bridget Lynch, Viviana Mangiaterra, Mario dal Poz, Hamid Rushwan. *Ex-officio:* Jim Campbell, Rupa Chilvers, Laura Guarenti, Petra ten Hoope-Bender, Rima Jolivet, Blerta Maliqi, Zoë Matthews, Joanne McManus, Mihaela Minca, Nester Moyo, Annette Mwansa Nkowane.

GRUPO ASESOR: Marie Ahouanto, Hirotsugu Aiga, Francesco Aureli, Jean Barry, David Benton, Yves Bergevin, Nouria Briki, Mickey Chopra, Sadia Chowdhury, Frances Day-Stirk, Marjolein Dieleman, Carmen Dolea, Andres de Francisco, Frances Ganges, Alexandra Gilpin, Gulin Gedik, Leora Hanser, Sennen Hounton, Marian van Huis, Katja Iversen, Anneka Knutsson, Abigail Kyei, Geeta Lal, Elly Leemhuis de Regt, Mengjia Liang, Sverre Lie, Matthews Mathai, Anders Molin, Jo Nicholls, George Pariyo, Celia Pett, Helen de Pinho, Charlene Reynolds, Ellen Roskam, Eva Schoening, Theresa Shaver, Della Sherratt, Jeffrey Smith, Mary Ellen Stanton, David Taylor, Kadidiatou Toure.

PRINCIPALES ESCRITORES Y EDITORES: Jim Campbell, Vincent Fauveau, Petra ten Hoope-Bender, Zoë Matthews, Joanne McManus.

REVISORES EXTERNOS: Luc de Bernis, Karen Odberg Pettersson, Khama Rogo, Harshad Sanghvi.

ENCUESTAS POR PAÍSES, ANÁLISIS DE DATOS Y APOYO

TÉCNICO: *Coordinación:* Jim Campbell, Rupa Chilvers, Vincent Fauveau, Mihaela Minca. *Contribuciones técnicas:* Dinesh Agrawal, Moazam Ali, Shan Ambalanath, Teresa Attina, Narimah Awin, Linda Bartlett, Lucy Basten, Heli Bathija, Jacqueline Bell, Luc de Bernis, Maina Boucar, Agneta Bridges, Maurice Bucagu, Flavia Bustreo, Aferdita Bytyqi, Catherine Carr, Nidhi Chaudhary, Maureen Dariang, Bremen deMucio, Marjolein Dieleman, Sarah Dobson, Thinlay Dorji, Kristina Engelin, Ingrid Friberg, Kathleen Fritsch, Judith Fullerton, Atf Ghérissi, Wendy Graham, Sunanda Gupta, Pandora Hardtman, Marie Agnes Heine, Christopher Herbst, Jef Heuberger, Sennen Hounton, Louise Hutton, Julia Hussein, Rachel Ibinga Koula, Monir Islam, Peter Johnson, Rima Jolivet, Kate Jowett, Ardi Kaptiningsih, Tigest Ketsela, Alice Kiger, Teena Kunjumen, Geeta Lal, Emily Lanford, Sandra Lang, Joy Lawn, Christophe Lemiere, Wim van Lerberghe, Ornella Lincetto, Juliana Lunguzi, Bridget Lynch, Nyovani Madise, Blerta Maliqi, Viviana Mangiaterra, Antonio Manuel, Janviere Marimbu, Rosalia Marques, Elizabeth Mason, Zoë Matthews, Lauren Moleski, Ann-Beth Moller, Nester Moyo, Maria Mugabo, Aline Mukundwa, San San Myint, Sarah Neal, Andrea Nove, Triphonie Nkurunziza, Leopold Ouedraogo, Judith Oulton, Celia Pett, Margaret Phiri, Annie Portela, Mario dal Poz, Alain Prual, Cristina Puig, Juliette Puret, Ulrika Rehnstrom, Severin Ritter von Xylander, Narjis Rizvi,

Catherine Schenck-Yglesias, Della Sherratt, Shegufta Sikder, Amani Siyam, Jeffrey Smith, Prakin Suchaxaya, Cherly Tam, Huyen Thi Thanh Le, Joyce Thompson, Kadidiatou Toure. Nicole Vidal, Tara Wignadasan, Dan Wilde, Sachiyo Yoshida, Micol Zarb.

Contribución de los países: Se agradece vivamente su colaboración a los directores de las Oficinas en los países, a su personal, y a las 436 personas que coordinaron, completaron y verificaron las respuestas a la encuesta por países para el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*. En la página 156 figura la lista completa de quienes han contribuido a este informe.

INFORMES DE ANTECEDENTES: Hirotsugu Aiga, Sharon Arcscott-Mills, Sabaratnam Arulkumaran, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Pashtoon Azfar, Wame Baravilala, Jean Barry, Monire Bassir, Juliet Bedford, Hilda Bonilla, Rita Borg Xuereb, Maina Boucar, Viviane Brunne, Fiona Campbell, Jim Campbell, Catherine Carr, Irene Cerejeira, Edina Chiwawa, Sheila Clow, Colegio de Obstetras del Perú, Rita Columbia, Rachel Cummings, Sheena Currie, Blami Dao, Jemima Dennis-Antwi, Carmen Dolea, Grace Edwards, John Evers, Shamsul Farooq, Vincent Fauveau, Howard Friedman, Sylvia Fung, Frances Ganges, Meena Ghandi, Atf Ghérissi, Eleni Hadgigeorgiou, Pascale Hancart, Petra ten Hoope-Bender, Sennen Hounton, Laura Hurley, Julia Hussein, Rachel Ibinga Koula, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, Sue Jacob, Yannick Jaffré, Rima Jolivet, Julie Key, Shona Kirtley, Ana Labandera, Geeta Lal, Sandra Land, Joy Lawn, Wim van Lerberghe, Debrah Lewis, Mengjia Liang, Sverre Lie, Helen Lugina, Gaynor Maclean, Saramma Mathai, Zoë Matthews, Pamela McQuide, Nester Moyo, Catherine Murphy, Mary Namusisi, Ana Nordfjell, Tonia Occhinerio, Judith Oulton, Neil Pakenham-Walsh, Niki Panayiotou, George Pariyo, Alain Prual, Ellen Roskam, Boniface Sebikali, Gloria Securanyes, Ukende Shalla, Alice Sham, Vinit Sharma, Della Sherratt, António Manuel da Silva, Chu Sing, Jeffrey Smith, Julie Spero, Debra Stevenson, Barbara Stilwell, Pey Leng Tang, Frédérique Teurnier, Kadidiatou Toure, Mehmet Hulki Uz, Nicole Vidal, Raquel Wexler, Tamara Windau, Sarah Williams, Tana Wuliji, Nathalie Zammit, Aoua Zerbo.

COMUNICACIONES Y RELACIONES CON LOS MEDIOS DE

DIFFUSIÓN: Leyla Alyanak, Jim Campbell, Mary Kay Carver, Deb Clark, Vincent Fauveau, Frances Ganges, Alexandra Gilpin, Lars Grønseth, Marie Agnes Heine, Katja Iversen, Rima Jolivet, Richard Kollodge, Laura Laski, Malcolm Macmillan, Lori Lynn McDougall, Mihaela Minca, Charlene Reynolds, Kadidiatou Toure, Anita Wiseman, Anne Wittenberg.

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN: Chris Larson, Kevin Miller, Tina Larson, Greg Dayman, Yolie Dawson.

TRADUCCIONES: Diogo Ayres de Campos, Beatrice Bugni, Luis Cabero, Ramon Escuriet Peiro, Vincent Fauveau, Marcia Fontes-Conceição, Alice Frade, Gérard Jacquemier, Dan Wilde.

APOYO FINANCIERO: Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido); Agencia Alemana de Cooperación Internacional; Programa Integrado de Salud de la Madre y el Niño; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Ministerio de Relaciones Exteriores y Asuntos Europeos (Francia); Ministerio de Relaciones Exteriores (Países Bajos); Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; Organismo Noruego de Desarrollo Internacional; Agencia Sueca de Desarrollo Internacional; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Hacemos llegar nuestro agradecimiento al Instituto de Cooperación Social, Integrare, Barcelona, España, y a Prographics, Inc. MD, Estados Unidos de América, por su apoyo al Comité Editorial en las tareas de investigación, desarrollo y producción del informe y de todos los materiales relacionados.

Fotos de la cubierta (de izquierda a derecha): Titi Chairani, Jhpiego, Indonesia; Ron Haviv, Timor-Leste; Nasratullah Ansari, Jhpiego, Afganistán; Caroline Kilo Bara, UNFPA. Camerún.

CUIDAR LA SALUD, SALVAR VIDAS

Prólogo	ii
Resumen del contenido	iii
Introducción	vii

1 LA PARTERÍA EN TODO EL MUNDO 1

El personal de partería: panorama mundial	1
Tres bases de un personal de calidad	6
¿Cómo se organizan y se ofrecen los servicios de partería?	8
Acceso a los servicios de partería	14
Resumen.....	16

2 EL ESTADO ACTUAL DE LA PARTERÍA 17

En la línea del frente: El personal de partería.....	17
Un panorama de diversidad: educación en partería en todo el mundo	19
Necesidad de fortalecer la reglamentación del personal de partería.....	24
Apoyo a trabajadoras en la línea del frente— las asociaciones profesionales	26
Marcos para la acción—orientaciones políticas	26
Resumen y mensajes principales	29

3 EL CAMINO HACIA ADELANTE 31

Efectuar inversiones para obtener resultados	32
El personal de partería.....	32
Educación, reglamentación y asociación	34
Coherencia de las políticas.....	36
Medidas esenciales	36
Conclusión.....	36

4 RESEÑAS DE PAÍSES 39

Recuadros

Recuadro I	Compromisos asumidos por los países a fin de fortalecer los servicios de partería.....	ix
Recuadro 1.1	La partería como factor de empoderamiento de las mujeres en el Afganistán.....	2
Recuadro 1.2	300 años de partería en Suecia.....	3
Recuadro 1.3	Unidades de asistencia obstétrica bajo la dirección de parteras fuera de los hospitales en la Península de El Cabo, Sudáfrica.....	12
Recuadro 1.4	Aumento del acceso al personal de salud en zonas remotas y rurales	13
Recuadro 2.1	El doble déficit: calidad y cantidad	20
Recuadro 2.2	Asociaciones profesionales: copartícipes en el progreso.....	26
Recuadro 3.1	Los efectos del aumento de escala de los servicios de partería: modelo para el cálculo estimativo de las vidas salvadas en 2015... ..	33
Recuadro 3.2	Medidas enérgicas.....	37

Cuadros

Cuadro 1.1	Complicaciones obstétricas y neonatales previstas por día	11
Cuadro 2.1	Variación en el tamaño y la capacidad de las escuelas de partería	22
Cuadro 2.2	Costo de insumos relativos a la educación en partería.....	24

Gráficos

Gráfico I	Marco para la acción coordinada.....	viii
Gráfico II	Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado y carga de mortalidad materna, fetal y neonatal en 58 países seleccionados	x
Gráfico 1.1	Conjunto de servicios esenciales establecidos por la OMS y papel de las competencias de partería a lo largo del conjunto continuo de cuidados	5
Gráfico 1.2	Profesionalización de la atención del parto: porcentaje de partos con asistencia de profesionales y otro personal en zonas escogidas, 2000 y 2005, con proyecciones para 2015.....	14
Gráfico 2.1	Cantidad de personal con competencias de partería.....	17
Gráfico 2.2	Distribución por regiones del personal de partería	18
Gráfico 2.3	Parteras por cada 1.000 partos por año	18
Gráfico 2.4	Porcentaje de establecimientos de maternidad que ofrecen atención obstétrica y neonatal de urgencia (EmONC)	19
Gráfico 2.5	Itinerarios públicos y privados de educación en partería.....	21
Gráfico 2.6	Número de países donde los currículos incluyen las competencias establecidas por la ICM	22
Gráfico 2.7	Tendencias de la matriculación y la graduación	23
Gráfico 2.8	Protección del título y régimen de otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional	25
Gráfico 2.9	Atracción de la partería.....	27
Gráfico 2.10	Acceso a los servicios: modelos de financiación	29
Gráfico 2.11	Datos objetivos para fundamentar la acción: adelantos en los países	29
Gráfico 2.12	Recursos humanos para los planes de salud	29

Referencias y notas 157

Anexos

Anexo 1	Siglas, abreviaturas y glosario.....	161
Anexo 2	Diccionario de datos.....	162
Anexo 3	Estimaciones relativas al personal.....	165
Anexo 4	Análisis de vidas salvadas	166

Prólogo



El presente informe aparece en un momento propicio de la campaña internacional en pro del adelanto de la mujer. Recientemente, el establecimiento del dinámico nuevo organismo ONU-Mujeres, así como la publicación de la *Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños* se combinan para suscitar esperanzas de lograr mayores progresos en los próximos años.

En ninguna esfera es el progreso más necesario que en la de prevención de una de las mayores tragedias de nuestros tiempos: las muertes y lesiones innecesarias que cada año afectan a millones de mujeres y niños pobres y marginados de todo el mundo. De los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, los dos que atañen específicamente a mejorar la salud de las mujeres y los niños son los que más lejos están de su consecución.

No se trata de una mera cuestión de estadísticas. La mujer que pierde la vida a causa de una hemorragia durante el parto o el niño que muere durante un parto complicado: cada uno de ellos tiene un nombre y una familia que los ama y los aprecia. Además, y más allá de las tragedias individuales, esas pérdidas tienen incalculables repercusiones sociales y económicas para la sociedad.

Sabemos qué se necesita para que el embarazo y el parto se realicen en condiciones de seguridad: acceso a servicios de salud, incluidos los que ofrecen el personal cualificado para la atención del parto, y establecimientos de salud que funcionen eficazmente. También

sabemos que es posible movilizar el liderazgo y las acciones necesarias a fin de proporcionar esos servicios a cada embarazada y a sus hijitos. Al darse a conocer la *Estrategia Mundial*, numerosos países en desarrollo demostraron una fuerte voluntad política – respaldada por nuevos compromisos – de acrecentar las cantidades de personal cualificado para la atención del parto y ofrecer los servicios de partería que necesitan las mujeres a lo largo de su etapa de procreación.

El informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* – el primero de su tipo – pasa revista a la práctica de la partería en 58 países en los que, considerados colectivamente, ocurre un 91% de las defunciones mundiales derivadas de la maternidad. Utilizando datos recientes, informaciones y análisis, el informe señala los problemas comunes a distintos países y dentro de un mismo país y destaca enfoques con buenas posibilidades para fortalecer los servicios de partería en todo el mundo.

El informe se centra en el período inicial, de importancia crítica, cuando pueden evitarse las defunciones. Es un importante acompañamiento de otras acciones encaminadas a la medición rigurosa de las acciones y los resultados, incluida la *Estrategia Mundial* y el informe de la *Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health*.

Para asegurar que cada mujer y cada recién nacido tenga acceso a servicios de partería de calidad, es preciso adoptar enérgicas medidas que complementen lo que ya hemos logrado en todas las comunidades, todos los países, todas las regiones, y en el mundo entero.

Nuestra responsabilidad es clara: debemos salvaguardar a cada mujer y cada niño, de modo que puedan vivir y alcanzar plenamente su potencial. Los resultados reverberarán mucho más allá de las vidas de las personas directamente afectadas y propiciarán un mundo mejor para todos.

Ban Ki-moon
Secretario General de las Naciones Unidas

Resumen del contenido

Ampliar el acceso de las mujeres a servicios de partería de calidad ha pasado a ser el objetivo central en las acciones mundiales encaminadas a lograr la vigencia del derecho de cada mujer a la mejor atención posible de su salud durante el embarazo y el parto.



Aprender a registrar el latido del corazón fetal es una de las técnicas más simples y más comunes; cuando es parte de las competencias de una partera, es una intervención que puede salvar vidas. (Sven Torfinn; Sudan)

Para asegurar que cada mujer y cada recién nacido tenga acceso a servicios de partería de calidad, es preciso adoptar enérgicas medidas.

—Ban Ki-moon

Es responsabilidad de los gobiernos y de sus dirigentes políticos, y es una inversión clave para reducir la mortalidad y la morbilidad de madres y recién nacidos. Además de salvar vidas y prevenir la discapacidad, los beneficios de los servicios de partería de calidad llegan a todos los miembros de la sociedad de múltiples maneras de gran alcance, y contribuyen al desarrollo humano y económico del país.

Es mucho lo que es necesario hacer. Cada año, aproximadamente 350.000 mujeres pierden la vida en el embarazo o el parto, hasta dos millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida y hay 2,6 millones de mortinatos. Una enorme mayoría de esas defunciones se produce en países de bajos ingresos y podría haberse evitado. Esas muertes ocurren porque las mujeres — en su mayoría, pobres y marginadas — carecen de acceso a establecimientos de salud eficientes o a los servicios de profesionales sanitarios cualificados.

Los servicios de partería de calidad que están coordinados e integrados en las comunidades y en el sistema general de salud aseguran la continuidad de cuidados esenciales a lo largo del embarazo, el parto y el posparto. Además, en caso de necesidad, los servicios de partería facilitan el traslado de madres y recién nacidos desde el hogar o el centro de salud al hospital, donde reciben la atención de obstetras, pediatras y otros especialistas.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011: cuidar la salud, salvar vidas*, coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), es el resultado de la colaboración de 30 organismos y organizaciones y de centenares de personas que trabajan a nivel nacional, subnacional, regional y mundial. Responde al “Llamamiento mundial a la acción” emitido en el Simposio sobre Fortalecimiento de la Partería, que se realizó en junio de 2010 durante la conferencia Las Mujeres Dan Vida en Washington D. C.; y apoya la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños, propuesta por el Secretario General de las Naciones Unidas.

Este informe presenta un conjunto de conocimientos para fundamentar la necesidad y acelerar la disponibilidad de servicios de calidad de partería en beneficio de las mujeres y los recién nacidos. Su propósito es efectuar una contribución valiosa, tanto al fortalecimiento del personal de partería en todo el mundo como a la planificación, de importancia crítica, necesaria para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud. El informe *El Estado de las*

Parteras en el Mundo, publicado por primera vez, se focaliza en 58 países donde las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal son altas. Su contenido se basa, en gran medida, en las respuestas a una detallada encuesta elaborada para recopilar datos nuevos o actualizados e información sobre seis temas: cantidad y tipos de profesionales de la partería que ejercen la profesión, educación, reglamentación, asociaciones profesionales, políticas y asistencia externa para el desarrollo.

De los 58 países participantes, la mayoría padece una crisis de los recursos humanos para la salud. En esos países, considerados colectivamente, las mujeres dieron a luz en 2009 a 81 millones de niños, es decir, a un 58% del total de los nacidos en el mundo. Ese desigual “estado del mundo” se pone más claramente de manifiesto en la cantidad desproporcionada de defunciones en esos países: un 91% de la carga mundial de mortalidad derivada de la maternidad, un 80% de los mortinatos y un 82% de la mortalidad de recién nacidos. Esas cifras reflejan parcialmente la distribución del personal a escala mundial: en esos 58 países, únicamente está disponible para atender a las mujeres un 17% de la cantidad mundial de personal cualificado para la atención del parto.

La diversidad de las respuestas confirma que hay un déficit sustancial en los datos y la información estratégica. No obstante, de la síntesis de los datos objetivos disponibles surgen tres conceptos fundamentales relativos a la situación de la profesión y las numerosas dificultades y barreras que afectan al personal de partería, su desarrollo y su eficacia.

Hay un triple déficit en materia de competencias, cobertura y acceso. En la mayoría de los países no existe una cantidad suficiente de parteras plenamente cualificadas ni otro personal con competencias de partería que pueda encargarse de la cantidad estimada de embarazos, la cantidad correlativa de alumbramientos y el 15% de los partos que, por lo general, tienen complicaciones obstétricas. Según estimaciones de la OMS, 38 países presentan un déficit severo. Algunos países necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad de parteras, y la mayoría requerirá duplicar, triplicar o bien cuadruplicar su personal de partería a fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios. En segundo lugar, hay baja cobertura de atención obstétrica y neonatal de urgencia y, a menudo, los establecimientos de salud existentes tienen insuficiencia de personal y equipamientos deficientes. La situación es más grave en las comunidades rurales y/o remotas. En tercer lugar, no se abordan los problemas de acceso a los servicios desde la perspectiva de la mujer.

La tríada educación-reglamentación-asociación no está suficientemente focalizada en la calidad de la atención. En primer lugar, aun cuando hay adelantos positivos en cuanto a la educación en algunos países que graduarán a cantidades adicionales de parteras con idoneidad para practicar todas las competencias esenciales, no se satisfacen los estándares óptimos. Es preciso fortalecer los currículos, el personal docente, los recursos educativos y la supervisión de la práctica clínica. En segundo lugar, actualmente los reglamentos y los procesos de reglamentación son insuficientes para promover la autonomía profesional de la partera y dar cumplimiento a las obligaciones de los gobiernos en cuanto a la protección de los ciudadanos. En casi todos los países, es preciso perfeccionar el registro y el otorgamiento de licencias al personal de partería, incluidos los criterios de renovación de la licencia para practicar la profesión, a fin de mejorar la calidad de la atención. En tercer lugar, en todos los países existe una tendencia positiva a establecer y desarrollar asociaciones profesionales que representen a las parteras, pero muchas asociaciones están en una etapa incipiente y algunas son frágiles. Es menester brindar a esas asociaciones mayor apoyo y establecer una colaboración profesional entre los aliados nacionales, regionales e internacionales.

Cada día,
aproximadamente
35.000
mujeres sufrirán
complicaciones en el
parto, y probablemente
900 morirán.

Hay desarticulación entre las políticas y un deficiente acceso a los datos necesarios o a las informaciones estratégicas. Las políticas nacionales relativas a los servicios de salud materna y neonatal muy a menudo no tienen en cuenta la importancia fundamental del personal de partería ni la apremiante necesidad de mejorar la calidad de la atención, respetando los derechos de las pacientes. Actualmente, la mayoría de los países carecen de capacidad para dar seguimiento e informar con precisión sobre el número de parteras que practican la profesión en los sectores público y privado, y para determinar en qué medida el personal de partería está en condiciones de ofrecer intervenciones de calidad en respuesta a las necesidades de la población. Esto limita la disponibilidad de datos objetivos y estratégicos sobre los cuales basar los adelantos en las políticas. De manera similar, mientras están apareciendo métodos para revisar la calidad de la atención, es mucho lo que debe hacerse con respecto a la medición de esa calidad y a la recopilación de pruebas objetivas que fundamenten la acción.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* plantea diversas acciones esenciales, que distingue según grupos de interesados directos, a fin de maximizar los efectos de las inversiones, mejorar la responsabilidad mutua y fortalecer el personal y los servicios de partería de un país. Todas las acciones deben emprenderse en el marco de los planes nacionales de salud, centrados en las necesidades de salud materna y neonatal, de manera integrada en los sistemas de salud, y sobre la base de pruebas, experiencias e innovaciones particulares y específicas de cada país.

En el informe se exhorta a los **gobiernos** a:

- reconocer a la partería como profesión distinta, esencial para la provisión de servicios de salud materna y neonatal, y promoverla como carrera mediante el establecimiento de puestos a nivel de políticas nacionales;
- asegurar que la partería y las parteras queden incorporadas, junto con los cálculos correlativos de costo, en los planes de salud materna y neonatal y que estén armonizadas con los planes de recursos humanos para la salud;
- asegurar una adecuada disponibilidad y distribución de establecimientos que ofrezcan atención obstétrica y neonatal de urgencia, incluso

salas de maternidad y unidades de atención administradas por parteras, y

- efectuar inversiones en la gestión de los recursos humanos para desarrollar y mantener las competencias, gestionar los ingresos y salidas de los contingentes de personal de partería que ejerce la profesión y mejorar los datos sobre ese personal.

Los **órganos de reglamentación** posibilitan la focalización en la calidad de la profesión, la educación y la atención.

Esos órganos pueden:

- proteger el título profesional de “partera” y establecer el alcance de su práctica;
- fijar criterios relativos al ingreso en la profesión, los estándares educativos y las competencias para la práctica;
- acreditar a las escuelas y los currículos educativos en los sectores público y privado, y
- otorgar y renovar las licencias de las parteras para la práctica profesional, mantener códigos de ética y de conducta y administrar las sanciones.

Las escuelas y las instituciones de capacitación tienen un papel que desempeñar, no solamente educando a una mayor cantidad de parteras, sino también en la mejora de las aptitudes y las competencias

El parto es siempre un momento de gran intensidad, tanto para la mujer como para el equipo de salud materna. Es nuestra responsabilidad colectiva asegurar que se ofrezca atención de calidad para proteger y salvar vidas
(Lynsey Addario, Afghanistan)



de las tituladas. Entre las acciones que deberían considerar figuran las siguientes:

- revisar los currículos para asegurar que las tituladas tengan idoneidad en todas las competencias esenciales establecidas por el gobierno y por el órgano de reglamentación;
- emplear los estándares establecidos por la Confederación Internacional de Matronas y otros estándares educacionales a fin de mejorar la calidad y la capacidad, prestando la debida atención al equilibrio entre la teoría y la práctica;
- contratar a docentes, profesores e instructores, y mantener y elevar sus competencias en partería y educación transformativa, y
- promover la investigación y las actividades académicas y apoyar el desarrollo del liderazgo en partería.

Las asociaciones profesionales de partería pueden catalizar el cambio de diversas maneras, entre ellas:

- aumentando la visibilidad de las parteras, elevando su condición en el ámbito de las políticas nacionales y fortaleciendo sus aportaciones a los planes de salud y a la formulación de políticas;
- promoviendo los estándares de formación en el servicio y la actualización de los conocimientos, así como mejores condiciones de trabajo;
- colaborando con otras asociaciones de profesionales de la salud, con federaciones regionales e internacionales y con grupos de mujeres y comunidades, y
- estableciendo una sólida gobernabilidad en las asociaciones, mediante el fortalecimiento de su capacidad administrativa y la mejora de su gestión financiera.

Finalmente, entre las acciones que deberían realizar **las organizaciones internacionales, las alianzas mundiales, los organismos donantes y las entidades de la sociedad civil** figuran las siguientes:

- apoyar programas a nivel local, regional e internacional a fin de ampliar la escala de los

servicios de partería y mejorar la medición de sus resultados, de modo que se posibilite el cumplimiento de los compromisos del país en pro de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños;

- promover servicios de partería fortalecidos con la mejora de las competencias y la calidad de la atención, respetando los derechos de las pacientes, e incluir esos servicios en estrategias y planes, con los correlativos cálculos de costos;
- proporcionar apoyo financiero y en especie para el fomento de la capacidad de las asociaciones de partería y facilitar intercambios de conocimientos e información sobre buenas prácticas e innovaciones, y
- alentar el establecimiento de una agenda mundial para la investigación sobre partería (para alcanzar los ODM y avanzar más) y apoyar su aplicación a nivel de país.

Es preciso que los mensajes y las recomendaciones del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* estén en un primer plano del diálogo sobre políticas nacionales y de las acciones de los países y se incorporen en las estrategias de salud y en las alianzas y los compromisos a nivel mundial, a fin de fortalecer la responsabilidad mutua y obtener mejores resultados en beneficio de la salud de las mujeres y los niños. “Cuidar la salud, salvar vidas” es nuestra responsabilidad colectiva.

Naturalmente, incumbe a cada país adoptar y adaptar las recomendaciones del informe, de acuerdo con sus particulares condiciones nacionales y niveles de práctica. Las decisiones dependerán de los recursos y las capacidades existentes, tanto en materia de personal de salud como en lo concerniente al sistema nacional sanitario, así como de las prioridades determinadas en los planes nacionales de salud y de la voluntad política de llevar a la práctica tales políticas.

El informe y la información adicional están disponibles en línea en www.stateoftheworldsmidwifery.com

Introducción

Lograr un mayor acceso de las mujeres a servicios de partería de alta calidad ha pasado a ser el centro focal de las acciones mundiales para la vigencia del derecho de la mujer al mejor cuidado posible de la salud durante el embarazo y el parto.

En 2010, la salud de las mujeres y las niñas figuró en un lugar prominente de los temarios de la Asamblea Mundial de la Salud, la Cumbre del G8, la Cumbre de Salud del Pacífico, la Cumbre de la Unión Africana y otras reuniones de alto nivel. En septiembre, esta atención mundial culminó cuando el Secretario General dio a conocer la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños¹. Esta Estrategia, acogida con beneplácito por los 192 Estados Miembros de las Naciones Unidas, fue considerada importante por los líderes mundiales debido a que es necesario intensificar las acciones para salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos. Aun cuando algunos países han logrado progresos con respecto al Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5), relativo a mejorar la salud materna, y el ODM 4, relativo a reducir la mortalidad infantil, persisten pronunciadas diferencias entre distintos países y dentro de un mismo país^{2,3}. Es excesivo el número de mujeres y de recién nacidos, mayormente pobres y marginados, residentes en zonas rurales y urbanas, que están muriendo porque carecen de acceso a establecimientos de salud en buen funcionamiento o a profesionales de la salud cualificados.

Cada año, aproximadamente 350.000 mujeres pierden la vida a causa del embarazo o el parto, casi 1.000 por día. De esas mujeres, un 99% muere en países en desarrollo⁴. Según se estima, hay 8 millones más que padecen graves enfermedades y discapacidad a lo largo de toda su vida como resultado de las complicaciones del parto⁵. Cada año, hasta dos millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida⁶. Además, hay 2,6 millones de mortinatos⁷, de los cuales aproximadamente un 45% muere durante el trabajo de parto y el parto⁸. Millones más de recién nacidos padecen traumas de nacimiento que impiden su desarrollo y su futura productividad.

Dichas cifras confirman una de las inequidades más graves y persistentes en el mundo. Si bien las estimaciones elaboradas en 2008 indican una reducción del 34% en las cantidades de muertes derivadas de la maternidad en comparación con 1990, las innecesarias pérdidas

de vidas siguen poniendo de manifiesto las injusticias mundiales. En África al sur del Sahara, la probabilidad de que una mujer muera por causas derivadas de la maternidad es una en 31, en comparación con una en 4.300 en las regiones desarrolladas⁹. El riesgo de mortinatalidad durante el trabajo de parto para una mujer africana es 24 veces superior al riesgo correlativo en un país de altos ingresos¹⁰.



Contar con personal de partería experto, motivado y bien apoyado es un importante factor de éxito para contrarrestar los graves perjuicios causados por las pérdidas de vidas y la discapacidad. Las pruebas objetivas son unánimes y claras: las parteras y otros agentes de salud con competencias en partería son esenciales para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos^{11, 12, 13, 14, 15}.

La Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños incluye un importante llamamiento para “fortalecer los sistemas de salud con suficientes agentes de salud capacitados como componente fundamental”. Como parte de sistemas de mayor alcance, la Estrategia Mundial también exhorta a establecer un conjunto integral e integrado de intervenciones y servicios esenciales que incluye servicios de planificación de la familia e información al respecto; atención prenatal, del recién nacido y posnatal; atención por personal capacitado durante el parto en instalaciones apropiadas; atención obstétrica y neonatal de urgencia; aborto en condiciones de seguridad (a condición de que sea legal) y atención posterior al aborto (en todos los casos); y prevención del VIH y otras infecciones de transmisión

Uno de los componentes básicos de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños es asegurar que las parteras estén en el lugar adecuado en el momento correcto y dispongan de la infraestructura necesaria y los medicamentos y el equipo adecuados. (OMS/Marie-Agnes Heine; Senegal)

sexual. La Estrategia destaca un marco para la acción coordinada (Gráfico I).

Muchas de las intervenciones recomendadas en la Estrategia Mundial abarcan la serie continua de servicios de salud sexual y reproductiva, destacando la importancia de la continuidad de la atención desde el embarazo hasta el parto y el posparto, tanto para la madre como para el recién nacido¹⁶. También se reconoce ampliamente la importancia de dicho conjunto de intervenciones continuadas comenzando por la atención en el hogar y pasando por los servicios comunitarios, hasta llegar a la atención en el ámbito hospitalario. Hay pruebas objetivas de que la salud de la madre es una importante base para la salud del niño por nacer, del recién nacido y del niño hasta los cinco años de edad^{17,18}.

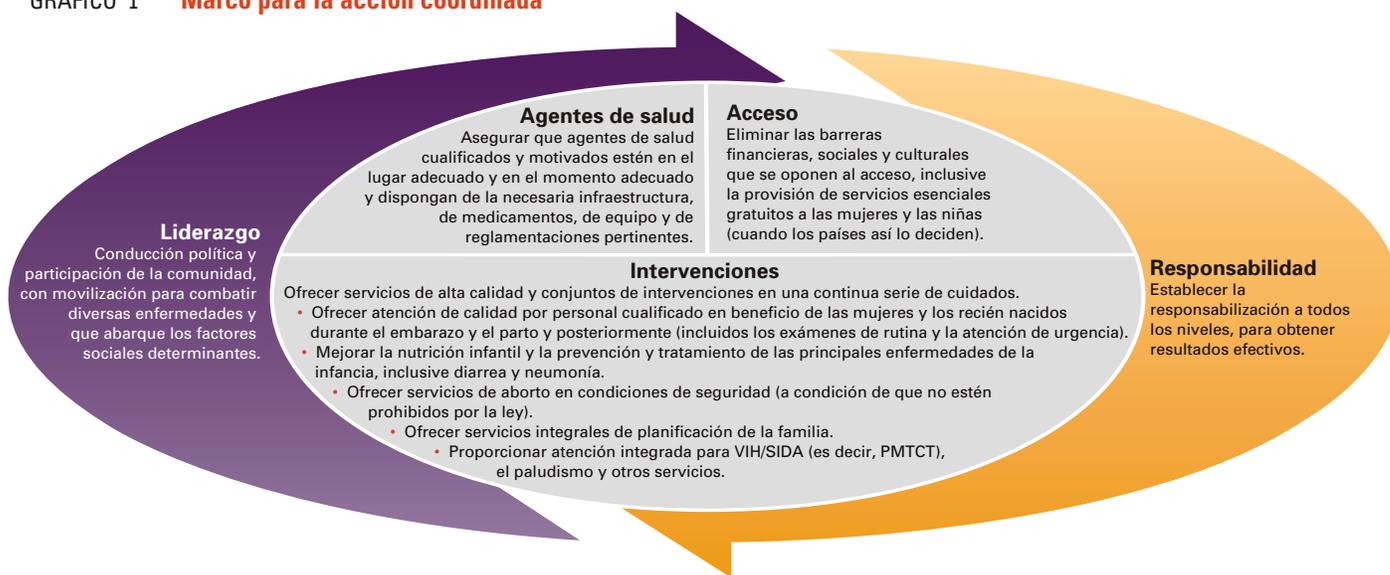
Los servicios de partería de calidad, coordinados e integrados en las comunidades, e incorporados en el sistema de salud, aseguran que se ofrezca atención a lo largo del embarazo, el parto y posteriormente. Los servicios de partería también facilitan la remisión de madres y recién nacidos desde el hogar o el centro de salud hacia un hospital donde puedan recibir la atención de obstetras, pediatras y otros especialistas, de ser necesario.

Dado que se reconoce la función fundamental de los servicios de partería en la eficaz aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de las Madres y los Niños, al darse a conocer la Estrategia (Recuadro I) 15 países, a los que se sumaron después muchos más, anuncia-

ron nuevos compromisos en pro de educar y asignar a puestos de trabajo a cantidades adicionales de parteras y otro personal con aptitudes de partería. En enero de 2011, la Junta Ejecutiva de la Asamblea Mundial de la Salud aprobó nuevas resoluciones sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería (EB128.R11) y el fortalecimiento del personal de salud (EB128.R9)¹⁹, que también demuestran el compromiso de los Estados Miembros en pro de la acción. Así continúa una prolongada historia de involucramiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tema; durante los últimos 20 años, hubo siete resoluciones que exhortaron al fortalecimiento de las profesiones de enfermería y partería²⁰, como parte de estrategias integrales de recursos humanos, aunque el grado de aplicación de dichas resoluciones en distintos países es muy desigual.

El informe *Estado de las Parteras en el Mundo: Cuidar la salud, salvar vidas, 2011*, es el resultado de las contribuciones de numerosos organismos, organizaciones y particulares. El informe fue coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de conformidad con lo acordado por varios organismos de las Naciones Unidas para acelerar la aplicación del conjunto continuo de servicios de atención materna y neonatal²¹. El informe documenta la actual práctica de la partería en diferentes países y determina lo que es necesario hacer para mejorar los servicios de partería. Hace 45 años, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)²² emprendieron una

GRÁFICO I **Marco para la acción coordinada**



Fuente: Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños (adaptado del Consenso Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño – septiembre de 2009)

COMPROMISOS ASUMIDOS POR LOS PAÍSES A FIN DE FORTALECER LOS SERVICIOS DE PARTERÍA

1. **Afganistán:** Aumentar la proporción de partos que reciben asistencia de un profesional cualificado, desde 24% hasta 75%, aplicando diversas estrategias, entre ellas aumentar el número de parteras, de 2.400 a 4.556, y ampliar hasta un 80% la proporción de mujeres que tienen acceso a atención obstétrica y neonatal de urgencia.
2. **Bangladesh:** Duplicar para 2015 el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado (desde el nivel actual de 24,4%) mediante la capacitación de 3.000 parteras adicionales, y la dotación de personal a la totalidad de los 427 centros de salud de subdistrito, a fin de ofrecer servicios de partería durante las 24 horas del día. Mejorar las instalaciones de los 59 hospitales de distrito y 70 centros de bienestar maternoinfantil, con carácter de centros de excelencia para los servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia.
3. **Burkina Faso:** Construir antes de 2015 una escuela pública y una escuela privada de formación de parteras.
4. **Camboya:** Mejorar la salud reproductiva, aumentando hasta el 70% la proporción de partos con asistencia de personal de partería cualificado.
5. **República Democrática del Congo:** Aumentar hasta 80% la proporción de partos con asistencia de personal de partería capacitado.
6. **Etiopía:** Aumentar desde 2.050 hasta 8.635 el número de parteras; acrecentar la proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado, desde 18% hasta 60%; y ofrecer atención obstétrica de urgencia a todas las mujeres en todos los centros de salud y todos los hospitales.
7. **Indonesia:** Acrecentar en 2011 la financiación por el Gobierno central del sector de salud en 556 millones de dólares EE.UU., en comparación con el nivel de 2010. Estos recursos estarán disponibles para apoyar al personal profesional de salud y lograr atención y servicios de calidad en 552 hospitales, 8.898 centros de salud y 52.000 puestos de salud de aldea en todo el país.
8. **Kenya:** Contratar y asignar a sus lugares de trabajo a 20.000 agentes de atención primaria de la salud adicionales.
9. **Liberia:** Asegurar para 2015 la duplicación de la cantidad de parteras capacitadas y asignadas a puestos de trabajo, en comparación con las que se desempeñaban en el sector de salud en 2006. Además, acrecentar la proporción de clínicas y centros de salud que ofrecen servicios de atención obstétrica de urgencia, desde 33% hasta 50%.
10. **Malawi:** Fortalecer los recursos humanos en la esfera de la salud, inclusive acelerar la capacitación y la contratación de profesionales de la salud para cubrir todos los puestos disponibles en el sector de salud, y elevar la calidad de la asistencia obstétrica básica de urgencia y la cobertura de servicios neonatales para alcanzar los estándares establecidos por la OMS.
11. **Mozambique:** Para 2015, aumentar los partos atendidos en instituciones, desde 49% hasta 66%.
12. **Nepal:** Contratar, capacitar y asignar a puestos de trabajo a 10.000 agentes de salud adicionales capacitados en partería; financiar servicios gratuitos de salud materna para poblaciones remotas y de difícil acceso; y asegurar que al menos un 70% de los centros de atención primaria de la salud ofrezcan atención obstétrica de urgencia.
13. **Níger:** Capacitar a 1.000 agentes de salud en cuestiones de salud reproductiva de la adolescencia, y asegurar que al menos un 60% de los partos reciban la atención de un profesional de partería cualificado.
14. **Nigeria:** Reforzar el grupo de 2.488 parteras recientemente asignadas a puestos de trabajo en centros de salud locales de todo el país, introduciendo una política que acreciente el número de agentes básicos encargados de los servicios, inclusive trabajadores de difusión comunitarios y parteras comunitarias, prestando especial atención a asignar mayor cantidad de personal de salud a puestos de trabajo en zonas rurales.
15. **Rwanda:** Capacitar a un número cinco veces superior de parteras (aumentando la proporción desde 1 en 100.000 hasta 1 en 20.000).
16. **República Unida de Tanzania:** Acrecentar la matriculación anual en las instituciones de capacitación de agentes de salud, desde 5.000 hasta 10.000, y la cantidad de egresados de instituciones de capacitación en cuestiones de salud, desde 3.000 hasta 7.000, mejorando simultáneamente la contratación, la asignación a puestos de trabajo y la retención mediante planes nuevos e innovadores de remuneración vinculada al desempeño profesional, prestando especial atención a los servicios de salud maternoinfantil.
17. **Yemen:** Aumentar en 20% la cantidad de establecimientos de salud que ofrecen servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia.

Fuente: *Every Woman, Every Child*. Disponible en www.everywomaneverychild.org.

iniciativa similar. Se basa en la colaboración a alto nivel y el compromiso que incluye el “Llamamiento mundial a la acción” emitido en el Simposio sobre fortalecimiento de la partería, durante la conferencia Las Mujeres Dan Vida, que se celebró en Washington, DC, en junio de 2010²³; y apoya y confirma la Estrategia Mundial para la Salud de las Madres y los Niños²⁴, la recientemente constituida *Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health*²⁵ y el Plan de H4+ para el logro de los ODM 4 y 5²⁶ que se está formulando en la actualidad.

El objetivo de este informe es aportar una contribución actualizada y valiosa al fortalecimiento de la partería en todo el mundo y a la tarea de planificación que tendrá importancia crítica para la consecución de los ODM relativos a la salud. En esta primera edición, el informe considera 58 países con altas tasas de mortalidad y discapacidad de madres, fetos y recién nacidos (Gráfico II). En esos 58 países, la mayoría de los cuales padecen sendas crisis en materia de recursos humanos para la salud²⁷ residen las mujeres que dan a luz a 83 millones de niños por año, es decir, un 58% del total de alumbramientos en

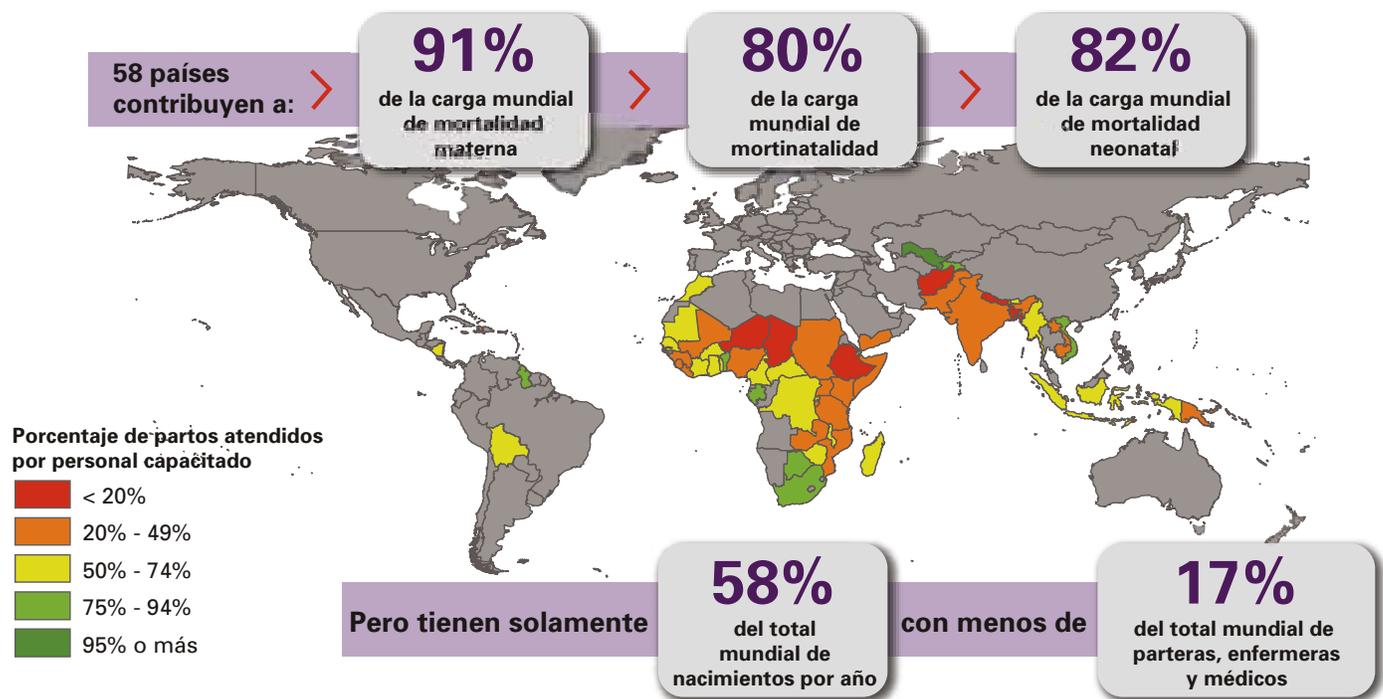
el mundo en 2009²⁸. La falta de equidad de ese “estado del mundo” es más evidente en la desproporción del número de defunciones en esos países: 91% de la carga mundial de mortalidad derivada de la maternidad, 80% de la mortinatalidad y el 82% de la mortalidad neonatal²⁹. En esos 58 países hay menos del 17% del personal cualificado para la atención del parto.

A fines de 2010, se preparó un cuestionario detallado para recoger datos e información nuevos y actualizados sobre las cantidades y los tipos de personal que presta servicios de partería, su nivel de educación, la reglamentación, las asociaciones, las políticas y el apoyo externo al desarrollo. Se invitó a participar a 62 países y se obtuvieron 58 respuestas. Más de 400 personas, entre ellas funcionarios de ministerios de salud y de educación, de asociaciones profesionales y de universidades colaboraron con las Oficinas del UNFPA en los países en la recopilación de los datos por países. Se congregaron 30 colaboradores que constituyeron el Grupo Asesor, el Comité Editorial y los grupos de trabajo técnico, que contribuyeron a revisar y sintetizar los datos disponibles y las pruebas objetivas en relación con la partería a nivel mundial, regional y nacional.

El informe *Estado de las Parteras en el Mundo* se divide en cuatro partes. En la Parte 1 se sintetizan el desarrollo de la profesión de partería y los problemas con que tropiezan los servicios de partería y el personal de partería. En la Parte 2 figura un panorama general de los datos obtenidos de los 58 países que respondieron a la encuesta y otros datos de orden general. En la Parte 3 figuran diversas oportunidades de desarrollar servicios de alta calidad de partería para una óptima respuesta a las necesidades de las mujeres en edad de procrear y sus recién nacidos. Finalmente, en la Parte 4 el informe presenta resúmenes de la situación de la partería en los 58 países. Al final del informe se agregan anexos sobre temas pertinentes.

El informe y los datos adicionales también están disponibles en línea — www.stateoftheworldsmidwifery.com — y en un CD-ROM conexas. Además, se presenta información en más de 70 documentos de antecedentes encomendados para el informe, sobre temas regionales, nacionales y técnicos, además de los resultados completos de la encuesta (indicados en las listas de referencias y notas) y una bibliografía anotada de materiales de referencia.

GRÁFICO II **Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado y carga de mortalidad materna, fetal y neonatal en 58 países seleccionados**



Fuente: Adaptado de publicaciones de la OMS y de la serie sobre mortinatalidad de la revista *The Lancet*.²⁹

LA PARTERÍA EN TODO EL MUNDO



El período de más alta mortalidad materna, fetal y neonatal es el que abarca el trabajo de parto, el parto y las 24 horas posteriores. Por consiguiente, el informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* se focaliza en el personal que acompaña a las mujeres antes del parto, durante el trabajo de parto y el parto, e inmediatamente después, y en los servicios que proporciona.

Los estudios retrospectivos^{1,2,3} constatan que en diversos países de todo el mundo, los servicios de calidad de partería son un factor bien documentado de éxito en cuanto a salvar vidas de mujeres y recién nacidos y preservar su salud. Un eficaz personal de partería también aporta beneficios indirectos y contribuye a la promoción de la igualdad entre los géneros y los derechos de la mujer, además de facultar a las mujeres para que se cuiden a sí mismas y cuiden a sus familias, sus comunidades y sus naciones (Recuadro 1.1).

La primera parte del informe plantea los lineamientos generales y proporciona una amplia descripción del estado de los servicios de partería en el mundo. Describe la situación del personal de partería, el desarrollo de la profesión y las competencias que la definen. Considera de qué manera se desarrollan y apoyan las competencias esenciales de la partería mediante la educación, la reglamentación y la asociación de profesionales. Seguidamente, se examinan la oferta de personal, los enfoques y modelos de prestación de servicios, y las barreras que obstan al acceso a los servicios de partería.

El personal de partería: panorama mundial

En muchos países, las parteras y otro personal con competencias de partería constituyen un componente importante del personal de salud. Atienden a las mujeres y colaboran con ellas en sus hogares y sus comunidades, así como en dispensarios prenatales, centros de salud, hospitales y maternidades; están en la línea del frente de la provisión de servicios de salud

materna, interactuando con colegas de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Las parteras bien capacitadas y otros agentes de salud que poseen todas las competencias de partería pueden encargarse de satisfacer las necesidades de salud de madres y recién nacidos durante el embarazo, el parto y más adelante. Están disponibles para ofrecer atención de rutina durante los partos que se realizan sin tropiezos y también están en condiciones de detectar y atender las complicaciones del parto antes de que pasen a amenazar la vida de la paciente. Cuando aparecen complicaciones más graves o situaciones de urgencia, las parteras y otros agentes de salud con competencias en partería dispondrán la inmediata remisión de la paciente a establecimientos de mayor capacidad para que se practique una operación cesárea o se ofrezcan otros servicios que exceden los que ellos están autorizados a proporcionar.

Las parteras proporcionan atención centrada en la mujer, que incluye escucharla y tranquilizarla. (OMS/ Marie-Agnes Heine; Uganda)



LA PARTERÍA COMO FACTOR DE EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES EN EL AFGANISTÁN

El resurgimiento de la partería como profesión en el Afganistán ha ofrecido nuevas oportunidades a las mujeres de ese país. Al preparar el programa de formación en partería en 2002, el Ministerio de Salud respondió desde una perspectiva de género cuando aseguró que el programa tuviera longitud y contenido apropiados para posibilitar el desarrollo de un cuadro de mujeres profesionales. Además, quienes formularon y ejecutaron desde un principio el programa reconocieron las implicaciones de género de la educación residencial en internado, en una sociedad donde las jóvenes muy raramente viven fuera de su hogar. Las escuelas de partería establecieron reglamentaciones estrictas, no solamente para garantizar la seguridad y protección de las estudiantes, sino también para convencer a las familias y los ancianos de las aldeas de que era aceptable que esas jóvenes vivieran agrupadas en las capitales provinciales, lejos de sus familias.

Pese a esas previsiones, debido a preocupaciones por la seguridad se demoró la inauguración de una escuela en 2003 y se interrumpió la instrucción en otra escuela en 2004. No obstante, con la primera cohorte de egresadas en 2005 y la asignación de las nuevas parteras a puestos de trabajo en los centros de salud de sus aldeas natales, las comunidades comenzaron a reconocer el valor del programa de formación en partería y las contribuciones que efectúan las nuevas parteras a la salud de sus comunidades. Las jóvenes parteras, en todas las zonas rurales y urbanas del Afganistán, han asumido posiciones de influencia y prominencia en sus comunidades. A fines de 2006 había escuelas de partería en 21 de las 34 provincias del Afganistán. Hacia 2008, debido a la presión ejercida por los líderes comunitarios y las autoridades provinciales de salud, se había ampliado la cantidad de escuelas hasta 32 provincias, con oportunidades para las mujeres de las 34 provincias.

Las jóvenes mujeres afganas consideran que la partería es una profesión atractiva y las familias están tan dispuestas a enviar a sus hijas y sus esposas al programa de partería que las solicitudes de ingreso suelen exceder la cantidad de espacios disponibles. Pero es mucho lo que queda por hacer. Debido a la urgente necesidad de responder a los problemas de salud materna, que habían sido descuidados durante diez años, las estudiantes, en su mayoría, ingresaron a los programas de educación en partería teniendo solamente entre 8 y 12 años de educación escolar previa. A fin de que las parteras sigan ocupando posiciones de prominencia e influencia, es preciso que se preparen programas de primer nivel universitario para las nuevas solicitantes, y que se ofrezcan al mismo tiempo programas educacionales complementarios que fortalezcan las calificaciones de las actuales parteras. El programa debe seguir evolucionando, de modo que las parteras puedan, no solamente seguir dispensando servicios a las demás mujeres, sino también seguir contribuyendo económicamente a mantener sus familias y promoviendo la ampliación de los medios de acción de la mujer, pese a las grandes dificultades reinantes en el Afganistán.

El desarrollo de la partería como profesión de atención de la salud

La significación originaria de la palabra “partera” en inglés (*midwife*) es “estar con la mujer”. A lo largo de los siglos, la profesión de partería ha evolucionado en paralelo con los adelantos en la medicina científica. Ya en el siglo XVII había escuelas de partería en los Países Bajos; en Suecia, la primera escuela se inauguró en 1711 (Recuadro 1.2). En Francia, en los siglos XVIII y XIX se reconocía que las parteras formaban parte de las elites educadas y se les proporcionaba vivienda, y también tierras. En Chile y en la Argentina, las primeras escuelas de partería se establecieron en el siglo XIX y desde entonces, en Chile las parteras participaron en la formulación de políticas en el Ministerio de Salud. A fines del siglo XIX, en Europa las parteras realizaron campañas para que se reconociera la partería como profesión reglamentada. En 1902, el Parlamento británico aprobó la Ley de Parteras en que se reconocía que las parteras eran profesionales por derecho propio. En 1919, apenas finalizada la Primera Guerra Mundial, más de 1.000 parteras de diversos países europeos se reunieron en Bruselas, Bélgica, para debatir temas relativos a los estándares y la práctica. Durante esta reunión, se estableció la Confederación Internacional de Matronas (ICM) con el propósito de apoyar el continuo desarrollo de la profesión.

Durante el siglo XX, se introdujo la partería profesional en diversos países de África y Asia. Las colonias francesas en África al sur del Sahara adoptaron el modelo de atención de partería vigente en Francia; elaboraron programas autónomos (con ingreso directo) de educación en partería y establecieron la partería como profesión autónoma. Al mismo tiempo, las colonias británicas en África, Asia y el Caribe adoptaron el modelo británico, con educación en enfermería seguida de cursos de especialización en partería. Una tercera modalidad es la combinación de enfermería y partería. Las tres modalidades de educación siguen operando en la actualidad. Se aprobaron leyes sobre enfermería y partería y se establecieron consejos de enfermería, los cuales se encargan de registrar a las parteras y en muchos casos, de emitir licencias separadas para la práctica de la partería, por lo cual se pudo individualizar claramente a las parteras y proteger su práctica. Durante los decenios de 1970 y 1980, en muchos de esos países se dejó sin efecto el sistema de licencias separadas, lo cual redujo la visibilidad de la profesión

Este ícono denota los informes de antecedentes sobre temas a escala regional y nacional, y sobre temas técnicos. La lista completa de más de 70 contribuciones figura en la sección de Referencias y Notas. En el CD-ROM conexo y en línea están disponibles todos los informes de antecedentes.

de partería y creó dificultades para individualizar a las parteras que ejercen la profesión y seguir la pista a sus competencias y su asignación a lugares de trabajo.

Las influencias históricas y coloniales también han contribuido a determinar la evolución de la práctica de la partería en el sector privado. En el Perú existió una historia de práctica privada en paralelo con la provisión de servicios por el Estado a partir de 1826, y

lo propio ocurrió en Indonesia desde 1912⁴. Son pocas las investigaciones realizadas acerca de la práctica en el sector privado y en general se carece de datos e información que comparen la provisión de servicios por el sector privado y por el sector público⁵. Por otra parte, en muchos países la práctica de la partería en el sector privado tiene un papel muy activo, inclusive en la provisión de servicios a poblaciones vulnerables, y se justifica que se la considere debidamente⁶.

RECUADRO 1.2

300 AÑOS DE PARTERÍA EN SUECIA

Hacia fines del siglo XVII, la población de Suecia, especialmente las mujeres y los niños, padecieron una gran pobreza debido a la guerra y la injusticia social. La Reina Ulrika Eleonora estaba preocupada por la gran mortalidad derivada de la maternidad y pensaba que la atención de partería por personal cualificado podía salvar vidas de mujeres. Esta opinión se basaba en su experiencia personal con la partera real, Catherine Wendt, quien había sido educada en lo que es hoy Alemania. En 1685, la Reina decidió inaugurar una escuela de partería que impartiera capacitación tanto teórica como práctica. Hasta entonces, la educación en partería se había basado en la práctica de aprendizas.

El proyecto se asignó al Dr. Johan von Hoorn, un médico animado por un fuerte compromiso humanitario. Viajó a París, donde permaneció dos años y recibió de varias parteras y de especialistas de otros tipos los mejores conocimientos teóricos y prácticos disponibles a la sazón. Sobre la base de esas experiencias, preparó el primer libro de texto para estudiantes de partería, pero recién en 1711 comenzó a funcionar plenamente la Escuela de Partería en Estocolmo. Las estudiantes recibían formación académica y se comprometían bajo juramento a desempeñarse de conformidad con un Código de Conducta Ética antes de que se les otorgara el derecho a practicar como parteras en la comunidad. El Código destacaba la importancia del respeto hacia las mujeres, la obligación de prestarles asistencia, “independientemente de que tuvieran una posición

social alto o baja o fueran ricas o pobres”, así como la necesidad de proteger el derecho de la mujer al carácter confidencial de las intervenciones.

Pero la cantidad de parteras que recibían formación académica cada año era pequeña y estaba muy lejos de bastar para ofrecer servicios a la población residente, en su mayoría, en aldeas rurales remotas y escasamente habitadas. El personal lego de partería seguía ofreciendo asistencia a las mujeres que daban a luz, pero la política gubernamental les prohibía la práctica profesional en esas tareas. Solamente se permitía cobrar por sus servicios a las parteras capacitadas. Se estableció la Oficina de Registro General y en 1751 se impartieron instrucciones a las parteras y a los empleados de las iglesias para que comenzaran a registrar los nacimientos y las defunciones maternas. La tasa de mortalidad derivada de la maternidad era de aproximadamente 900 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. La sociedad sueca consideró que esto era inaceptable y continuaron los esfuerzos por ampliar la profesión de partería.

En 1819, un Decreto Real ordenó a cada municipalidad que empleara una partera capacitada y la situación comenzó a cambiar lentamente. Las parteras podían reducir la hemorragia de posparto comprimiendo la aorta y el útero. Sabían cómo extraer manualmente la placenta y podían atender complicadas presentaciones de nalgas haciendo girar al feto para luego extraerlo. Pero esas aptitudes que salvaban vidas no eran suficientes.

Después de 1829, las parteras recibieron capacitación y pudieron utilizar legalmente *forceps* obstétricos e instrumentos afilados, como perforadores, que tenían importancia crucial en situaciones de parto prolongado y obstruido.

Finalmente, hacia fines del siglo XIX se constataba una reducción de gran magnitud en la tasa de mortalidad derivada de la maternidad. En el período 1861-1900, al asignar a parteras dotadas de aptitudes para salvar vidas a puestos de trabajo en zonas rurales, la tasa de mortalidad disminuyó desde aproximadamente 420 hasta poco más de 100 por cada 100.000 nacidos vivos. Dado que no se disponía de antibióticos, la pronunciada disminución de las defunciones debidas a la sepsis puerperal se atribuye a la práctica de lavado de las manos y otras técnicas de antisepsia.

Actualmente, en Suecia las parteras son la primera opción de las mujeres en cuanto a personal que las atiende durante el embarazo y el parto, así como para la provisión de anticonceptivos y otros servicios de salud sexual. El sistema y la legislación de la atención de la salud establecen que las parteras son profesionales autónomas y responsables y deben rendir cuentas de la atención brindada durante embarazos y partos normales. Cuando aparecen complicaciones, las parteras trabajan en equipo con obstetras y, conjuntamente con ellos, ofrecen una atención que coloca al país entre los que más bajas tasas de mortalidad materna y neonatal tienen en todo el mundo.



Una atención prenatal de alta calidad puede maximizar la salud durante el embarazo e incluye la detección y el tratamiento precoces de complicaciones y la remisión de la paciente a establecimientos de mayor capacidad cuando sobrevienen ciertos tipos de complicaciones. (Ellen Krijgh; Viet Nam)

Personal capacitado para la atención del parto

16

El discurso mundial sobre la salud trata cada vez más de los profesionales de la partería denotándolos colectivamente como “personal cualificado para la atención del parto”. Esto se debió en parte a los ODM relativos a la salud y a la necesidad de deslindar el campo de acción de las parteras, a diferencia del de parteras tradicionales que carecen de formación académica. En 2004, la OMS, la ICM y la FIGO convinieron en definir al personal cualificado para la atención del parto como “profesional de salud cualificado – partera, médico o enfermera – que ha recibido educación y capacitación a fin de adquirir la pericia y las aptitudes necesarias para encargarse de atender el embarazo, el parto y el período posnatal inmediato cuando las condiciones son normales (sin complicaciones), y detectar y atender complicaciones en la mujer y el recién nacido y remitir esos casos a servicios de capacidad adecuada”.

Durante los primeros diez años del presente siglo, en un esfuerzo por revitalizar la atención primaria de la salud, muchos países han impartido capacitación a nuevos tipos de agentes de salud con diversas denominaciones: enfermeras auxiliares, parteras comunitarias, agentes de difusión de salud y personal comunitario de partería. Esos profesionales han recibido formación en diversos conjuntos de aptitudes, con diferentes currículos y en cursos de capacitación de diferente longitud. Por otra parte, tal vez muchos de esos profesionales se individualicen y denominen, por inadvertencia, personal de partería cualificado, sin haber satisfecho los requisitos indicados en la definición de la OMS. De esos profesionales de la salud, son pocos los que han recibido capacitación para adquirir plenamente todas las competencias de una partera y no se han establecido entre diferentes países acuerdos sobre procesos estandarizados de educación ni de reglamentación u otorgamiento de licencias. El resultado es una creciente

confusión acerca de quién es un profesional de partería cualificado.

Competencias: las bases de la práctica

17

Estar “cualificado” es solamente un aspecto de una realidad más compleja. Las pruebas objetivas recogidas recientemente y las que están surgiendo indican que con frecuencia hay una diferencia sustancial entre la cantidad de agentes de salud designados como personal cualificado de atención del parto y la cantidad de quienes realmente poseen competencias de partería que satisfacen los estándares basados en pruebas objetivas^{8, 9, 10}. Por consiguiente, computar a todos los miembros del personal profesional de salud para determinar cuál es la oferta de personal cualificado de partería puede arrojar resultados engañosos. Es posible que, en un país dado, la correlación entre proporción de partos atendidos por los denominados “agentes cualificados” y tasa de mortalidad derivada de la maternidad sea débil debido a que simplemente no se toma en cuenta la calidad de la atención¹¹. En consecuencia, ahora se focaliza la atención en las competencias¹², es decir, la combinación de conocimientos teóricos y prácticos, actitudes y comportamientos profesionales necesarios para una atención de partería de calidad¹³. Pruebas de dicho cambio en la focalización son las directrices emitidas recientemente (2011) por la OMS sobre las competencias básicas en salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud¹⁴ y la continua investigación acerca de la optimización de las competencias para ofrecer servicios esenciales de salud materna y neonatal^{15, 16}.

La prolongación lógica de la gestión de los recursos humanos es la armonización de las competencias con los conjuntos de servicios para la atención esencial. Las recomendaciones de la OMS en la publicación “*Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*”¹⁷ agrupan las intervenciones eficaces en conjuntos a lo largo de toda la serie de intervenciones continuas de atención, comenzando en la etapa previa al embarazo (planificación de la familia y atención del aborto en condiciones de seguridad), embarazo, parto, posparto, atención del recién nacido y atención del niño. Los conjuntos de intervenciones se definen para cada país a nivel de la comunidad y/o a nivel de establecimiento y proporcionan orientación sobre los componentes esenciales necesarios para asegurar una atención adecuada y de calidad.

La orientación proporcionada por la ICM en 2010 acerca de “Competencias esenciales para la práctica básica de la partería”¹⁸ ofrecen un panorama general detallado de las competencias de partería, actualizando la

edición de 2002 que había sido preparada con el apoyo de la OMS y la FIGO. Esas directrices posibilitan que los países armonicen las competencias con los conjuntos de servicios esenciales a fin de mejorar los resultados en cuanto a los servicios y a la salud. Como surge del Gráfico 1.1, cuando una partera ha recibido educación en todas las competencias, esto posibilita que ofrezca todas las intervenciones recomendadas por la OMS que abarquen el conjunto continuo de atención.

Políticas y ámbitos propicios

18-19

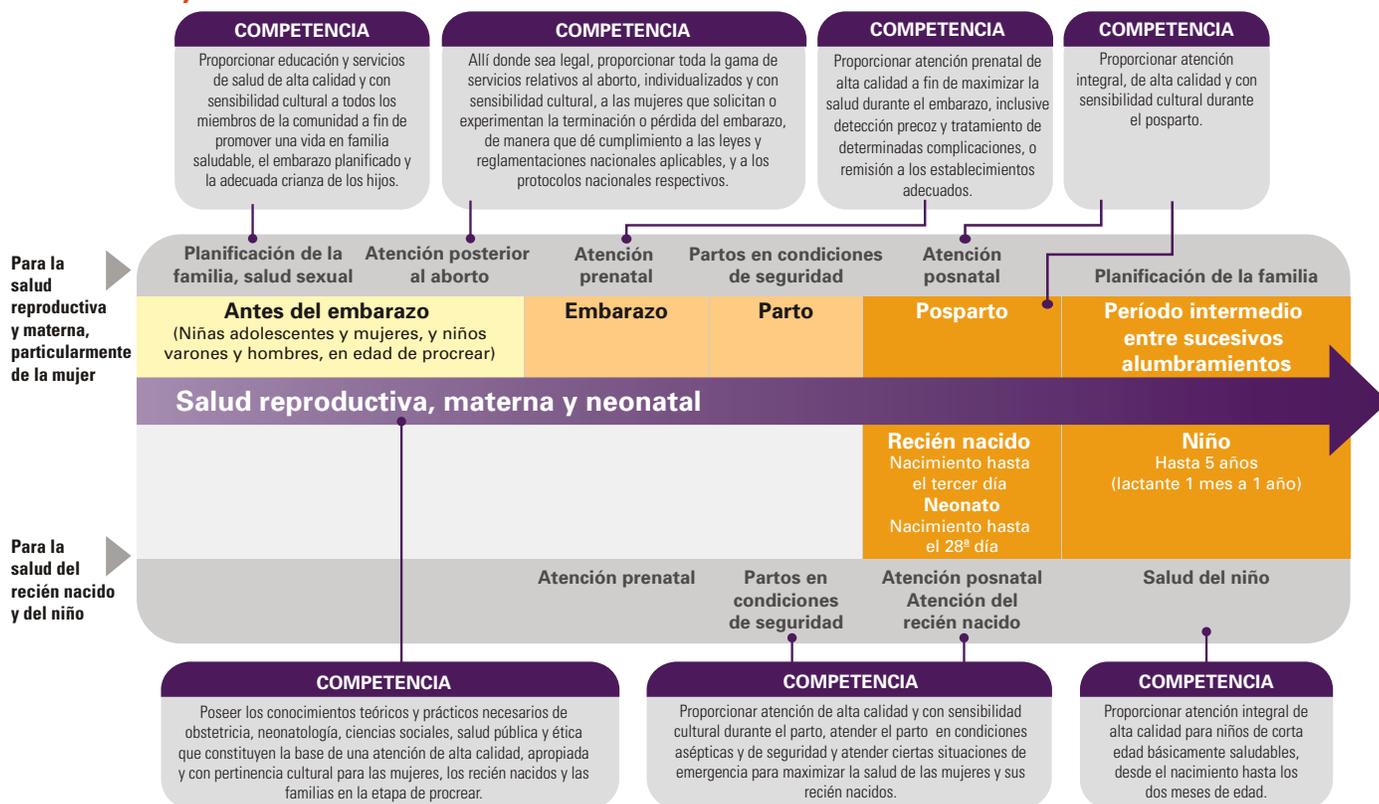
Todos los proveedores de servicios de salud están potenciados o limitados por el contexto nacional en que operan, incluidos los aspectos socioeconómicos, culturales y de género. La manera en que se diseñan y conducen los sistemas de salud es un factor de importancia crucial para desarrollar y mantener un personal eficiente de partería.

El personal de partería—al igual que el personal de otras ramas de la atención de la salud—requiere un ámbito propicio a fin de maximizar su contribución a la salud²⁰. El necesario ámbito propicio no se limita a que

los medicamentos y suministros necesarios estén disponibles en el momento adecuado y el lugar adecuado (por ejemplo, en la sala de trabajo de parto). El equipo de atención de la salud materna también necesita una infraestructura adecuada, instrumentos de comunicación, y sistemas eficaces de remisión de pacientes. Es necesario que los servicios ordinarios y de urgencia se ofrezcan continuamente, día y noche, a lo largo de todo el año. También es necesario que el personal de partería cuente con la adecuada supervisión, la colaboración de otros profesionales, una apropiada remuneración y un marco normativo, a fin de posibilitar que se encargue de intervenciones para salvar vidas.

Es mucho lo que pueden contribuir esos elementos de un sistema de salud a mantener motivado al personal de partería y, en última instancia, a salvar vidas de madres y de recién nacidos, y más aún cuando mejorar la salud de madres y niños es una prioridad nacional que cuenta con el apoyo del liderazgo político al más alto nivel. También es importante que el marco de políticas esté armonizado entre los múltiples sectores e instrumentos del contexto nacional.

GRÁFICO 1.1 **Conjunto de servicios esenciales establecidos por la OMS y papel de las competencias de partería a lo largo del conjunto continuo de cuidados**



Fuente: Adaptado de las recomendaciones de la OMS (2010) "Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health" y de la ICM (2010) Competencias esenciales para la práctica básica de la partería.

Un reciente análisis efectuado por la OMS y la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH) indica que no siempre se cuenta con un ámbito propicio²¹. En una evaluación de 24 países, el examen detectó faltas de coherencia política entre planes de reducción de la pobreza, planes de salud en general y planes de salud materna. Aun cuando se indicó que en los planes nacionales de salud y desarrollo (incluidos los planes de Estrategias de reducción de la pobreza) se indicaba que el logro del ODM 4 y el ODM 5 era una alta prioridad, no se prepararon los correlativos planes operacionales ni se asignaron los recursos financieros y humanos necesarios para poner en práctica las políticas. En otras palabras, las prioridades no condujeron a formular y poner en marcha intervenciones basadas en pruebas objetivas, por ejemplo, aumentar la escala de los servicios de partería.



Aprender con modelos posibilita que las estudiantes de partería logren idoneidad en las competencias esenciales. (Liba Taylor pour l'ICM, India)

Tres bases de un personal de calidad

Además del diseño y la conducción del sistema de salud, las tres bases de importancia crítica para obtener un personal de partería de alta calidad son: los programas de educación en partería, los marcos reglamentarios y el desarrollo de las asociaciones. Esas tres bases deben considerarse como un conjunto (educación, reglamentación y asociación), así como esferas sin solución de continuidad para el desarrollo del personal de partería.

Educación

Hay muchos itinerarios para preparar (antes del servicio) y mantener (en el servicio) un personal de partería bien capacitado. Los programas educacionales formu-

lados para preparar a las parteras varían ampliamente entre distintos países y dentro de un mismo país. Las variaciones son evidentes en los requisitos de ingreso, la duración de la capacitación, los currículos, el conjunto de profesores especializados y el tiempo dedicado a la práctica clínica. En consecuencia, tal vez muchos programas existentes estén diplomando a agentes de salud que no poseen las competencias establecidas por la ICM.

En 2009, la OMS dio a conocer normas mundiales para la educación inicial de enfermeras y parteras²². “Educación inicial” denota el programa educacional necesario para que una persona pueda estar cualificada como enfermera o partera profesional. El propósito de esos estándares mundiales es obtener resultados basados en la competencia y asegurar que el futuro personal de salud satisfaga las necesidades de la población en materia de salud. Más recientemente, la ICM preparó estándares mundiales específicamente para la educación en partería (2010)²³, según los cuales una partera plenamente cualificada debe haber recibido educación académica sobre la base de las competencias esenciales establecidas por la ICM. Los estándares incluyen las siguientes recomendaciones:

- que el requisito para el ingreso de estudiantes sea haber completado la educación secundaria;
- que la duración de los programas de educación en partería con ingreso directo sea, como mínimo, de tres años;
- que la duración de los programas de educación posteriores a los estudios de enfermería y de otras profesiones de la salud sea, como mínimo, de 18 meses; y
- que el currículo de estudios de partería abarque componentes tanto de teoría como de práctica, con un mínimo de 40% de teoría y un mínimo de 50% de práctica.

En los estándares también se ofrece orientación específica para escuelas, educadores y responsables de la reglamentación, a fin de promover la educación de calidad necesaria para adquirir las competencias esenciales de partería²⁴. Los estándares pueden adaptarse para reflejar las necesidades propias de un determinado país en cuanto al contenido de los currículos y la adecuación cultural.

Para adquirir competencias profesionales es preciso poseer conocimientos teóricos pero, además, y en especial, tener una práctica regular, adaptada a las necesidades, supervisada y directa, en diversos ámbitos clínicos. La capacitación en un ámbito clínico contribuye a salvar la distancia entre la enseñanza teórica y la reali-

20-29

dad clínica y preparar a las parteras y demás personal con competencias de partería para el trabajo en equipo y la provisión de atención en la serie de intervenciones continua para el cuidado de las pacientes. Una de las razones por las cuales esto suele presentar dificultades es la falta de oportunidades de formación clínica bajo la supervisión de profesionales experimentados.

Por consiguiente, es indispensable acrecentar la cantidad de docentes, instructores y mentores, así como mejorar la calidad de su capacitación, especialmente con fines de formación práctica en maternidades donde cada estudiante debe tener tantas oportunidades como sea posible de una práctica directamente en contacto con pacientes. La proporción entre instructores y estudiantes durante la práctica clínica puede variar en función de múltiples factores (por ejemplo, el nivel del estudiante; el tipo de competencias que ha de adquirir; la cantidad de experiencias clínicas disponibles; y la competencia pedagógica del instructor), pero como nivel básico de referencia, en la práctica es recomendable que haya un instructor por cada dos estudiantes en un ámbito de prestación de servicios.

Es igualmente importante mantener actualizadas las competencias del personal de partería mediante la educación permanente y la capacitación en el servicio; además, hay cada vez más recursos aportados por las tecnologías de la información y la comunicación. La educación permanente es esencial para la seguridad pública y es una responsabilidad profesional; es la base de la certificación, la reglamentación y otros mecanismos de validación profesional. También abre oportunidades de carrera para quienes aspiran a transformarse en educadores, supervisores o investigadores.

Reglamentación

30-31

El propósito de la reglamentación y del proceso reglamentario combina, en primer lugar y ante todo, el servicio al público con su protección. La reglamentación es un medio de velar por que los profesionales de la salud tengan competencia para practicar su profesión. Es una función esencial de la responsabilidad del gobierno en cuanto a dar cumplimiento a su obligación de proteger a los ciudadanos y asegurar su derecho a la salud, incluida la obligación de ofrecer cuidados y atención especiales a las mujeres durante un lapso razonable antes y después del parto²⁵. De lo contrario, un sistema de atención de la salud que dependa de parteras u otros profesionales carentes de total competencia para ofrecer atención a lo largo de su carrera profesional es peligroso para las mujeres, los recién nacidos, las familias y las comunidades²⁶.

A fin de reglamentar las profesiones de la salud se emplean diversos mecanismos que difieren de un país a otro, pero suele haber una autoridad reglamentaria que supervisa una profesión o un grupo de profesiones de la salud reconocidos. Esos órganos por lo general funcionan a escala nacional o de estado o provincia. Otorgan licencias y registran a las personas (incluidas las educadas en el extranjero) y se encargan de sancionar la práctica de profesionales que no satisfagan los estándares de competencia necesarios. Además, desempeñan un papel fundamental en el establecimiento y el mantenimiento de estándares en los programas de educación. En el reciente documento preparado por la ICM sobre “Estándares mundiales para la reglamentación de la partería”²⁷, se propone una autoridad reglamentaria para parteras con seis funciones principales:

- establecer el alcance de la práctica de la partería;
- establecer los requisitos para el registro previo de la formación en partería;
- registrar a parteras y emitir licencias para el ejercicio profesional;
- renovar las licencias y velar por la continua competencia de las parteras;
- dar trámite a las quejas, denuncias y medidas disciplinarias contra las parteras; y
- establecer códigos de conducta y de ética para las parteras.

En los países tanto desarrollados como en desarrollo, la profesión de partería suele estar reglamentada por consejos (que pueden ser de partería, de enfermería o de enfermería y partería, independientes del gobierno). Esto es similar a la doble reglamentación conjunta en otras profesiones, por ejemplo, consejos de medicina y odontología. En los países donde la partería no está establecida como profesión autónoma y hay varias otras profesiones que ofrecen servicios de partería, habrá dificultades para establecer estándares y competencias profesionales de la partería y asegurar la protección del público.

Asociación

32-34

La tercera base para promover un personal de partería de alta calidad es una fuerte asociación profesional, apoyada por sus miembros y reconocida por el gobierno, por las autoridades encargadas de la

Un sistema de atención de la salud que dependa de parteras y otros profesionales carentes de total competencia para ofrecer atención a lo largo de su carrera profesional es peligroso para las mujeres, los recién nacidos, las familias y las comunidades.

reglamentación y por los programas de educación. Puede ser o bien una asociación independiente integrada por parteras, o una asociación de enfermeras que incluye a parteras entre sus miembros y defiende los intereses de las parteras en particular.

Las parteras tienen una función esencial para detectar el VIH en las embarazadas y prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo

El desarrollo de asociaciones entraña la creación de organizaciones viables con políticas y procedimientos bien documentados que orienten las actividades y la gobernabilidad de la asociación. El desarrollo orgánico de las asociaciones las hace avanzar, de modo que además de promover a las parteras, a las enfermeras-parteras y a la partería, también contribuyen al liderazgo en la formulación de políticas y la adopción de decisiones relativas a servicios de salud materno-infantil a todos los niveles del sistema de salud.

Las asociaciones profesionales de partería tienen varias funciones y responsabilidades, entre ellas:

- abogar por la práctica profesional, promoviendo los estándares profesionales y la calidad de la atención;
- contribuir a formular y apoyar programas nacionales de formación;
- cooperar con autoridades reglamentarias para asegurar la formulación de normas y estándares de capacitación en el servicio;
- colaborar con otras asociaciones de profesionales de la salud y con el Ministerio de Salud, así como con autoridades de salud de distrito, a fin de elaborar políticas y estándares en materia de salud reproductiva y atención materna y neonatal;
- promover el establecimiento de redes o conexiones entre profesionales, así como la práctica multidisciplinaria;
- negociar con el gobierno remuneraciones y sueldos apropiados y ámbitos de trabajo adecuados; y
- cooperar con grupos de mujeres y otros interesados a fin de promover la salud reproductiva de la mujer y la salud neonatal e infantil.

A fin de dar cumplimiento a esas funciones y responsabilidades, es necesario que las asociaciones profesionales de partería tengan capacidad apropiada—gobernabilidad eficaz, especialización técnica competente, procedimientos administrativos y de gestión financiera

adecuados—; también es necesario que se reconozca su autoridad en los sistemas de salud nacionales, regionales y de distrito, de modo que puedan participar en la formulación y aplicación de políticas y disponer de recursos suficientes. Esto no ocurre en todos los países. En los talleres multidisciplinarios e internacionales de asociaciones de profesionales de la salud organizados por la PMNCH²⁸ en 2008 se indicó que, con frecuencia, las autoridades públicas tal vez asignen poca importancia a esas asociaciones o las excluyan del diálogo nacional sobre políticas de salud y de la planificación al respecto. Esto obedece a que se percibe que hay aspectos débiles en las asociaciones debido a la carencia de recursos financieros y de capacidad.

¿Cómo se organizan y se ofrecen los servicios de partería?

Disponibilidad y competencias del personal, y cobertura

35-39

La organización de servicios de partería de calidad depende en gran medida de la disponibilidad, la competencia y la cobertura del personal. A escala mundial, hay una crisis de personal de salud y, según se estima, en los 49 países más pobres es necesario agregar 3,5 millones de profesionales de la salud a los existentes²⁹. El déficit, de magnitud crítica, en el personal de partería representa una proporción sustancial del déficit general de personal de salud y vulnera las medidas encaminadas a mejorar los servicios y su calidad.

Entre los países que padecen una crisis del personal de partería, son pocos los que poseen un sólido sistema de información sobre los recursos humanos, aun cuando se reconozca que es una cuestión prioritaria³¹. Eso ocurre pese a que en varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud aprobadas en 2004, 2005 y 2010^{32, 33, 34} se efectuaron llamamientos a la acción. Han aparecido algunos ejemplos positivos de buenas prácticas^{35, 36}, pero en general, es difícil lograr precisión con respecto al número de parteras actualmente empleadas en el sector público o estatal y en los sectores no estatales. Hay incluso menos información disponible acerca de si están ejerciendo la profesión en salas de maternidad o si están asignadas a otras tareas, si están disponibles para proporcionar cobertura de servicios durante las 24 horas del día, cuál es la calidad de la atención que proporcionan, cuáles son las competencias existentes y cuál es el déficit en la cobertura. Esta carencia de información significa que hay pocos datos objetivos para fundamentar los procesos de adopción de decisiones y que se tropieza con dificultades para examinar la organización, la capacidad, la calidad y los resultados de los servicios de partería.

Un indicador para analizar la magnitud de la disponibilidad de personal es la proporción de mujeres que reciben atención de un profesional de la salud durante el trabajo de parto y el parto. Según se estima, cada año 60 millones de mujeres dan a luz fuera de los servicios de salud y 52 millones de alumbramientos ocurren en ausencia de personal capacitado para la atención del parto (enfermera, partera o médico)³⁷. Si bien en la mayoría de los países industrializados la cobertura de atención del parto por personal capacitado se aproxima a un 100%, para la mayoría de los países del Asia meridional y de África al sur del Sahara esa proporción es inferior al 50%³⁸. Dado que actualmente, en esas regiones la tasa anual de aumento de la atención del parto por personal capacitado es de menos de 0,5%, se prevé para 2015 que menos de la mitad de los partos contarán con atención de personal de partería capacitado³⁹.

En los países donde hay déficit crítico de personal de partería, la situación se agrava más debido a la falta de equidad en la distribución del personal entre zonas urbanas y rurales. En verdad, allí donde se dispone de datos, el promedio de densidad de agentes de salud en las ciudades es cuatro veces superior al de las zonas rurales⁴⁰. Aproximadamente la mitad de la población mundial reside en zonas rurales, pero en esas zonas presta servicios solamente un 38% del total del personal de partería/enfermería y menos de la cuarta parte del total de médicos⁴¹. En consecuencia, las poblaciones rurales, donde las tasas de fecundidad suelen ser más altas, están en situación desventajosa en lo que concierne al acceso a servicios de partería⁴².

Trabajo en equipo

40-42

La cantidad y la distribución de profesionales de la partería tiene importancia crítica, pero también la tiene la calidad de los servicios que ofrecen. Los profesionales de la salud que colaboran entre sí, con aptitudes y competencias complementarias, tienen importancia crucial para asegurar que cada embarazo y cada parto se realice en condiciones de seguridad. Todos los profesionales de la partería deben proporcionar un conjunto de atención y servicios integrados de maternidad a madres y recién nacidos. En condiciones ideales, el personal de partería debería ofrecer ese conjunto de servicios con la colaboración y el apoyo de otros profesionales de la salud, de modo de operar como equipos coordinados de atención de la maternidad⁴³. Todos los profesionales de la salud autónomos (es decir, parteras, enfermeras y médicos que establecen y mantienen sus propios estándares profesionales) deberían tratar de asegurar esa interdependencia y esas relaciones de colaboración.



Dicho enfoque, basado en el equipo multidisciplinario con relaciones de colaboración, es un aspecto medular de la lista, recientemente publicada por la OMS, de competencias necesarias para la provisión eficaz de servicios de alta calidad de salud sexual y reproductiva a nivel de la atención primaria de la salud⁴⁴. Se describen 13 competencias para la prestación de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, que no se asignan a determinadas profesiones en particular. Cada profesional necesita tener claridad acerca de lo que se espera que ofrezca y debe tener presentes los mecanismos internos del equipo. A fin de asegurar que las personas reciban atención integral y continua, todo el personal de atención primaria de la salud debe tener conocimiento de las competencias disponibles al siguiente nivel superior de complejidad y viceversa, para saber cómo utilizar el sistema de remisión de pacientes.

Trabajo en comunidades

43-48

En muchos países las parteras cualificadas suelen ser un recurso escaso que no se asigna en cantidades suficientes para ofrecer la gama completa de servicios de salud utilizando modelos de base comunitaria. Las Encuestas Demográficas y de Salud confirman que, por lo general, los miembros de la familia, los vecinos, los agentes de salud comunitarios y las parteras tradicionales son quienes mayormente prestan asistencia durante el parto.

No todas las mujeres tienen acceso a una partera cuando están embarazadas o durante el parto. Para algunas, es preciso emprender un viaje largo y peligroso por cualquier medio posible. (Claire Escoffier; Somalie).



Las parteras están en condiciones de impartir educación y ofrecer servicios de salud a todos los miembros de la comunidad, promoviendo la planificación de los embarazos y la buena crianza de los hijos. (Ahmed Al-Adbaei; Yemen)

Dadas las realidades a nivel de los países, es preciso que los servicios de partería comunitarios tengan presentes las características reinantes de oferta y demanda y consideren estrategias provisionales y a largo plazo para mejorar la calidad de la atención⁴⁵ y humanizar la asistencia del parto. Muchos países de los que trata el presente informe han efectuado inversiones en trabajadores de salud comunitarios para que se encarguen de ofrecer algunos de los servicios de atención primaria de la salud. Esos trabajadores de salud comunitarios, que con frecuencia han recibido capacitación durante unos pocos meses, tienen un papel que desempeñar en el fortalecimiento de los servicios de salud materna y neonatal, realizando algunas de las tareas esenciales de difusión y extensión dentro de la serie continua de servicios que abarca la atención. Esos trabajadores pueden, entre otras cosas, llevar registros, promover la planificación de la familia, exhortar a las embarazadas a que den a luz en un establecimiento de salud, alentar el amamantamiento exclusivo y el cuidado del recién nacido durante visitas domiciliarias y alentar el registro de los nacimientos. Allí donde esos servicios de difusión y extensión en la comunidad están supervisados por el centro de atención primaria de la salud y conectados con el mismo, hay pruebas de que aumenta el número de remisiones a los establecimientos de salud apropiados y disminuye la cantidad de enfermedades y defunciones en los recién nacidos^{46, 47}.

Las parteras tradicionales constituyen un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no han recibido formación académica, que se desempeñan

independientemente de los servicios de salud pública y que proporcionan atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal⁴⁸. Durante los decenios de 1970 y 1980 se impartió capacitación a decenas de miles de parteras tradicionales, principalmente en Asia y América Latina, pero también en África⁴⁹. Se alentó activamente a los países a que impartieran esa capacitación⁵⁰, en la esperanza de que así mejoraría la supervivencia de las mujeres allí donde las parteras profesionales son un recurso escaso. Hay pruebas objetivas de que, en determinadas circunstancias, la capacitación de las parteras tradicionales puede mejorar conocimientos y actitudes, y conducir a reducciones de pequeña magnitud, aunque apreciables, en la mortalidad perinatal. Pero no hay pruebas concluyentes de que esta capacitación sea eficaz en función de los costos, ni de que tenga efectos directos de reducción de la cantidad de defunciones de mujeres en el embarazo o el parto. Tras más de tres decenios de intentos bien intencionados y experiencias desalentadoras, actualmente se está cuestionando cada vez más la estrategia de impartir capacitación a las parteras tradicionales, o se está tratando de cambiar el enfoque de esa estrategia⁵¹. No obstante, las parteras tradicionales pueden desempeñar un papel en cuanto a proporcionar apoyo a las embarazadas. Están apareciendo diversos programas que promueven el replanteo del papel de las parteras tradicionales, basándose en que ellas suelen ser personas respetadas, que ejercen influencia en sus comunidades⁵². Dado que las parteras tradicionales tienen cercanía cultural con las mujeres, están en condiciones incomparables para motivar y ayudar a las mujeres y a sus familias a planificar la atención del parto por un agente de salud cualificado. A condición de que la partera tradicional tenga en claro sus funciones y responsabilidades, y de que haya entablado una relación positiva con los demás miembros del personal de partería, es posible esperar resultados beneficiosos.

Lo que queda claro es la importancia de los servicios por personal cualificado de atención del parto en establecimientos de salud, en combinación con los servicios de difusión y extensión. El trabajo en colaboración puede ser una opción viable para ampliar la escala de algunas intervenciones en la comunidad, pero no ocurre lo mismo si se transfieren tareas para las cuales es indispensable poseer competencias de partería esenciales para la atención del parto y la remisión a establecimientos adecuados. El desafío está en asegurar que en la comunidad se disponga de la gama de competencias necesarias para la serie continua de cuidados, proporcionados por parteras, enfermeras-parteras y el personal apropiado que trabaja en la comunidad. Un

mecanismo en pro de ese objetivo es individualizar a estudiantes de partería que están dispuestas a trabajar en sus comunidades de origen.

Trabajo en establecimientos de salud

49-52

Hay consenso entre los expertos técnicos acerca de que, en condiciones ideales, todos los partos, sean o no normales, deberían realizarse en establecimientos de salud que ofrecieran atención básica obstétrica y neonatal de urgencia (BEmONC)^{53,54}. Así, podría asegurarse una experiencia de alumbramiento normal a una vasta mayoría de mujeres. Al mismo tiempo, el personal de partería puede atender inmediatamente al 15% de los partos que, en promedio, tienen complicaciones obstétricas (Cuadro 1.1). Dado que la presencia de complicaciones suele ser imposible de predecir en cada caso individual, así se mitigaría el riesgo para las mujeres que, de otro modo, iniciarían el trabajo de parto en centros de atención primaria de la salud o en sus hogares, con la asistencia de parteras tradicionales, auxiliares o agentes de salud polivalentes que no están en condiciones de ofrecer intervenciones para salvar vidas. Cuando las mujeres reciben atención en un establecimiento equipado para ofrecer atención obstétrica básica de urgencia, solamente los casos que presentan complicaciones que requieren cirugía o transfusiones de sangre deberán ser trasladados a un establecimiento de ofrezca asistencia obstétrica integral de urgencia (CEmONC)⁵⁵.

Según la orientación normativa de los organismos de las Naciones Unidas, en un distrito típico, con una población de 500.000 personas se recomienda que haya al menos cinco establecimientos que ofrezcan atención obstétrica básica de urgencia, uno de los cuales también debe proporcionar asistencia obstétrica integral de urgencia⁵⁶. Las evaluaciones realizadas en más de 50 países⁵⁷ pusieron de manifiesto que en la mayoría de ellos, ese equilibrio no está presente debido, principalmente, al déficit de establecimientos de ofrezcan atención obstétrica básica de urgencia. En cambio, al menos teóricamente, esos países, en su mayoría, tienen un número suficiente de establecimientos que ofrecen atención obstétrica integral de urgencia, pero esos establecimientos no están distribuidos de manera tal que puedan tener fácil acceso a ellos todas las mujeres y recién nacidos necesitados de esos servicios. Esa situación pone de manifiesto las dificultades de concentrar personal, equipo, medicamentos y suministros en un establecimiento de salud abierto las 24 horas del día durante siete días por semana, y responder al mismo tiempo a la necesidad de ofrecer atención obstétrica de urgencia en ubicaciones cercanas a los lugares de residencia de las mujeres.

CUADRO 1.1

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES PREVISTAS POR DÍA (TODO EL PAÍS Y ZONAS RURALES) 2010

País	por día	por día/ zonas rurales
Afganistán	478	320
Angola	328	134
Bangladesh	1.415	1.005
Benin	161	90
Bhután	7	5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	115	38
Botswana	22	9
Burkina Faso	306	227
Burundi	140	124
Camboya	160	128
Camerún	304	131
Chad	217	157
Comoras	9	7
Côte d'Ivoire	335	164
Djibouti	14	3
Eritrea	79	62
Etiopía	1.397	1.146
Gabón	18	4
Gambia	28	13
Ghana	306	150
Guinea	182	109
Guinea-Bissau	28	20
Guyana	8	5
Haití	113	54
India	10.976	7.683
Indonesia	2.028	1.136
Kenya	608	426
Iraq	414	141
Liberia	72	38
Madagascar	304	210
Malawi	278	223
Marruecos	280	117
Malí	287	184
Mauritania	48	28
Mozambique	385	238
Myanmar	457	302
Nepal	345	280
Nicaragua	57	24
Níger	340	272
Nigeria	2.727	1.364
Pakistán	2.281	1.368
Papua Nueva Guinea	87	75
Perú	255	61
República Centroafricana	75	45
República Democrática del Congo	1.313	854
República Democrática Popular Lao	75	49
República Unida de Tanzania	758	531
Rwanda	180	144
Senegal	200	110
Sierra Leona	100	62
Somalia	178	130
Sudáfrica	452	172
Sudán	586	352
Tayikistán	84	62
Timor-Leste	19	13
Togo	95	54
Uganda	653	555
Uzbekistán	265	169
Viet Nam	658	461
Yemen	399	272
Zambia	246	157
Zimbabwe	166	103

Fuente: UNFPA 2011.

UNIDADES DE ASISTENCIA OBSTÉTRICA BAJO LA DIRECCIÓN DE PARTERAS FUERA DE LOS HOSPITALES EN LA PENÍNSULA DE EL CABO, SUDÁFRICA

El Servicio de Salud Materna y Neonatal Península (PMNS) tiene un sistema integrado a tres niveles de remisión de pacientes en el sistema de salud pública, al servicio de la mayoría de las embarazadas y los recién nacidos de la ciudad de El Cabo. Debido a la buena reputación de este servicio, muchas personas de otras provincias se trasladan a esta zona durante el embarazo.

A fines del decenio de 1970 se decidió trasladar los servicios de atención de la maternidad con bajo nivel de riesgo para acercarlos a las personas que los necesitan y colocar en la conducción de esos servicios a parteras diplomadas y registradas. Hacia mediados del decenio de 1990 se habían establecido en la Península de El Cabo tres unidades de atención obstétrica conducidas por parteras. Actualmente hay siete unidades de ese tipo, asociadas con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Ciudad de El Cabo (que se describen más adelante) y dos unidades asociadas con la Facultad de Medicina de la Universidad de Stellenbosch. Hay algunos otros servicios en otras ubicaciones de Sudáfrica, pero este modelo todavía no se aplica a escala nacional.

Esta iniciativa se basa en cuatro hipótesis:

- los embarazos normales o de bajo riesgo son atendidos eficazmente por parteras adecuadamente cualificadas;
- un hospital de nivel terciario que atiende las necesidades de pacientes enfermos no es el ámbito más apropiado para un embarazo normal de bajo riesgo; recurrir a sus servicios es un uso inapropiado de costosos recursos e infraestructura;
- los servicios de salud deben ser accesibles, aceptables y apropiados a la población, a un costo sostenible por la comunidad; y
- no debe haber opciones de menor categoría para los pobres.

Las unidades bajo la conducción de parteras crean espacios para que las parteras practiquen su profesión plasmando plenamente su potencial. En 2009, fueron atendidas en las siete unidades conducidas por parteras un total de 17.606 mujeres, o un 44% del total de PMNS, lo cual representa un aumento del 30% en comparación con 2002. Por ejemplo, en 2008 el servicio *Mitchell Plain* recibió 10.403 visitas, atendió 4.193 partos y efectuó 1.701 remisiones de pacientes a hospitales.

Todas las unidades conducidas por parteras funcionan como servicios de salud materna y neonatal a nivel primario en el sistema de salud, financiados con cargo al presupuesto de salud de la Provincia. Un modelo comenzó como alianza entre los sectores público y privado (mediante un arreglo sin fines de lucro) para ofrecer a las mujeres la oportunidad de recibir atención conducida por parteras, la cual no estaba disponible a la sazón en el sector privado. Esta colaboración ha tenido repercusiones positivas para pacientes del sector público que utilizan estos servicios.

En circunstancias de aumento de las cantidades de mujeres y recién nacidos que reciben atención en esos servicios, y teniendo en cuenta las crecientes dificultades que plantean el VIH y el SIDA y las reducciones de personal, este sistema ha seguido produciendo resultados que son la envidia del resto del país. Desde 2005 hasta 2007 hubo en las unidades conducidas por parteras solamente tres defunciones de madres. Para todos los niños nacidos con peso superior a un kilogramo, la tasa de mortalidad perinatal fue de 9,8 por 1.000, en comparación con la tasa del PMNS de 19,3 por 1.000. Las unidades conducidas por parteras tienen una capacidad del 15% de las camas de que dispone el PMNS, no obstante, atienden a un 50% del total de los partos, y esto libera los niveles más altos de servicios para quienes los necesitan.

La modalidad de atención a cargo de la partera, vale decir, en que es la partera quien asume la responsabilidad profesional principal de los servicios⁵⁸, se está poniendo en práctica cada vez más en países donde las parteras están autorizadas a ofrecer intervenciones que salvan vidas. Así se superan algunas de las dificultades de gestión de los recursos y se proporcionan servicios de partería focalizados en el parto con bajo nivel de riesgo. Un examen sistemático de los datos objetivos correspondientes a países de ingreso alto⁵⁹ determinó que se logran resultados positivos para las embarazadas, cuando ese sistema se compara con otros modelos de atención (conducida por obstetras, conducida por médicos de familia, y de conducción compartida). Una evaluación de las políticas del Reino Unido⁶⁰ realizada en 2011 señala el potencial de dicha solución para reducir los costos y recomienda que se amplíe su aplicación. Se están iniciando experiencias de la atención conducida por la partera con beneficios similares en algunos países de ingreso bajo y mediano, entre ellos Botswana, Burkina Faso y Sudáfrica (Recuadro 1.3). Esos resultados positivos confirman la viabilidad, el valor y la eficacia de este enfoque y su potencial para reducir las inequidades en el acceso a la atención⁶¹.

Gestión del personal de partería

53-61

En los últimos años, se han preparado varias guías e instrumentos de gestión del personal de partería pertinentes a la gestión de parteras y otro personal con competencias de partería. Por ejemplo, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 dedicó capítulos separados a los tres aspectos de la gestión de recursos humanos: ingreso en la fuerza laboral (contratación), retención y egreso de la fuerza laboral.

Se ha demostrado que los programas coherentes de gestión de recursos humanos pueden ser beneficiosos. Cuando están respaldados por políticas correctas y recursos suficientes y apoyados por todos los interesados directos—especialmente el gobierno nacional—esos programas pueden contribuir a atraer, contratar y asignar a puestos de trabajo a parteras cualificadas recién egresadas que están desempleadas, hacia zonas donde sus conocimientos prácticos puedan contribuir a lograr efectos beneficiosos proporcionando servicios de salud que salvan vidas⁶². Algunos países aplican políticas especialmente focalizadas para atraer a parteras cualificadas que trabajan en otra profesión, o a parteras jubiladas que son todavía productivas.

La motivación es un factor importante para fomentar el buen desempeño de las parteras y prevenir su egreso de la fuerza laboral. Hay pruebas objetivas

de que las condiciones de trabajo deficientes, la baja remuneración, la falta de supervisión y la ausencia de oportunidades y perspectivas de carrera son los principales factores de la pérdida de motivación. El apoyo de los colegas y de las redes de profesionales puede mejorar tanto la retención como la calidad de la atención. Con frecuencia, las parteras que trabajan a nivel de la comunidad tropiezan con problemas y complicaciones con los que no se han familiarizado en su formación inicial. Para motivar y retener a las parteras, es imprescindible proporcionar continuamente control de calidad, auditando y supervisando en colaboración el desempeño, y ofrecer educación permanente.

Hasta hace poco se han descuidado las medidas de supervisión y apoyo y escasean los modelos de prácticas recomendables. Para trabajar en equipo, tanto en los establecimientos como en la comunidad, es preciso contar con mecanismos de coordinación y cooperación entre todos los profesionales y a todos los niveles de la atención (en lugar de una autoridad centralizada). Se trata de un componente esencial de la supervisión, necesario para asegurar la eficacia en

las consultas, la gestión conjunta y la remisión a otros establecimientos en respuesta a las necesidades de salud de mujeres y recién nacidos. Es importante que la supervisión se realice de manera tal que fomente la capacidad, propicie el espíritu de trabajo en equipo y amplíe los medios de acción de las parteras y otros profesionales con competencias en partería⁶³. También debe asegurarse que los demás profesionales de la salud respeten el alcance autónomo de la práctica de las parteras existente en muchos países.

Debido a que son tan pocas las parteras que trabajan en zonas rurales, las recomendaciones de políticas mundiales de la OMS 2010 sobre aumento del acceso a agentes de salud en zonas remotas y rurales mediante una mejor retención⁶⁴ son particularmente pertinentes a la gestión del personal de partería. Se formulan recomendaciones en materia de educación, reglamentación, incentivos financieros y apoyo personal y profesional (Recuadro 1.4).

En general, esta esfera de investigación está descuidada. La investigación publicada, en su mayor parte, se

RECUADRO 1.4

AUMENTO DEL ACCESO AL PERSONAL DE SALUD EN ZONAS REMOTAS Y RURALES

Categoría de la intervención	Ejemplos
A. Educación	A1 Estudiantes procedentes de medios rurales
	A2 Escuelas de formación de profesionales de la salud alejadas de las ciudades principales
	A3 Durante los estudios, rotaciones clínicas en zonas rurales
	A4 Currículos que reflejen los problemas de salud en zonas rurales
	A5 Desarrollo profesional permanente para personal de salud rural
B. Reglamentación	B1 Ampliación del alcance de la práctica
	B2 Diferentes tipos de personal de salud
	B3 Servicio obligatorio
	B4 Educación subsidiada, estableciendo que el subsidio sea devuelto con servicios
C. Incentivos financieros	C1 Incentivos financieros apropiados
	D1 Mejores condiciones de vida
D. Apoyo profesional y personal	D2 Entorno de trabajo seguro y que brinde apoyo
	D3 Apoyo a actividades de difusión
	D4 Programa de desarrollo de las perspectivas de carrera
	D5 Redes profesionales
	D6 Medidas de promoción del reconocimiento por parte del público

Fuente: OMS (2010).⁶⁴

refiere a países de altos ingresos y a los médicos e incluye, en menor medida, a las enfermeras. Hay muy pocos datos rigurosos acerca de la mejor manera de atraer y retener a las parteras o a las enfermeras-parteras que proporcionan muchos servicios de partería, especialmente en países de bajos ingresos. Es necesario realizar investigaciones de buena calidad y más focalizadas sobre las intervenciones encaminadas a contratar y retener a parteras que trabajen en zonas remotas y rurales.

Acceso a los servicios de partería

En muchas partes del mundo, las mujeres están en proceso de transición, pues recurren cada vez menos a personal lego y a parteras tradicionales, y solicitan cada vez más los servicios de parteras y otro personal con competencias de partería (Gráfico 1.2). Las proyecciones indican que se prevén adelantos hacia la profesionalización de la atención del parto en todas partes, salvo en África al sur del Sahara.

Pese a la creciente utilización general de servicios de partería al dar a luz, aún hay grandes proporciones de mujeres que no pueden tener acceso a la atención o que no recurren a ésta. En algunos lugares, los servicios de partería no existen debido a que no hay establecimientos de salud o no hay personal profesional disponible; en otros casos, los servicios son deficientes porque el personal de partería carece de acceso a medicamentos y equipo adecuados, y a suministros y productos correctos. En algunos países, los medica-

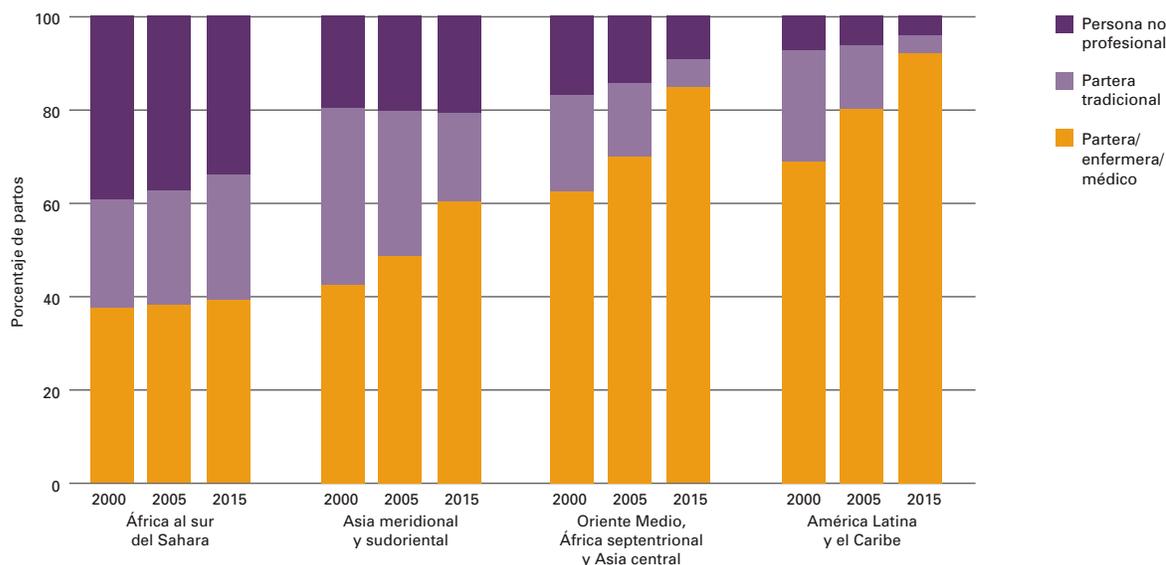
mentos básicos que salvan vidas de mujeres y niños no figuran en la lista nacional de medicamentos esenciales, o no están disponibles en el lugar y el momento adecuado, debido a que se agotan las existencias. Pero asegurar una oferta suficiente de servicios de partería no garantiza que las mujeres los utilicen. Incluso en lugares donde los servicios existen, con frecuencia las mujeres tropiezan con dificultades para tener acceso a ellos, o no son culturalmente apropiados, o hay barreras financieras en forma de cargos al usuario y/o pagos a nivel de establecimiento de salud. A fin de superar esas barreras, muchos países están considerando la posibilidad de que los servicios sean gratuitos o estén apoyados por otros planes financieros (por ejemplo, cupones para el reembolso de gastos y transferencias condicionales en efectivo).

Adoptar la decisión de solicitar servicios de partería

62-63

El primer paso hacia establecer contacto con una fuente de servicios de partería es adoptar la decisión de ir en procura de atención. Pero esta decisión depende en gran medida de factores socioculturales y de género. En muchos casos, la posibilidad de que una joven o una mujer efectúe opciones acerca de los servicios de salud y de atención a los que tiene acceso depende de que disponga de recursos inmediatos, de su grado de autonomía, de su condición en la familia y de la importancia que se asigne a su salud, especialmente cuando los recursos son escasos^{65, 66, 67, 68}.

GRÁFICO 1.2 **Profesionalización de la atención del parto: porcentaje de partos con asistencia de profesionales y otro personal en zonas escogidas, 2000 y 2005, con proyecciones para 2015**



Fuente: Adaptado de OMS (2005)



Varios estudios indican que las mujeres que pueden adoptar decisiones por sí mismas tienen probabilidades dos veces superiores de dar a luz en un establecimiento de salud, en comparación con las mujeres que tienen escaso poder para adoptar decisiones⁶⁹. En todos los países, la pobreza está fuertemente asociada con menor acceso y menor utilización de los servicios de salud, inclusive los de atención del parto por personal de partería capacitado⁷⁰. La escasa demanda de servicios está inextricablemente ligada a la pobreza, especialmente cuando hay barreras geográficas (costos de transporte), obstáculos socioeconómicos y discriminación por motivos de género.

Las barreras que obstan a que las mujeres tengan acceso a los servicios, aun cuando los servicios estén disponibles, pueden incluir la ausencia de personal de sexo femenino o que hable el idioma local y esté al corriente de las normas culturales locales⁷¹. Los estudios antropológicos de todas las culturas demuestran la necesidad de impartir a las estudiantes de partería orientación con respecto a las culturas locales y sublocales⁷², y además, siempre que sea posible, la importancia de facilitar la captación de las futuras parteras en los respectivos grupos étnicos.

Es necesario que quienes prestan servicios de salud hablen el idioma local, que puedan comprender a las mujeres y a sus familias, que demuestren empatía, que aborden respetuosamente los temores y las creencias y que se adapten a las normas culturales y las creencias individuales, siempre y cuando no haya una contraindicación médica. Esto incluye tomar en cuenta los valores, las creencias y los sentimientos de las mujeres y respetar su dignidad y su autonomía durante el proceso de alumbramiento, de modo de humanizar el parto^{73, 74}. Un estudio realizado por Cochrane en 2007⁷⁵ llegó a la conclusión de que las mujeres que contaban con un sostenido apoyo en el parto probablemente tendrían un trabajo de parto algo más breve, tendrían más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo y tendrían menos probabilidades de expresar insatisfacción con sus experiencias en el parto. En América Latina, varios proyectos han registrado resultados positivos en la reducción de la insatisfacción por parte de las mujeres que dan a luz y de los encargados de los servicios, así como un aumento en los partos atendidos en establecimientos de salud y una reducción en la mortalidad materna⁷⁶. Entre los principales factores facilitantes figuran los valores culturales y la creencia de las mujeres en los beneficios del parto natural, así

Las parteras proporcionan atención de alta calidad, con sensibilidad cultural, durante el parto, como una de sus competencias básicas. (William Daniel, Tayikistán)

como las estrategias institucionales orientadas a prevenir las intervenciones médicas innecesarias.

Hace mucho tiempo que se reconoce que las mujeres, en particular, reciben atención de calidad deficiente en los servicios de salud reproductiva de todo el mundo en desarrollo⁷⁷. Las actitudes negativas de los profesionales de la salud, o las percepciones comunitarias al respecto, pueden desalentar a las mujeres y disuadirlas de acudir en procura de atención^{78, 79}. Un análisis reciente indica que la falta de respeto y los malos tratos en la atención del parto en los establecimientos de salud es una barrera que obsta a la utilización de atención de profesionales, la cual a veces puede ser más fuerte que las demás barreras comúnmente reconocidas, de índole geográfica o financiera⁸⁰. En el estudio se informó acerca de casos de maltrato físico, intervenciones realizadas sin el consentimiento de la mujer, o en condiciones no confidenciales y sin respetar la dignidad de la paciente, así como casos de discriminación, de abandono y de retención en los establecimientos de salud.

En muchos países, por ejemplo Mozambique y Nicaragua, se están utilizando exitosamente como un componente de un conjunto integral de servicios obstétricos esenciales, los hogares de espera de la maternidad, modalidad de bajo costo que acerca las mujeres a los servicios obstétricos. Se ha demostrado que los hogares de espera de la maternidad pueden “compensar la distancia geográfica” en la atención

obstétrica entre zonas rurales con deficiente acceso a establecimientos bien equipados y zonas urbanas, donde se dispone de los servicios. No obstante, los hogares de espera de la maternidad no son apropiados para dar a luz y deben establecerse a distancia corta, o peatonal, de los servicios de maternidad plenamente equipados.

El papel de las comunidades

Si se movilizara a las comunidades, incluidos los padres, los esposos, los jefes de aldea y los líderes religiosos, en apoyo de las mujeres en el embarazo y el parto, sería posible derribar muchas de las barreras profundamente arraigadas que obstan a la atención. En comunidades pobres y excluidas, las acciones de

movilización conducidas por las propias mujeres pueden facultarlas y ampliar sus medios de acción⁸².

Algunos países, entre ellos Bangladesh, Bolivia, Cuba, Perú y Sri Lanka, han intentado efectuar aumentos masivos de escala en la movilización de las comunidades. Los investigadores constataron que en los países más pobres es deficiente la capacidad y es débil el compromiso en pro del aumento de escala de los servicios y existe el riesgo de que al efectuarse tal aumento de escala no se beneficie a las poblaciones más vulnerables⁸³. Una de las razones es que, dado que las intervenciones en la comunidad y en la familia no se perciben como parte del sistema de salud, hay tendencia a no integrarlas en los conjuntos de servicios de atención y a no aumentar su escala⁸⁴.

Resumen

Este capítulo ha proporcionado un marco referencial para comprender lo que se conoce acerca de los componentes fundamentales de una partería eficaz y ha resumido la orientación, la información y los datos objetivos de que se dispone para ayudar a los responsables políticos de los países a determinar sus futuras acciones. El fortalecimiento de los servicios de partería beneficia a todos los miembros de la sociedad de múltiples maneras, tiene vastos alcances, y es una inversión en el desarrollo humano y económico de un país, así como una responsabilidad de los gobiernos y de sus líderes políticos.

Obviamente, cada país es diferente y cada país adoptará o adaptará, en función de sus respectivas circunstancias y su nivel de práctica, las competencias y estándares mundiales y los niveles básicos de referencia indicados. Las decisiones dependerán de los recursos y las capacidades existentes, tanto en el personal de salud como en el sistema nacional de salud, y de las prioridades establecidas en los planes nacionales de salud, así como de la voluntad política de convertir esas aspiraciones en realidades. Es evidente que al realizar inversiones sustanciales en la aplicación sistemática de las políticas del sistema de salud a nivel nacional, así como en la tríada “educación—reglamentación—asociación”, y al acrecentar el acceso de las comunidades a los servicios de calidad de partería, se cosecharán grandes beneficios en los países donde siguen siendo altas las tasas de mortalidad y morbilidad de madres, recién nacidos y niños.

**Cada año,
de 10 a 15 millones de
mujeres sufren enfermedades
graves o de larga duración,
o discapacidades, a causa de
complicaciones del embarazo
o del parto.**

64

EL ESTADO ACTUAL DE LA PARTERÍA



En este capítulo se presenta un panorama general de la partería en 58 países en desarrollo donde es sumamente pesada la carga de mortalidad materna y neonatal. Las constataciones se basan en datos nacionales y encuestas efectuadas por el UNFPA entre enero y marzo de 2011, completados y verificados por expertos en representación de los países¹. En la Parte 4 figuran reseñas de la partería en cada país. Aun cuando hay muchos tipos diferentes de agentes de salud que prestan asistencia al parto, la encuesta se focalizó en parteras diplomadas que han recibido formación en cursos de partería reconocidos.

En la línea del frente: El personal de partería

65-71

Insuficiencia en las cantidades – falta de equidad en la cobertura

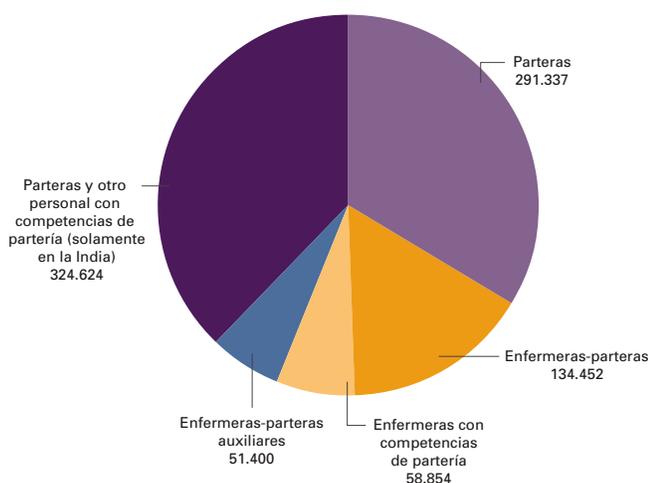
De los 58 países que respondieron a la encuesta, 57 manifestaron que estaban practicando la profesión aproximadamente 536.000 agentes de salud que poseían algunas o todas las competencias esenciales de la partería. Cuando se agregan los datos correspondientes a la India, esa cantidad aumenta hasta 860.000. Esas cantidades no incluyen los médicos generales, muchos de los cuales poseen competencias de partería y en numerosos países también ofrecen asistencia al parto y efectúan sustanciales contribuciones a la salud materna y neonatal.

Se efectuó una evaluación país por país, conducida por la OMS con participación de su personal en las oficinas regionales y en los países para verificar los datos disponibles y calcular estimativamente el total de personal de partería, incluida la proporción de enfermeras que atienden regularmente el parto². En el Gráfico 2.1 se ofrece un panorama general. El personal de parteras y de enfermeras-parteras de la India se indica por separado para poner de manifiesto la gran proporción que representa (38%) respecto del total de los 58 países. En los 57 países, el personal clave de partería consiste principalmente en parteras (54%) y enfermeras-parteras

(25%). Proporciones más pequeñas, pero importantes, del personal de partería están constituidas por las enfermeras con competencias de partería (11%) y las parteras auxiliares (10%).

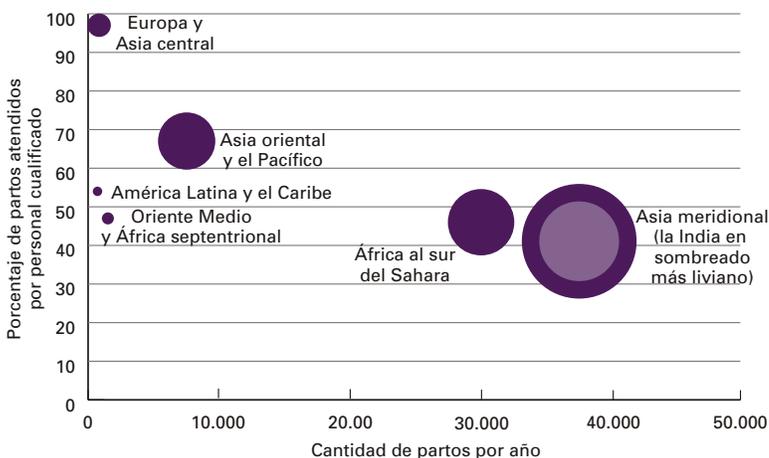
En el Gráfico 2.2 se muestra que la cantidad de personal de partería no necesariamente está correlacionada con una mayor cobertura de atención del parto por personal cualificado ni con la cantidad de partos por año. ¿Cuántos agentes con competencia en partería son necesarios para atender las crecientes cantidades de partos en los 58 países? Uno de los datos básicos de referencia utilizado a veces para planificar la cantidad de personal de partería es que, en promedio, una partera atiende 175 partos por año³. Este dato básico de referencia puede conceptualizarse más fácilmente como la necesidad de que haya seis parteras para atender 1.000 partos por año. Si bien 175 partos por partera y por año puede considerarse una cantidad superior a la que es posible alcanzar, aplicando un criterio realista, en todas las

GRÁFICO 2.1 Cantidad de personal con competencias de partería



Fuente: Estimaciones basadas en el Atlas mundial de la OMS sobre el personal de salud y en las respuestas de 58 países a la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

GRÁFICO 2.2 **Distribución por regiones del personal de partería**



Fuente: Estimaciones basadas en el Atlas mundial de la OMS sobre el personal de salud y en las respuestas de 58 países a la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

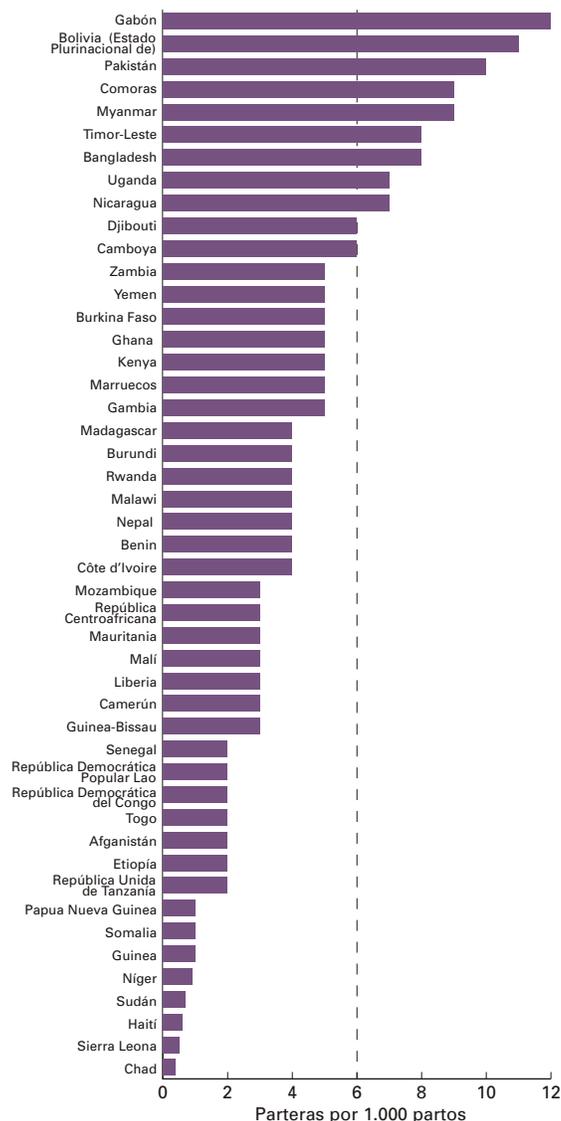
circunstancias, especialmente en zonas rurales, esa cantidad es, no obstante, una medición comparativa útil para planificar la dotación de personal. En la mayoría de los países las proporciones entre partera y parto o bien son menores que dicho nivel básico, o bien están muy cercanas (Gráfico 2.3), lo cual sugiere que los recursos humanos están sometidos a grandes tensiones para absorber un gran volumen de partos. Los países, en su mayoría, tienen aguda conciencia de que esta situación es inaceptable y están esforzándose por abordar las pesadas cargas de trabajo, mejorar la retención y contener la emigración del personal.

La escasez, ampliamente reconocida, de personal de partería está exacerbada por la falta de asignación de dicho personal a las zonas donde es más necesario. La distribución desigual de quienes proporcionan los servicios es un problema resultante de las dificultades en la captación y retención de personal en poblados y aldeas remotos. Para muchos agentes de salud hay simplemente demasiado poco incentivo para practicar su profesión en aldeas o poblados donde hay pocos servicios. La desigual distribución geográfica del personal—no solamente entre zonas rurales y urbanas, sino también entre diferentes distritos—es una enorme barrera que obsta al acceso a los servicios de millones de embarazadas. En los 58 países incluidos en el presente informe, el resultado es que el plantel disponible de personal cualificado de atención del parto sólo alcanza para atender a la mitad de las mujeres al dar a luz (Gráfico II, Introducción).

Déficit: Focalización en la calidad

Pese a que una de las preguntas de la encuesta concretamente pedía información acerca de la calidad de

GRÁFICO 2.3 **Parteras por cada 1.000 partos por año**



Notas: Se excluyen los países para los cuales no se dispone de datos sobre la proporción de enfermeras-parteras que atienden regularmente el parto.

Fuente: Estimaciones basadas en datos nacionales tomados del Atlas mundial de la OMS sobre el personal de salud y de la encuesta realizada para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*, en comparación con los cálculos estimativos de la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas (2009).

la atención a las embarazadas y sus hijitos, los países que respondieron destacaron la insuficiencia de las cantidades de personal y no la calidad de la atención. Solamente unos pocos países mencionaron explícitamente “calidad” como una cuestión que es preciso tener en cuenta. Esos pocos países mencionaron la falta de utilización del partograma, las deficientes aptitudes

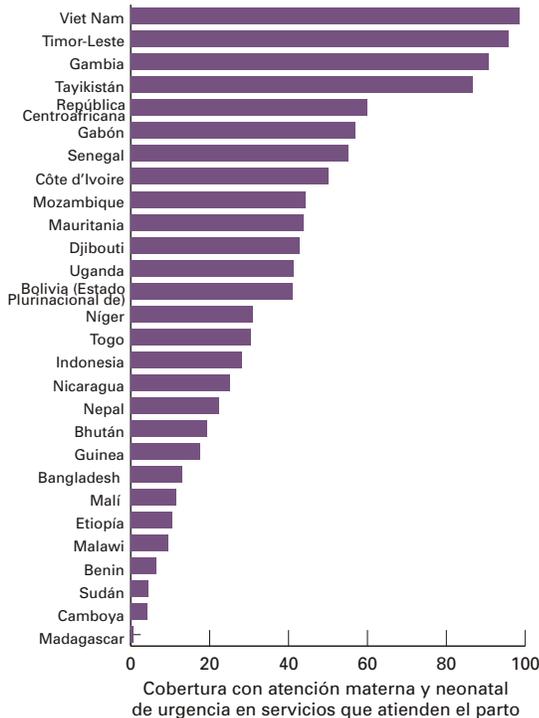
de seguimiento y registro y la necesidad de supervisión y apoyo, así como de estándares de atención claramente definidos. En países donde se aplicaron con éxito políticas encaminadas a aumentar rápidamente la cobertura, como la introducción de atención gratuita en Ghana y Sierra Leona y el uso de incentivos en la India⁵, la cuestión de la calidad ha pasado a ser un tema central de preocupación. Es difícil elaborar indicadores significativos de la calidad de la atención y no hay un claro consenso acerca de normas mundiales⁶. Pero la urgente necesidad de seguimiento de la calidad de la atención, especialmente durante el trabajo de parto y el parto, ha estimulado la labor en esta esfera y recientemente se han elaborado algunos nuevos indicadores para su consideración como elementos de medición de la calidad de la atención⁷.

Un aspecto de la deficiente calidad de la atención en los establecimientos de salud es la ausencia de respaldo para el personal de partería en caso de complicaciones. De los 28 países que informaron al respecto, menos de uno de cada tres indicó que más del 50% de esos servicios de maternidad proporcionaban atención obstétrica de urgencia de cualquier nivel (Gráfico 2.4). Con frecuencia se señaló que la falta de eficacia de los procedimientos de remisión de pacientes a servicios de mayor capacidad se debía a las dificultades creadas por prolongados tiempos de desplazamiento, limitaciones en los transportes y barreras a la comunicación.

Para subsanar la discrepancia entre los niveles actuales de atención y la cobertura casi universal prevista para 2015 se requeriría un enfoque doble. Los niveles de competencia del personal existente con frecuencia son inferiores a los niveles recomendados, de manera que no basta con agregar más personal. Utilizando datos por países y las respuestas a la encuesta, las estimaciones preparadas por la OMS muestran que hay un crítico déficit de competencias al que es preciso prestar atención urgentemente (Recuadro 2.1).

Trabajo en colaboración del personal de partería con otros importantes agentes de salud
Aun cuando los países, en su mayoría, indicaron que había buenas relaciones entre las parteras y los médicos, esta situación está lejos de ser universal. En algunos países, la falta de consideración y de confianza en las parteras, la provisión de atención estratificada jerárquicamente y las fricciones en ámbitos hospitalarios afectan la colaboración entre parteras y médicos, especialmente en zonas urbanas. Esto suscita rivalidades, limita el alcance de la práctica de las parteras y priva de reconocimiento o respeto a la partería como profesión

GRÁFICO 2.4 Porcentaje de establecimientos de maternidad que ofrecen atención obstétrica y neonatal de urgencia (EmONC)



Nota: Se incluye atención materna y neonatal básica e integral de urgencia.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

autónoma. En hospitales provinciales y en las comunidades, donde suele haber menor cantidad de obstetras, las parteras tienen más autonomía y la norma es que la atención esté a cargo de la partera.

Un panorama de diversidad: educación en partería en todo el mundo

Para el logro de los ODM 5 y 4, una cuestión fundamental en materia de política es la necesidad de mejorar los programas educacionales en partería, en lo concerniente a las cantidades de personas capacitadas, el nivel de la formación proporcionada y la calidad de los docentes en partería. Guinea-Bissau, Rwanda y Tanzania informan acerca de importantes deficiencias en la formación en partería. Pero es posible lograr adelantos: se ha registrado un aumento de la matriculación en escuelas de partería, aun cuando se hicieron más rigurosos los criterios de ingreso y se estipuló que era necesario haber egresado de la enseñanza secundaria⁸. Son fuente de inspiración quienes prestan servicios de partería en países que emergen de conflictos, donde a menudo esos trabajadores demuestran un compromiso particularmente profundo y fuerte de adquirir capacitación en condiciones sumamente difíciles.

EL DOBLE DÉFICIT: CALIDAD Y CANTIDAD

El ODM 5 apunta a mejorar la salud materna. Una de las metas del ODM 5 es asegurar que para 2015, un 95% de todos los partos tengan asistencia de personal de partería cualificado. Para realizar un cálculo estimativo de la cantidad de parteras necesarias a fin de alcanzar esta meta, la encuesta recopiló datos sobre la cantidad de parteras y de personal de salud con competencias de partería que estaban practicando su profesión en los 58 países.

La cantidad estimada de parteras y enfermeras que practican partería correspondiente a los 58 países es de 860.000.

Para alcanzar la meta de una cobertura del 95% de todos los partos con personal de partería cualificado, es necesario agregar a 112.000 parteras en los 38 países (de los 58 encuestados) que padecen la más severa escasez de personal de partería. Dichos países pueden agruparse en función de la magnitud del aumento necesario.

En el Grupo 1, el déficit de personal de partería representa aproximadamente el 43% del déficit total de personal de partería.

Se estima que, el grupo de 38 países, hay al menos 90.000 agentes de salud en otras categorías de la fuerza laboral que prestan asistencia a las mujeres durante el parto, muy probablemente en ausencia de las competencias y el apoyo necesarios. La probabilidad de que el personal de partería que presta asistencia a una mujer durante el parto sea realmente una partera es, según se estima, de una en diez en países como el Chad, Etiopía, Guinea, Haití, el Níger, Sierra Leona, Somalia o el Sudán.

PAÍSES CON SEVERO DÉFICIT DE PERSONAL DE PARTERÍA

Grupo 1 :

Nueve países necesitan multiplicar de 6 a 15 veces la cantidad de personal de partería—
Camerún, Chad, Etiopía, Guinea, Haití, Níger, Sierra Leona, Somalia y Sudán.

Grupo 2 :

Siete países necesitan triplicar o cuadruplicar su personal de partería—
Afganistán, Congo, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Senegal y Togo

Grupo 3 :

Veintidós países necesitan duplicar la cantidad de personal de partería—
Benin, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Nepal, República Centroafricana, Rwanda, Uganda, Yemen y Zambia.

Para subsanar un déficit de personal de magnitud tan grande, es necesario aplicar diversas estrategias. Si bien debería ser una prioridad impartir capacitación a más parteras, también es necesario mejorar las aptitudes prácticas del personal de partería existente y de otras categorías de agentes de salud, y formular modelos de atención sumamente eficiente que aborden la equidad y la calidad de la atención.

Los restantes 20 países encuestados parecen tener mejor dotación de perso-

nal de partería. Si el personal sobre el que se informa tiene actividad profesional, podría desempeñar un importante papel en cuanto a posibilitar que esos países alcancen para 2015 el 95% de cobertura de los partos por personal de partería cualificado. Pese a las notables cantidades de personal de partería, algunos países, como Bangladesh, la India, Kenya, Nigeria y el Pakistán, tienen una cobertura del parto por personal de partería cualificado inferior al 50%. Lo probable es que haya problemas con respecto a la distribución y la utilización de ese personal, combinados con dificultades en el acceso y deficiente calidad de los servicios, lo cual puede estar menoscabando las posibilidades de éxito. Esos países, y otros en condiciones similares, deben abordar los problemas relativos a sus modelos de atención, detectar las barreras que se oponen al acceso y la utilización del personal de partería y analizar las cuestiones relativas a la equidad y la distribución del personal y los servicios de partería. Necesitan evaluar y subsanar el déficit en competencias de partería que puede afectar la calidad de la atención y, en consecuencia, convertirse en barrera de gran magnitud que impide la utilización de los servicios y el aumento de la escala de una eficaz cobertura con personal de partería cualificado.

Fuente: Maliqi B, Siyam A, Guarenti L, y otros. Análisis de los datos sobre personal de partería resultantes de la encuesta. Documento de antecedentes para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*. Inédito. Abril de 2011.

Itinerarios de la educación en partería

Los diversos itinerarios educacionales son factores subyacentes de muchas de las cuestiones en torno a la calidad del personal de partería, así como a la designación de personal ejecutivo con competencias de partería. El término utilizado para denotar a las parteras—que pueden tener diplomas, certificados o credenciales técnicos o de otros tipos—a menudo se relaciona con el estándar o el tipo de educación que han recibido. A menudo hay confusión creada por la gama de nombres diferentes de los agentes de salud que realizan parte de las tareas de una partera, en ausencia de la base educacional o el conjunto completo de competencias.

En los 58 países encuestados hay tres maneras de llegar a ser una partera (Gráfico 2.5). Casi una tercera parte de los países tienen en funcionamiento en paralelo dos de los tres itinerarios de formación; unos pocos países tienen los tres. Lo más frecuente es un programa de educación en partería con “ingreso directo” (existente en casi un 70% de los países). En dicho programa se admite el ingreso de personas para llegar a ser parteras directamente, cuando se satisfacen requisitos previos de educación general. Los otros dos importantes itinerarios abarcan alguna combinación de educación en enfermería y partería, o bien combinando ambos cursos, enfermería y partería (43%), o bien agregando un período ulterior de educación en partería (45%) para quienes han egresado ya de un programa existente de enfermería básica (programa de postenfermería).

En el sector privado, la mayoría de los itinerarios son de ingreso directo con cohortes pequeñas, mientras que la mayoría de los itinerarios combinados corresponde a los sistemas públicos de educación.

Para futuras estudiantes que deseen matricularse en programas de formación en partería es preciso satisfacer varios requisitos previos. Existen por lo general requisitos de edad mínima pero no todos los países encuestados informaron explícitamente al respecto. En Malawi, la edad más temprana para comenzar los estudios es 16 años. Algunos países informaron acerca de restricciones sobre la edad máxima. En Papua Nueva Guinea no es posible matricularse después de los 45 años; en el Sudán, el límite de edad es 35 años. Las restricciones de edad que afectan el ingreso limitan en la práctica la cantidad disponible de posibles proveedores de servicios, por ejemplo, enfermeras experimentadas que decidan estudiar partería.

De conformidad con las recomendaciones internacionales, un requisito básico para el ingreso en la mayoría

GRÁFICO 2.5 Itinerarios públicos y privados de educación en partería



Nota: Datos correspondientes a los 58 países encuestados, excepto en lo concerniente al número de escuelas, que corresponde a 57 países.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

de los programas es poseer un diploma de escuela secundaria. Pero algunos países informaron acerca de la existencia de programas técnicos o comunitarios en partería para candidatas que no han llegado a completar la secundaria. Pero esos programas no satisfacen los estándares educacionales de la ICM relativos a los criterios de ingreso. Hay en vigor otros criterios de diversos tipos que a veces son difíciles de comprender, por ejemplo, requisitos en cuanto a la altura y el peso de las futuras parteras en Indonesia.

Duración y contenido de la educación en partería

La duración de los programas de educación varía ampliamente. Los países informaron acerca de programas de formación en partería con duración que oscila desde seis meses hasta cinco años. Las variaciones son evidentes entre diferentes itinerarios educacionales y dentro de un mismo itinerario, y también escuelas del sector público y el sector privado. Esto plantea interrogantes acerca de la amplitud de los currículos y acerca de si se satisfacen todos o solamente algunos de los estándares de la ICM sobre competencias esenciales.

Entre los itinerarios educacionales acerca de los que se informa en la encuesta hay siete programas de ingreso directo⁹ y siete programas de formación posterior al egreso de escuelas de enfermería¹⁰ que no satisfacen el estándar mínimo de la ICM de tres años para los programas con ingreso directo y 18 meses para los programas posteriores al egreso de escuelas de enfermería¹¹. En algunos casos, esto se debe a las decisiones de impartir a los estudiantes todas las competencias esenciales, pero durante un período condensado que no coincide con el

CUADRO 2.1

VARIACIÓN EN EL TAMAÑO Y LA CAPACIDAD DE LAS ESCUELAS DE PARTERÍA

	Ingreso directo	Cursos combinados con los de enfermería	Formación posterior a la de enfermería	Total
Cantidad total de escuelas (incluida la India)	1.154	4.903	401	6.458
Cantidad de escuelas (excluida la India)	1.154	632	401	2.187
Cantidad de plazas de estudiantes disponibles (1)	23 – 5052	8 – 7.710 (157.573 para la India)	11 – 4.500	
Porcentaje de la capacidad ocupado (2)	11% – 100% (3)	50% – 100% (3)	51% – 100% (3)	

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

Notas: (1) Sobre la base de un total de 58 países; (2) Sobre la base de 55 de los 91 itinerarios educacionales; (3) Promedio del 111% en los 36 itinerarios educacionales sobre la base de los programas acerca de los que se aportaron datos completos sobre su capacidad y su grado de utilización.

tradicional “año lectivo o académico”. En otros casos, es notable que se asigne a la egresada alguna variación del título “parteras”. En el Gráfico 2.6 se muestra que la proporción de países cuyos currículos incluyen todas las competencias indicadas por la ICM está lejos del 100% en todos los itinerarios educacionales.

En los tres itinerarios educacionales y en correspondencia con todas las corrientes de financiación, más de uno de cada cuatro programas no satisface las normas

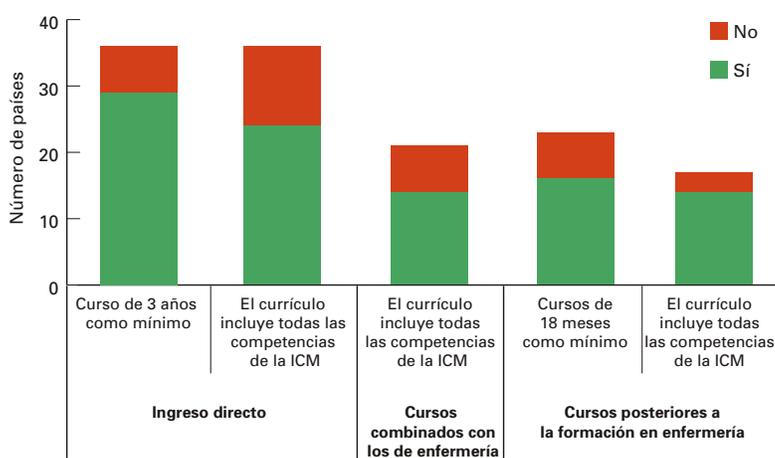
educacionales de la ICM, según informan los países encuestados. Muchos países están requiriendo la revisión de los currículos para asegurar que satisfagan las competencias esenciales indicadas por la ICM, o que se incluyan las competencias en materia de salud sexual y reproductiva según la OMS. Algunos países encuestados se refieren a la atención obstétrica y neonatal de urgencia y la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalcientes de la Infancia (IMCI), y no a las competencias estandarizadas de partería.

La ICM establece que los cursos teóricos deben constituir, como mínimo, el 40% de todo programa de educación en partería. Entre los 43 países que respondieron al respecto, había variaciones en función del itinerario educacional, pero solamente nueve países no satisfacían en absoluto todos los criterios y algunos de ellos, por un margen pequeño. De los países con ingreso directo, un 77% satisfacía aquellos criterios. Varios países encuestados indicaron que en sus programas se dedicaba mayor o menor tiempo a la teoría en función del tipo de credencial ofrecido a la egresada. De manera similar, varios países aportaron información acerca de la proporción de tiempo dedicado a la experiencia práctica directa bajo supervisión. No obstante, no es posible extraer conclusiones acerca de si los países satisfacen o no la norma mínima al respecto de la ICM, del 40%.

La situación en las escuelas de partería

Con frecuencia, la educación en partería recibe financiación pública y es gratuita para las estudiantes. El

GRÁFICO 2.6 **Número de países donde los currículos incluyen las competencias establecidas por la ICM**



Nota: Cuando hay diferencias entre la educación en el sector público y en el privado, se utilizan los datos correspondientes al sector público.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

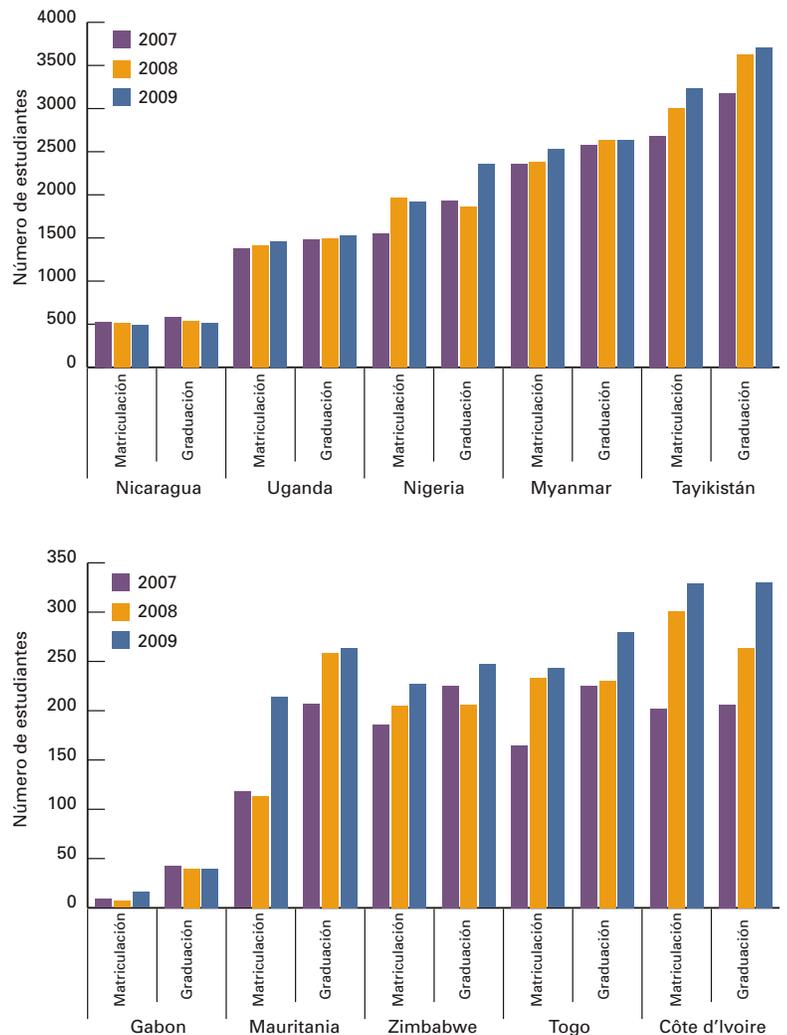
Cuadro 2.1 indica el desglose de los diferentes itinerarios educativos y las estudiantes en las 6.458 escuelas de partería (incluida la India, que tiene 4.271 escuelas), de conformidad con las respuestas de los países encuestados.

Cuando se cuenta con datos, hay pruebas objetivas de que en muchos países van en aumento tanto la matriculación como la graduación, salvo excepciones en que, o bien las cantidades de estudiantes disminuyen cada año (Nicaragua), o se estancan (Uganda) (Gráfico 2.7). Esto ocurre en países con programas de matriculación de gran magnitud, así como en otros con menor matriculación. También se ponen en evidencia varias diferencias regionales y subregionales. Por ejemplo, en algunos países de África de idioma inglés las matriculaciones y las graduaciones están aumentando más rápidamente que en algunos países africanos de idioma francés. No obstante, son muchos los países donde la producción de parteras no guarda proporción con las proyecciones del aumento en la cantidad de partos.

Los encuestados respondieron que va en aumento la cantidad de escuelas del sector privado, para las cuales es más probable que el ingreso sea directo, pero cuyas cohortes de estudiantes son más pequeñas y, en consecuencia, es menor su contribución a las cantidades absolutas de parteras egresadas. Si bien las cantidades varían entre los diferentes tipos de programas educativos, el sector público sigue siendo en general el que imparte educación a mayor cantidad de personas, con aproximadamente las dos terceras partes de todas las estudiantes de partería.

En las respuestas de los países se repitieron las expresiones acerca de insuficiencia de la oferta de educación en establecimientos tanto públicos como privados, inclusive “insuficiente cantidad de docentes”, “insuficiente formación de los docentes”, “insuficientes cantidades de docentes calificados”, “falta de docentes de partería” e “insuficiente plantel de personal docente”. La proporción entre docentes y alumnos oscila desde 1:10 hasta 1:60. Algunos países informan acerca de proporciones más pequeñas, entre 1:6 y 1:12 para estudiantes de tercer año, supervisión clínica y sesiones prácticas. No obstante, esas respuestas de los encuestados ponen en tela de juicio si las proporciones satisfacen los estándares educativos indicados por la ICM y también la posibilidad de los docentes de evaluar adecuadamente el desarrollo de los estudiantes y el nivel de competencia a que llegan. La instrucción teórica de las parteras está conducida por médicos en al menos seis países, lo cual entra en conflicto con los

GRÁFICO 2.7 Tendencias de la matriculación y la graduación



Nota: Países seleccionados para los cuales se dispuso de datos (agrupados según < 500 y > 500 ingresos de estudiantes por año. Las cantidades de ingresos y de graduaciones por año no son comparables.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

estándares educativos actuales de la ICM, que establecen que entre los docentes de partería deben predominar las parteras, las cuales colaboran con expertos en otras disciplinas, según sea necesario. La excepción es la educación interprofesional—que ahora se considera favorablemente—cuando la enseñanza atañe a temas que no son puramente de partería.

Perspectivas para las parteras que egresan de instituciones educativas

La encuesta pone de manifiesto que transcurre un cierto tiempo entre el egreso y el empleo. Aun cuando son pocos los países que aportaron datos precisos, hay una clara pauta de graduadas que quedan perdidas en el

COSTO DE INSUMOS RELATIVOS A LA EDUCACIÓN EN PARTERÍA

País	Duración de la formación	Componentes de costos	Costo de cada estudiante por año (en dólares EE.UU)
Afganistán	2 años	Todos los gastos, inclusive vivienda, alimentos, materiales de capacitación, etc.	8.000 a 9.000
Burundi	4 años	Inscripción, transportes, alojamiento y viáticos, costos de matriculación, conexión con la Internet, costos de biblioteca	3.250
Etiopía	4 años	Gastos escolares (aprendizaje en el aula y experiencia clínica sobre el terreno)	1.630
Ghana	3 años	Inscripción, transportes, viáticos, libros, visitas educacionales	1.502
Kenya	—	Gastos recurrentes	1.800
Malawi	3 años	Inscripción, gastos de alojamiento	1.500
Sudán*	3 años	Becas, gastos de alojamiento y comida, libros y gastos de transportes	11.800
Tanzanía	—	Gastos recurrentes	3.236
Yemen	2 años	Gastos de inscripción	1.250

Nota: *Los datos corresponden al Sudán Meridional.

Fuente: Friedman H y otros. Documento de antecedentes para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*. Inédito. Abril de 2011.

período que transcurre entre completar el curso, reuniendo así las cualificaciones, y obtener licencia para practicar la profesión y recibir la asignación a un puesto de trabajo. El empleo posterior a la graduación depende de lo acordado con los gobiernos antes del ingreso a los cursos de formación, de los puestos disponibles, de la ubicación de los puestos y de la financiación. De 57 países que respondieron al respecto en la encuesta, sólo un 60% ofrece un puesto asignado y remunerado a la estudiante graduada. Aun para quienes pueden efectuar la transición sin tropiezos, puede transcurrir un período de hasta dos años entre la graduación y la asignación a un puesto de trabajo en partería. Es muy posible que durante este período haya un deterioro de conocimientos teóricos y prácticos esenciales. Aun cuando es sabido que la contratación de personas que se han comprometido en pro de sus comunidades realiza la retención, ninguno de los países que respondieron a la encuesta informó acerca de requisitos de ubicación geográfica para las parteras graduadas. Cuando se establecen condiciones para garantizar la asignación a puestos de trabajo, ellas se basan en el tipo de itinerario educacional. Por ejemplo, en Camboya o Liberia, sólo

se garantiza la asignación a puestos de trabajo de las parteras auxiliares y dichos puestos de trabajo están disponibles únicamente en zonas rurales.

Si bien el costo de la formación de una partera varía de un país a otro y en función de lo que se compute para calcular los costos (Cuadro 2.2), la encuesta confirma que en muchos países hay un considerable margen para mejorar las relaciones entre los ministerios de educación, de salud y de trabajo, de manera de asegurar que las inversiones efectuadas en la formación de parteras arroje beneficios en la fuerza laboral.

Necesidad de fortalecer la reglamentación del personal de partería

Protección de la designación de partera

En 20 países (entre las respuestas de 50 países) hay legislación nacional que reconoce la profesión de partería como profesión autónoma reglamentada, con referencia a una ley de partería, aun cuando a veces la definición de autonomía es poco clara o no es la misma para distintos países. Los países, en su mayoría, también manifestaron que ya existe, o está en proceso de

creación, un organismo gubernamental de reglamentación. Por otra parte, en solamente tres de los países que respondieron dicho órgano está constituido independientemente para la práctica de partería; en la mayoría de los casos las reglamentaciones de enfermería y de partería están muy entremezcladas en la estructura de sus órganos de reglamentación.

Parte de la incumbencia del órgano de reglamentación es proteger la designación de partera. Cuando se les pide que definan el concepto de “partera”, varios países citaron la definición de la ICM o proporcionaron textos similares. Otros utilizaron criterios educacionales y de reconocimiento jurídico de la práctica. De los países, más de un 75% indicó que el título “partera” está protegido aun cuando con frecuencia las respuestas de los países a esta pregunta consideraron conjuntamente la enfermería y la partería.

En los países donde se dispone de educación en partería impartida por instituciones privadas, las reglamentaciones son equivalentes a las vigentes para el sector público. Un 96% de los países cuentan con mecanismos para que las parteras que han recibido formación en otros países obtengan autorización para practicar su profesión en el país encuestado, tras o bien un procedimiento de aprobación mediante exámenes, o bien un período de trabajo a prueba, o bien la presentación de certificados de estudios emitidos por el país donde recibieron educación.

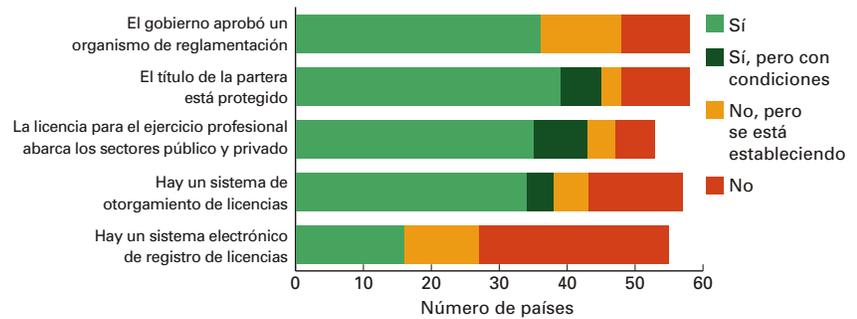
Asegurar la calidad de la educación mediante la acreditación de las instituciones de educación.

La acreditación de los programas de educación en partería por parte de un gobierno o un órgano autorizado de reglamentación es imprescindible para asegurar que se satisfagan los estándares educacionales. La mayoría de los programas de ingreso directo, de ingreso combinado y de formación en partería a las egresadas de cursos de enfermería, están, en verdad, acreditados por el gobierno en los países donde operan (Gráfico 2.8). Las pautas de acreditación para instituciones privadas de formación en partería son similares a las del sector público. Si bien muchos países informaron acerca de la existencia de acreditación, con frecuencia los consejos de partería y enfermería que se encargan de tal acreditación carecen de los recursos para dar cumplimiento a sus mandatos, y a veces esto redundante en que no se concede la acreditación.

Otorgamiento de licencias, registro y legislación

De los países encuestados, más del 80% indicó que las normas que rigen la autorización para practicar la

GRÁFICO 2.8 Protección del título y régimen de otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional



Nota: Sobre la base de las respuestas obtenidas de entre 53 y 58 países, en función del indicador. Se indica “Sí” para el registro electrónico cuando se lo actualiza al menos una vez por año.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*

profesión abarcan ambos sectores, público y privado. En algunos países se imponen ciertas condiciones. Por ejemplo, con frecuencia el permiso para la práctica privada solamente es necesario cuando las parteras residen en lugares remotos. Además, algunos países manifestaron que las “parteras comunitarias” deben prestar servicios en el sector público y no en el privado.

Los países encuestados, en su mayoría, tienen en vigor algún sistema de licencia profesional obligatoria para que las parteras puedan iniciar su práctica. Pero en 16 países no hay ningún requisito de que las parteras renueven su licencia, mientras que en los restantes países los períodos de renovación oscilan desde uno hasta cinco años. Algunos países dijeron que la renovación de la licencia se supedita a la aprobación de un examen, pero casi todos los países omiten aclarar cuáles son los criterios de renovación y no aportan detalles acerca de si es necesario aprobar exámenes, demostrar que se realiza actividad clínica, o acumular una cierta cantidad de calificaciones a fin de poder renovar la licencia.

Los países, en su mayoría, describen alguna forma de control de calidad, inclusive detalles acerca de sistemas de supervisión, evaluaciones anuales del desempeño, presencia de protocolos de práctica, establecimiento de sistemas de educación permanente, evaluaciones del desempeño clínico y exámenes de los episodios en que el profesional estuvo a punto de crear graves problemas al atender a las pacientes. Unos pocos países mencionaron explícitamente la gestión basada en estándares¹².

Los sistemas de registro y licencia sobre papel son comunes, aun cuando 16 países informaron acerca de la utilización de bases de datos electrónicos para

ASOCIACIONES PROFESIONALES: COPARTÍCIPIES EN EL PROGRESO

- En Uganda, la Asociación de Parteras Privadas ofrece apoyo a la formulación de planes estratégicos que aseguren que la partería esté adecuadamente representada en los futuros planes de prestación de servicios de salud.
- La Asociación de Enfermería y Partería de Somalilandia está promoviendo la formación de mayor cantidad de parteras y exhortando al Gobierno a que ofrezca incentivos, de modo de alentar la asignación de parteras a puestos de trabajo en zonas rurales.
- La Asociación de Parteras Etiópicas está colaborando con el programa Asesor sobre Partería a los Países, de ICM/UNFPA, en el fomento de la capacidad. Está tratando de mejorar la calidad de la educación en partería, establecer un organismo eficaz de reglamentación y asegurar que las parteras estén representadas a nivel ministerial.

mantener sus registros, y otros 11 países o bien estaban planificando o bien estaban instalando bases de datos electrónicos. Los sistemas basados en papel se actualizan con menor frecuencia que las bases de datos electrónicos y, en la mayoría de los países, no hay plazos para actualizar los datos ni sistemas administrativos de apoyo a dicha actualización.

Autorización para que las parteras utilicen sus aptitudes a fin de salvar vidas y receten medicamentos que salvan vidas

De los países encuestados, un 75% indicó que, en principio, las parteras están autorizadas para poner en práctica todas las competencias esenciales indicadas por la ICM. No obstante, es evidente que en algunos países la ley no permite que las parteras se encarguen de toda la gama de intervenciones. Allí donde se permite claramente que las parteras practiquen las competencias esenciales indicadas por la ICM, éstas incluyen atender el parto normal en todos sus aspectos, inclusive asistencia al parto vaginal, así como atención obstétrica y neonatal de urgencia. No obstante, a veces la falta de recursos o la resistencia de los médicos imponen limitaciones a que las parteras practiquen su profesión con el alcance autorizado; esto puede limitar el aprovechamiento pleno del potencial de la partería.

En todos los países encuestados, salvo ocho, las parteras pueden recetar medicamentos antibióticos, anticonvul-

sivos y uterotónicos¹³. Con todo, en algunos casos hay restricciones, por ejemplo, que las parteras puedan recetar exclusivamente en situaciones de emergencia cuando no hay ningún médico disponible, o en zonas remotas. Muchas profesionales de la partería también tienen otras responsabilidades, como ofrecer servicios de planificación de la familia, por ejemplo, inserción y retiro de implantes, tratamiento del paludismo durante el embarazo y prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

Apoyo a trabajadoras en la línea del frente—las asociaciones profesionales

En casi todos los países hay o se están estableciendo asociaciones profesionales de parteras y otros agentes de salud que poseen competencias en partería. Aproximadamente la mitad de esas asociaciones admiten solamente a parteras.

Esas asociaciones, en su mayoría, se establecieron en los últimos decenios; más de la mitad de ellas, después de 1990. La cantidad de miembros varía ampliamente, desde más de 3.000 en Tanzania hasta solamente 20 en Burkina Faso y el Chad. Más de la mitad de esas asociaciones profesionales son miembros de la ICM y varias de ellas son miembros de la ICN y/o de ambas, ICM e ICN.

Muchos encuestados dijeron que sus asociaciones no tenían recursos suficientes y carecían de voz en la formulación de políticas nacionales para servicios de salud materna y neonatal. La falta de oportunidades y perspectivas de carrera en partería que se mencionó en los informes también está restringiendo la posibilidad de promover una representación de alto nivel de la partería como profesión en la formulación de políticas, esfera de trabajo que tradicionalmente involucra a las asociaciones profesionales.

Marcos para la acción—orientaciones políticas

La partería como profesión

Es necesario formular planes para la promoción de las perspectivas de carrera del personal de partería, a fin de superar las dificultades expresadas por los países encuestados. En muchos ámbitos, ese trabajo está asociado con falta de prestigio y no se reconoce a la partería como profesión por derecho propio. La consecuencia lógica de esta situación es que los sueldos son bajos; por lo general, son inferiores al sueldo de una enfermera generalista. Los bajos sueldos, a su vez, redundan en falta de nuevas candidatas. En Liberia, por ejemplo, las parteras figuran entre los agentes de salud con menor remuneración en todo el país y, como

era previsible, en los últimos años se ha reducido sustancialmente el número de parteras.

Un factor que agrava esos problemas es la falta de oportunidades y perspectivas de carrera, un factor que desalienta a las parteras existentes. Muchos países plantearon este problema. Los enfoques regionales del desarrollo de las perspectivas de carrera proporcionan realmente algunas opciones. Por ejemplo, un programa de partería de posgrado ofrecido en Burkina Faso que recibe candidatas procedentes de siete países de idioma francés. Sin embargo, incluso en este ejemplo, la demanda excede con mucho la oferta de diez plazas disponibles cada año. En ausencia de perspectivas de carrera, van en aumento las probabilidades de que las parteras piensen en abandonar la profesión. Esto contribuye a la baja condición social de la partería y conduce a su falta de voz en la formulación de políticas. Los países manifiestan que casi todos los puestos influyentes de formulación de políticas en materia de salud materna y neonatal están ocupados por médicos, la mayoría de los cuales no tienen formación en partería y tampoco en los servicios de rutina para las embarazadas. A fin de aumentar la cantidad de parteras preparadas para ocupar puestos de mayor nivel de responsabilidad política será necesario efectuar inversiones en la formación de parteras experimentadas en cuestiones de promoción y gestión del liderazgo.

Pese a esos problemas, hay diversas opiniones acerca de si la partería es o no una profesión atrayente (véase el gráfico 2.9). Los países encuestados opinaron que la partería es una profesión noble e importante, pero al mismo tiempo dijeron que había dificultades para atraer a candidatas a la profesión. En algunos lugares, las parteras comprueban que su profesión carece de oportunidad de adelanto hacia la educación superior.

Incentivación del personal de partería

Casi una tercera parte de los países encuestados informaron acerca de algún tipo de plan de incentivos para parteras o agentes de salud con competencias en partería. Se mencionaron los siguientes incentivos:

- subsidios a la vivienda y/o al transporte para zonas de difícil acceso (Liberia, Malawi, Mozambique, Uganda);
- seguro de salud y fomento gratuito de la capacidad (Nigeria);
- incentivos monetarios (Mozambique, Uganda) para la retención en zonas rurales;
- provisión de botiquines de partería (Sudán);

- incentivos basados en el desempeño (Rwanda, Tanzania);
- planes de retención de instructores de enfermería/partería (Zambia).

Con fines de seguimiento del grado de éxito de los planes de incentivos, es importante la supervisión y la evaluación de la eficacia de tales incentivos cuando se los ofrece. Por ejemplo, determinar cuáles son los incentivos que dan mejores resultados, para quiénes, y en qué condiciones. Varios países han iniciado planes de retención de parteras y de otro personal con aptitudes de partería, especialmente a fin de que trabajen en zonas remotas. Se necesita con urgencia el seguimiento y la evaluación de dichas iniciativas.

Atención gratuita, incentivación de los usuarios de servicios y otros modelos

Los países financian los servicios de salud materna y neonatal de diferentes maneras. De los países encuestados, 44 indicaron que disponen de servicios de salud materna y neonatal gratuitos, a veces en el marco de la gratuidad de todos los servicios de atención primaria de la salud. Hubo 36 países que mencionaron

GRÁFICO 2.9 **Atracción de la partería**



Nota: Sobre la base de las respuestas de 52 países.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

Las embarazadas necesitan acceso a servicios de partería en todo momento y en cualquier circunstancia, inclusive durante los desastres humanitarios. (William A. Ryan; Pakistán)



algún mecanismo de recuperación de costos, puesto en práctica total o parcialmente. La recuperación de costos suele corresponder a determinados servicios, entre ellos medicamentos, análisis de laboratorio, etc.

Cuando los países se refieren a servicios de salud materna y neonatal gratuitos, esto no significa que todos esos servicios lo sean, sino que ciertos servicios son gratuitos, o que los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos en algunas partes del país, o que son ofrecidos gratuitamente por ONG. Los acuerdos acerca de cuáles servicios son gratuitos varían ampliamente de un país a otro. Por ejemplo:

- en el Afganistán y en Bhután, todos los servicios públicos son gratuitos, incluidos los de salud materna y neonatal;
- en Côte d'Ivoire se ofrecen botiquines de parto gratuitos en zonas rurales, así como servicios gratuitos de prevención del paludismo y de la transmisión del VIH de la madre al hijo;
- en Indonesia y la RDP Lao se ofrecen gratuitamente todos los servicios de salud materna y neonatal a las personas pobres.

Es relativamente grande el número de países que indican explícitamente que carecen de sistemas de recuperación de gastos, seguro social o seguridad social, transferencia condicional de efectivo o incentivos para la atención del parto en instituciones, como se indica

en el gráfico 2.10. Hay 40 países que mencionan que el paciente debe efectuar pagos de su bolsillo para obtener servicios; en la mayoría de esos países esos pagos se requieren para todos los servicios de salud a nivel del establecimiento que los ofrece, y 10 países mencionan pagos extraoficiales. Aun cuando no se pueda llegar a la conclusión de que se trata de hechos generalizados, esto demuestra la falta de rendición de cuentas a nivel del establecimiento de salud. Al mismo tiempo, dicha situación puede tener efectos sobre la manera en que las mujeres perciben la atención de partería y puede obstaculizar el acceso a los servicios.

Todas las situaciones descritas tienen repercusiones directas sobre los servicios de partería y a menudo redundan en una baja cobertura de servicios de salud materna y neonatal y en mayores barreras que obstaculizan al acceso de las mujeres, especialmente las más pobres. Por otra parte, la financiación insuficiente y no reglamentada atenta contra la disponibilidad de los suministros necesarios para el parto sin riesgo y podría tener importantes efectos sobre la motivación y el desempeño de las parteras.

Registro de nacimientos y defunciones maternas y examen de los casos de defunción materna

La puesta en práctica de políticas relativas a la supervivencia materna, como el registro de las defunciones maternas y el examen de los casos de defunción materna, está directamente vinculada a la labor de las parteras y del personal de partería, así como a los adelantos en la supervivencia materna y neonatal. El examen de los casos de defunción materna es la base del análisis de lo que podría haberse hecho de manera diferente para mejorar la calidad de la atención de la maternidad. Las parteras y los agentes de salud con competencias de partería deben estar en condiciones de poner en práctica y utilizar los resultados de dichos exámenes y de las tendencias en las tasas de defunción registradas, a fin de recomendar la introducción de mejoras y de cambios en el alcance de su práctica y en el otorgamiento del apoyo necesario, y en última instancia, en el modelo de atención de partería.

De los 58 países encuestados, la mayoría tiene establecida la obligatoriedad de la notificación de las defunciones maternas y también de los nacimientos. Pero esos sistemas sólo se aplican plenamente en la mitad de los países (véase Gráfico 2.11). Menos común es constatar la plena aplicación de políticas de auditoría y examen e indagación confidencial. En algunos países, esto obedece a que los agentes de salud no dan cumplimiento a sus deberes y a que no se exige la puesta en práctica

obligatoria de las políticas; en otros países, el sistema no se aplica en la totalidad del territorio del país. Por otra parte, los datos no indican si esas verificaciones de auditoría o exámenes se realizan de manera que fortalezca el debate sobre la calidad y la accesibilidad y tampoco indican si los resultados de auditoría y examen han sido utilizados para mejorar el acceso a la atención de partería. Además, no es posible determinar si las parteras participan en esas verificaciones e investigaciones, porque no se preguntó si participaban. Esto es importante, puesto que las verificaciones de auditoría y los exámenes son poderosos instrumentos potenciales para mejorar la calidad cuando se realizan en colaboración y sin que se ponga en tela de juicio la evaluación del desempeño individual. Más aún, cuando esas verificaciones de auditoría y esos exámenes se llevan a cabo correctamente, es probable que los equipos se sientan responsables de la atención que ofrecen, contribuyendo así a la motivación y la satisfacción en el trabajo.

La partería – necesidad de contar con políticas más focalizadas

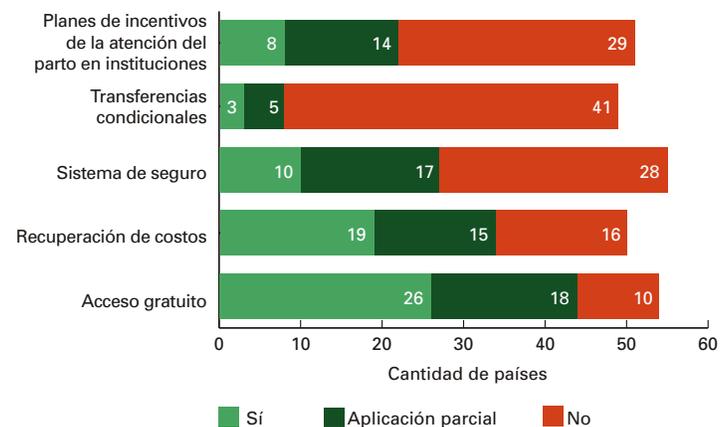
En casi todos los países encuestados hay políticas nacionales de salud que abordan la salud materna y neonatal, o políticas concretas relativas a la salud materna y neonatal, pero solamente en unos pocos países se han presupuestado los costos.

Se constata una disminución similar en el grado de adecuación de los recursos humanos a los planes de salud (véase Gráfico 2.12). De los países que consideran el personal superior de salud materna y neonatal en sus planes generales de personal de salud, solamente 43% han definido indicadores para la medición del adelanto en la aplicación del componente relativo a la salud materna y neonatal, y únicamente la tercera parte de los países mencionan la inclusión en sus planes financieros de indicadores para la medición del adelanto en la aplicación del componente de salud materna y neonatal. Con todo, no está claro si las políticas y planes se convierten en reales intervenciones, por ejemplo, si se establecen nuevas instituciones de capacitación o si se amplían las existentes, si aumenta la cantidad de estudiantes ingresadas y si mejora el seguimiento y fortalecimiento de la supervisión. Esta situación se debe en parte a la ausencia de seguimiento y evaluación del personal de salud materna y neonatal; si hubiera un seguimiento de los adelantos en las políticas, esto galvanizaría la acción.

Resumen y mensajes principales

El análisis precedentemente presentado ofrece un panorama general de la situación de la profesión y las

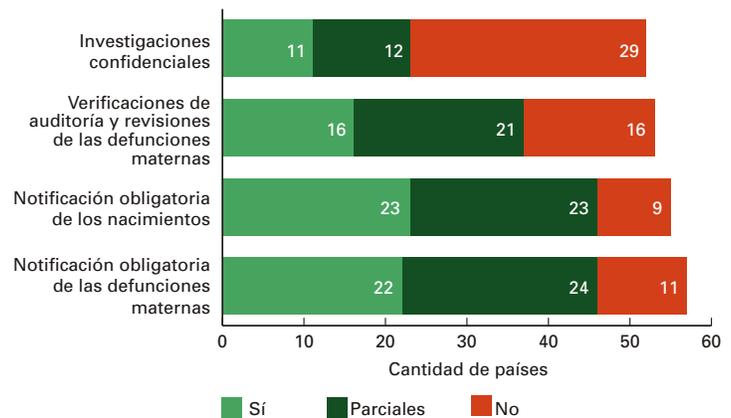
GRÁFICO 2.10 Acceso a los servicios: modelos de financiación



Nota: Sobre la base de las respuestas de 49 a 54 países, en función del indicador

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*

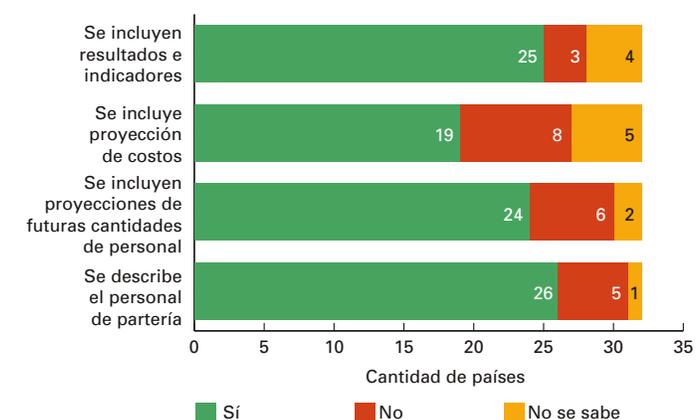
GRÁFICO 2.11 Datos para fundamentar la acción: adelantos en los países



Nota: Sobre la base de respuestas recibidas de entre 52 y 57 países, en función del indicador.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

GRÁFICO 2.12 Recursos humanos para los planes de salud



Nota: Sobre la base de las respuestas de 32 países dotados de planes de recursos humanos para la salud que incluyen expresamente los servicios de salud materna y neonatal.

Fuente: Encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

múltiples dificultades y barreras que afectan al personal de partería, su desarrollo y su eficacia. Los mensajes resultantes, incluido el triple déficit de competencias, cobertura y acceso, se resumen a continuación.

El personal de partería que ejerce la profesión no puede individualizarse claramente sobre la base de los datos existentes por países. Aun cuando unos pocos países han mejorado su capacidad para el seguimiento de los agentes de salud que trabajan en el sector público, persisten notorias deficiencias y faltas de coherencia en los sistemas necesarios y faltan los datos estratégicos que posibilitarían localizar exactamente y supervisar eficientemente al personal de partería para que ofreciera intervenciones de calidad en respuesta a las necesidades de la población.

En el personal de partería hay carencias, tanto en las cantidades como en las competencias. La información disponible confirma la escasez de parteras y otro personal con competencias en partería para atender la cantidad estimada de embarazos, la ulterior cantidad de partos y el 15% de los partos en que por lo general surgen complicaciones obstétricas. Además, en el personal de partería que practica la profesión hay muchas personas que aún no dominan la gama completa de competencias esenciales de partería.

La cobertura de atención del parto por personal competente y la calidad de la atención tienen limitaciones. El déficit de personal (tanto en cantidades como en competencia) y la dinámica jerárquica de la colaboración entre distintos profesionales limitan en muchos países la capacidad del sistema de salud para dotar de personal y operar eficientemente con una cobertura mínima de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia y de atención obstétrica y neonatal integral de urgencia. Este problema es más agudo en comunidades rurales y/o remotas, precisamente allí donde las mayores cantidades de mujeres dan a luz. Además, con frecuencia no se abordan los problemas de acceso a los servicios desde la perspectiva de la mujer, lo cual, combinado con la ausencia de sistemas de salud de funcionamiento eficaz puede perjudicar gravemente la calidad de la labor de las parteras.

Es preciso fortalecer los itinerarios educacionales y la capacidad de las instituciones que imparten educación. Aun cuando en algunos países se registran adelantos y hay buenas perspectivas de graduar mayores cantidades de parteras que dominen para su práctica las competencias esenciales, no se satisfacen los estándares óptimos. Es preciso fortalecer los currí-

culos, el personal docente, los recursos educacionales y la posibilidad de práctica clínica bajo supervisión, de manera de satisfacer las directrices internacionalmente reconocidas.

Los reglamentos y los procesos de reglamentación son insuficientes para promover la autonomía profesional de la partera y para dar cumplimiento a las obligaciones del gobierno de proteger al público. En casi todos los países es necesario mejorar los sistemas de registro del personal de partería que practica la profesión, así como su autonomía profesional, y los actuales criterios de otorgamiento y de renovación de licencias, para mejorar la calidad de la atención.

Las asociaciones profesionales son relativamente recientes y, en algunos casos, son frágiles. En todos los países hay una tendencia positiva a establecer y desarrollar asociaciones profesionales que representen a las parteras, pero muchas asociaciones son incipientes y necesitan apoyo adicional para su organización, así como colaboración con profesionales asociados a escala nacional, regional e internacional. Numerosas asociaciones están combinadas con otras que representan a enfermeras, lo cual puede redundar en que las cuestiones de especial interés para las parteras no puedan atenderse con igual eficacia mediante las gestiones de la asociación.

No hay coherencia en las políticas y la adhesión a éstas está desarticulada. En casi todos los países hay una arquitectura de activas políticas relativas a la oferta y la demanda de servicios de salud materna y neonatal, pero son pocos los países que aplican un enfoque coherente e integrado para aprovechar y mejorar la capacidad del personal de partería y la calidad de la atención ofrecida. Es evidente la necesidad de armonizar los recursos nacionales y los externos para la aplicación de políticas y planes de salud materna y neonatal.

EL CAMINO HACIA ADELANTE

“Comprobé ...que siempre que una ciudad, un país, una región o una nación ha establecido un sistema de atención de la salud materna firmemente basado en un conjunto de parteras capacitadas, licenciadas, reglamentadas y respetadas (especialmente cuando las parteras trabajan en estrecha y cordial cooperación con los médicos), los estándares de atención de la salud materna resultantes son los más elevados y la mortalidad derivada de la maternidad es la más baja. No puedo encontrar una excepción a esa regla...”

Irvine Loudon, 1992

En las Partes 1 y 2 del informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* se presenta un conjunto de conceptos para fundamentar y acelerar la disponibilidad y la calidad de la atención de partería en beneficio de las mujeres y los recién nacidos. La diversidad de las respuestas entre los 58 países encuestados y dentro de un mismo país confirma que hay sustanciales caren-

cias en los datos y en los conocimientos estratégicos especializados. No obstante, de la síntesis de los datos objetivos disponibles han surgido varios fuertes mensajes. Es preciso que esos mensajes estén en un lugar prominente de los diálogos nacionales sobre políticas y de las acciones de los países y que se incorporen en las estrategias de salud en todo el mundo, así como en la cooperación y los compromisos, a fin de fortalecer la responsabilidad mutua y obtener resultados en beneficio de la salud de las mujeres y los niños.

En esta Parte 3 se presta especial atención a los efectos de efectuar inversiones en el personal de partería, integrado en eficaces sistemas de salud, sobre la base de los datos propios de cada país y de sus experiencias e innovaciones. Se ofrecen diversas recomendaciones, a fin de maximizar los efectos de tales inversiones. Se presenta un marco que vincula determinadas acciones con el correlativo interesado directo. Las recomendaciones y



Las parteras constituyen una inversión en la salud de las madres, los recién nacidos, la comunidad y el país. (Helen de Pinho; Malawi)

3,6 millones de defunciones de madres, fetos y recién nacidos podrían evitarse cada año.

las acciones se ajustan a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relativas al fortalecimiento de la partería y se basan en las directrices disponibles emitidas por la OMS y la ICM y en el “Llamamiento mundial a la acción” emitido por el Simposio sobre fortalecimiento de la partería (junio de 2010), como se describe en la Parte 1.

Efectuar inversiones para obtener resultados

Las pruebas objetivas son evidentes: al efectuar inversiones en partería se salvan vidas. Un cálculo del rendimiento de las inversiones ha demostrado que en los 58 países podrían evitarse cada año 3,6 millones de defunciones de madres, fetos y recién nacidos si hubiera acceso universal al conjunto completo de servicios de salud reproductiva y neonatal (Recuadro 3.1). Las parteras y el personal de partería tienen gran importancia para la provisión de todos esos servicios.

Para lograr esos resultados en materia de vidas salvadas es menester intensificar la focalización en la calidad de los servicios de partería a lo largo de la serie continua de la atención. Es necesario acelerar las inversiones, tanto en programas de educación a fin de impartir competencias en beneficio del personal de partería existente y futuro, como en ámbitos de servicios que satisfagan los estándares reconocidos de calidad de la atención. Para lograrlo se requiere hacer mayor hincapié en tres esferas: 1) personal; 2) educación, reglamentación y asociación; y 3) políticas. Las correlativas inversiones de recursos nacionales y externos, con mejores mecanismos de presentación de informes y de responsabilización (acordes con las recomendaciones de la Comisión del Secretario General), son esenciales en apoyo de esa focalización. Dado que en ciertos países los aspectos detectados en relación con el déficit de competencias son delicados, será preciso que se efectúen cálculos para cada país por separado acerca de la magnitud de las inversiones.

El personal de partería Un enfoque basado en la competencia

Un eficaz sistema de salud comprende prácticas de trabajo en colaboración para asegurar servicios de calidad de partería en toda la serie continua de la atención, incluidos los equipos de difusión en la población y de atención de la maternidad. El propósito es promover la mayor disponibilidad de competencias y el acceso a ellas en las comunidades tanto urbanas como rurales,

involucrando a personal profesional cualificado de salud, a auxiliares y a agentes de salud comunitarios. Así se optimiza y aprovecha la capacidad colectiva del personal y se descartan las soluciones que dependen de enfoques excluyentes. La mayor optimización se aplicará (según proceda en cada país) a todas las hipótesis indicadas a continuación, o a algunos componentes de ellas:

- diplomar a mayor cantidad de parteras para aumentar rápidamente la disponibilidad de personal de partería;
- impartir cursos de educación permanente sobre la base de las competencias, en beneficio del personal de partería existente, inclusive el personal auxiliar, a fin de que adquiera aptitudes en las competencias esenciales de partería y mejore la calidad de la atención;
- adoptar medidas transitorias para atraer, retener y asignar a puestos de trabajo a personas dotadas de competencias en partería que, por diversas razones, tal vez ya no estén ejerciendo su profesión como parte del personal de partería.

La sala de maternidad bajo la conducción de la partera, descrita en la Parte 1, proporciona otra oportunidad de conectar competencias con capacidad. Este modelo de los servicios vincula los servicios comunitarios y de atención primaria de la salud con eficaces vías de remisión de pacientes a otros servicios de mayor capacidad, según sea necesario. Dentro de esa sala de maternidad bajo la conducción de la partera, un equipo de parteras puede integrar las aptitudes de los agentes de salud comunitarios y ayudarlos a ganar la aceptación de la comunidad. Las parteras pueden promover la utilización de los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y el acceso a dichos servicios, y pueden supervisar la labor del personal auxiliar que posee limitadas competencias en partería. Lo más importante es que el equipo de parteras ofrezca atención de salud esencial en el establecimiento que proporciona servicios de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia, incluido el tratamiento de complicaciones y la remisión de madres y recién nacidos al nivel siguiente de servicios (atención obstétrica y neonatal integral de urgencia), según sea apropiado.

Gestión de los recursos humanos

Al igual que lo que ocurre con cualquier otro tipo de personal, para lograr los mejores resultados es preciso que el personal de partería tenga una eficiente gestión, la cual incluye apoyo de supervisión, formación en el servicio, oportunidades y perspectivas de carrera y atención a cuestiones de seguridad y de género, espe-

LOS EFECTOS DEL AUMENTO DE ESCALA DE LOS SERVICIOS DE PARTERÍA: MODELO PARA EL CÁLCULO ESTIMATIVO DE LAS VIDAS SALVADAS EN 2015

Sobre la base de los datos por países recopilados gracias a la encuesta del informe *Estado de las Parteras en el Mundo*, personal de la *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins) realizó un análisis basado en modelos electrónicos a fin de estimar los efectos potenciales de ampliar la cantidad de parteras en los 58 países. El análisis se realizó utilizando el instrumento “*Lives Saved Tool*” (LiST).

Mediante el modelo, se efectuaron proyecciones para 2015 a fin de establecer conexiones con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se formularon dos hipótesis principales a fin de calcular estimativamente los efectos de las parteras en cuanto a salvar vidas. En primer lugar, es posible efectuar una estimación de la cantidad de parteras que ejercen la profesión y atienden regularmente los partos utilizando los informes sobre cobertura de atención materna y neonatal básica de urgencia, dado que la cantidad de personal está implícita en la disponibilidad y la provisión de determinados servicios de partería (funciones principales). En segundo lugar, las intervenciones incluidas en el modelo LiST, así como sus efectos, pueden ser cotejadas y armonizadas con las competencias esenciales de partería establecidas por la Conferencia Internacional de Matronas (ICM), que incluyen todos los aspectos de la atención de la salud

reproductiva de la mujer, a saber, la atención anterior al embarazo, en el embarazo, en el parto y la atención esencial del recién nacido.

Utilizando la metodología LiST se estimaron los efectos potenciales de ampliar la cantidad y las competencias de las parteras de la siguiente manera: duplicar la cantidad estimada de parteras que ofrecen atención obstétrica y atienden todos los aspectos de la salud reproductiva en los 58 países que comprende el presente informe, en promedio redundaría en una reducción del 21% de las defunciones combinadas maternas, fetales (neonatos tardíos) y de recién nacidos. Para ser más precisos, se evitarían un 20% de defunciones maternas, un 18% de mortinatos y un 23% de defunciones de neonatos. Para esos cálculos estimativos se supone que todas las parteras poseen la totalidad de las competencias y están facultadas para ofrecer los servicios indicados.

De manera similar, si todas las mujeres dieran a luz con asistencia de una partera en una institución donde operara plenamente la atención obstétrica y neonatal básica de urgencia, además de todos los demás aspectos de la atención reproductiva que ofrecen las parteras, podría preverse una reducción del 56% en las defunciones de madres, fetos y recién nacidos. Esa estimación englobada abarca reducciones de un 61% en las muertes mater-

nas, de un 49% en las muertes fetales y de un 60% en las muertes de recién nacidos, lo cual equivale a salvar 3,6 millones de vidas para 2015.

En esas estimaciones se supone que cada intervención que salva vidas se realizará con niveles de calidad suficientes para producir efectos sobre la mortalidad, que habrá una equitativa distribución de las parteras en todo el país de que se trate y que las mujeres tendrán acceso expedito a esos servicios, es decir, se adoptaron tres hipótesis relativas al triple déficit de competencias, cobertura y acceso. No cabe duda de que la diversidad en la calidad y la disponibilidad de servicios de partería entre diferentes países y dentro de un mismo país afectará el logro de esos posibles adelantos en cuanto a vidas salvadas.

Se ofrecen mayores detalles en el Anexo 4. A fines de 2011, se dispondrá de un informe técnico que ampliará el presente resumen, con una descripción completa de la metodología.

Fuente: adaptado de Bartlett L, Sikder S, Freiberg I y otros. *The impact of scaling up midwifery on maternal, foetal and newborn lives*. Documento de antecedentes para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. Inédito. Abril de 2011.

cialmente en zonas rurales. Pero es importante reconocer que en la práctica de la partería está generalizada la ausencia de un entorno de apoyo.

Esas cuestiones requieren una gestión dinámica de los recursos humanos para atraer y retener al personal y coordinar su separación del servicio. Muchas cuestiones de gestión en la partería son genéricas y similares a las atinentes a otras profesiones; pero son particularmente importantes las siguientes:

- prevenir el aislamiento, alentando y facilitando el trabajo en equipo;
- proporcionar oportunidades y perspectivas de carrera, inclusive puestos de docentes e instructores;
- abordar las cuestiones de género y proporcionar seguridad y protección en el lugar de trabajo;
- ofrecer incentivos financieros y de otros tipos;
- apoyar la gestión del volumen de trabajo y el estrés;

- ofrecer apoyo de supervisión, inclusive en zonas rurales; y
- formular planes de retención y de rotación del personal, especialmente en zonas rurales.

Información específica estratégica

Todos los responsables políticos reconocen el valor de la información estratégica para basar sobre ella las acciones. Lo más importante es poder comprender quienes están practicando la partería, especialmente quiénes atienden el parto, y cuál es la calidad de la atención que ofrecen. Una parte de importancia vital de este tipo de información es la evaluación de la competencia y la cobertura y el examen de las contribuciones a los resultados y los efectos directos buscados.

En la mayoría de los países, por lo general los registros administrativos y las nóminas de sueldos ofrecen un panorama general de la cantidad total de personal de partería que trabaja en el sector público, con

algún grado de desglose por título, edad, género y ubicación. No obstante, no puede lograrse una efectiva gestión del personal de partería con esos pocos datos. Para comprender a fondo cuál es la situación es necesario consolidar los datos procedentes de cohortes de estudiantes en los institutos educacionales, plantillas de entidades de los sectores estatal y no estatal, actividades de organismos encargados de las reglamentaciones y de asociaciones profesionales, entre otras fuentes. Los títulos, las funciones y la categorización del personal de partería mediante un código acorde con la clasificación internacional estándar de ocupaciones, deben vincularse con el nivel de educación, el

otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional y el alcance de la práctica. El ingreso y egreso de cursos en institutos educacionales y el ingreso y la separación del empleo deben registrarse regularmente como cuestión de rutina y debe recopilarse la información al respecto. Es importante verificar que la asignación y ocupación de un puesto concuerde con las funciones de la persona, su disponibilidad y sus competencias para practicar servicios de partería.

Es preciso mejorar la calidad de la atención de partería, y puede medirse la calidad mediante una participación y colaboración interdisciplinaria en operaciones de auditoría de defunciones maternas, investigaciones

confidenciales y recopilación y análisis de indicadores a nivel de cada establecimiento de salud, que reflejen los resultados de los partos y los incidentes “casi fatales”. Esos mecanismos de “datos objetivos para fundamentar la acción” generan los muy necesarios conocimientos e información específicos para basar en ellos las medidas de mejora de la calidad de la atención y los servicios y aumento de las tasas de supervivencia de las madres y sus recién nacidos.

Educación, reglamentación y asociación

Dentro de la tríada educación, reglamentación y asociación, la clave para lograr atención de calidad y buenos resultados del sistema de salud es desarrollar y mantener las competencias del personal de partería.

Educación en partería: desarrollar y mantener las competencias

Es preciso una educación anterior a la entrada en el servicio que incluya un importante componente de formación práctica directa bajo supervisión. Las competencias esenciales de partería y los estándares mundiales de educación establecidos por la ICM posibilitan que los países revisen sus currículos y aseguren que las egresadas tengan idoneidad en todas las competencias.

Si se aumenta la capacidad de las escuelas de formación profesional en partería en todo el país y se las distribuye mejor, es posible lograr más altas tasas de retención. Las estudiantes que proceden de comunidades locales y los programas educacionales que toman en cuenta el idioma y la cultura locales contribuyen a que las egresadas adapten sus servicios a las necesidades y las características de la comunidad y así es posible acrecentar las tasas de retención de parteras en puestos de trabajo ubicados en zonas remotas y rurales.

Al menos un 50% de la educación en partería debería realizarse en ámbitos clínicos y comunitarios, en contacto directo con las mujeres y con los demás miembros del equipo de salud materna. Para apoyar la formación práctica, es preciso que las estudiantes tengan acceso a laboratorios de práctica, dotados de los modelos anatómicos y los equipos apropiados. Es igualmente importante acrecentar tanto la cantidad como la calidad de los docentes, fortaleciendo la capacidad de organización de los institutos de formación. Es necesario que los docentes en partería preparen y mantengan los currículos, faciliten y evalúen el aprendizaje de las estudiantes y administren los preciosos recursos educacionales. Podrían promoverse adecuadamente las oportunidades de carrera en la docencia, de modo de

La información estratégica sobre el personal de partería, especialmente sobre quiénes atienden el parto y cuál es la calidad de la atención que ofrecen, tiene importancia vital para reducir la mortalidad y la morbilidad.

no reducir las ya limitadas cantidades de personal de partería que practica la profesión.

Un sistema nacional de formación de profesionales de salud que facilite la colaboración en la educación de parteras, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, puede constituir la base del trabajo en equipo del futuro equipo de salud materna, a todos los niveles de remisión de pacientes.

La evaluación y el control de calidad de la educación se realizan mediante la acreditación de las escuelas, así como mediante juntas educacionales u órganos de reglamentación, promoviendo y recompensando así el cumplimiento de los estándares. Además, la acreditación facilita el reconocimiento de la autonomía profesional de las parteras, para la validación de sus licencias y para que la partera esté autorizada a recetar y efectuar intervenciones que salvan vidas.

En los países donde son muy altas las tasas de mortalidad materna y neonatal, tal vez sea conveniente considerar estrategias transitorias a fin de aumentar la producción de parteras que satisfagan los requisitos internacionales en cuanto a competencias. Esas estrategias podrían incluir lo siguiente:

- acrecentar la cantidad y la amplitud de los programas existentes posteriores a la formación básica en enfermería;
- formular programas posteriores a la formación básica en beneficio de otros agentes de salud que ya poseen algunas competencias de partería o que tienen sólidas bases para desarrollarlas; y
- preparar modelos de aprendizaje a distancia que posibiliten la mayor dispersión de estudiantes de partería en las comunidades.

Reglamentación — protección del público y de los profesionales

La reglamentación puede transformar al personal existente en personal eficaz. Sigue siendo un factor esencial para asegurar la calidad de la atención y reducir la mortalidad materna y neonatal. La reglamentación de la profesión de partería abarca el otorgamiento y la renovación de licencias, sobre la base del mantenimiento de las competencias y la provisión de atención de calidad, respetando los derechos de las pacientes. Los procesos y el contenido de la reglamentación deberían adoptar el concepto de partería como profesión autónoma, inclusive el establecimiento de un código de conducta, la aplicación obligatoria de criterios de otorgamiento de licencias, el establecimiento de requisitos de educación permanente, de

conformidad con las competencias en partería establecidas internacionalmente, y asegurar que las parteras sean las principales responsables del trámite de las denuncias contra parteras registradas o licenciadas y de las correspondientes sanciones.

Con frecuencia, la reglamentación de la partería se realiza por conducto de un consejo de enfermería y partería doble. Esta práctica, que puede ser imprescindible cuando los gobiernos tienen limitados recursos, debe asegurar que la educación, el registro y la autorización para practicar la profesión armonicen con las competencias y estándares de partería establecidos internacionalmente. Esto incluye velar por que las parteras estén autorizadas a encargarse de intervenciones de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia y tengan el nivel de autonomía necesario para practicar intervenciones que salvan vidas y recetar medicamentos que salvan vidas. Los procedimientos de reglamentación de la práctica de partería pueden beneficiarse si dentro de aquellos consejos dobles se establece un proceso independiente, o si existe un consejo de partería separado que se encargue de elaborar los conocimientos y las leyes específicamente adaptados a la naturaleza autónoma de la profesión.

Es necesario fortalecer los sistemas administrativos y de información a fin de crear registros continuamente actualizados del personal que practica la profesión, sobre los cuales basar las políticas de gestión del personal, apoyar los procesos de reglamentación y renovación de licencias y generar los datos estratégicos necesarios para conducir con eficacia el sistema de salud.

Asociaciones profesionales de partería: otorgar una voz a las parteras

Las asociaciones profesionales son la voz del personal de partería. Esas asociaciones, integradas en el sistema general de atención de la salud del país, operan en colaboración con el gobierno y con otras profesiones para contribuir al diálogo sobre políticas de salud materna y neonatal; y así se enriquece dicho diálogo con percepciones específicas y nuevos contactos dentro de la profesión y también se fortalecen los procesos de puesta en práctica.

Las asociaciones tienen la responsabilidad de promulgar las políticas acordadas para el sistema de salud que afectan la profesión y estimular su puesta en práctica. Entre los aspectos fuertes de una asociación cabe mencionar la negociación y aprobación del (mayor) acceso a la educación superior y la educación permanente, la apertura de oportunidades y perspectivas de carrera y

la mejora de las condiciones de trabajo y los términos de servicio.

En países de bajos ingresos, muchas asociaciones están sometidas a limitaciones financieras que repercuten sobre sus mecanismos administrativos y sus responsabilidades de representación ante foros nacionales, regionales e internacionales. Aun cuando la capacidad de recaudar fondos suele ser limitada, se ha comprobado que el apoyo financiero externo y los mecanismos de “hermanamiento” son eficaces para promover el desarrollo de las asociaciones. A fin de aprovechar mejor una asociación profesional, es preciso aportar apoyo financiero y en especie a nivel nacional, de manera que los conocimientos especializados de los expertos de la asociación puedan contribuir al diálogo sobre salud materna y neonatal a escala nacional, regional y mundial.

En varios países, las enfermeras y las parteras están representadas en asociaciones conjuntas. Esto tal vez beneficie a ambas profesiones debido a que aumenta su gravitación y se comparten los gastos. En esos casos, se recomienda decididamente que las parteras compartan el liderazgo de la asociación y que, cuando sea necesario y apropiado, las cuestiones profesionales pertinentes a la partería, se aborden separadamente de las que atañen a la profesión de enfermería.

Coherencia de las políticas

La partería no es una intervención dentro de una estructura vertical, sino un servicio que debe integrarse en todos los niveles del sistema de salud. Para lograrlo, es menester examinar los planes nacionales de

salud, los recursos humanos dedicados a las estrategias de salud y los planes de salud materna y neonatal, a fin de mejorar la coherencia. Una vez que los planes y estrategias se han armonizado, es preciso calcular sus costos con miras a facilitar las decisiones sobre asignación de recursos (nacionales y externos), y también es preciso aplicar plenamente dichos planes y estrategias y hacerlos objeto de seguimiento y evaluación.

Esas políticas y planes nacionales revisados pueden llevarse a la práctica mediante estrategias transitorias que aborden de inmediato el déficit en la tríada competencias-cobertura-acceso. Por otra parte, las estrategias a más largo plazo, como efectuar inversiones en programas de educación en partería de tres años de duración, establecer salas de maternidad bajo la conducción de parteras y efectuar inversiones en la atención obstétrica y neonatal básica de urgencia, son los objetivos en última instancia. Aun cuando las estrategias a largo plazo pueden entrañar más altos costos iniciales y aplazar la obtención de resultados, los análisis económicos demuestran sus ventajas y el mayor rendimiento de las inversiones.

Medidas esenciales

En el prólogo de este informe, el Secretario General de las Naciones Unidas exhortó a adoptar “medidas enérgicas” para asegurar que “cada mujer y cada recién nacido tenga acceso a servicios de partería de calidad”. En el Recuadro 3.2 se resumen las recomendaciones del informe y se esbozan las medidas esenciales a adoptar por cada uno de los grupos de interesados directos.

Conclusión

Si bien cada país es diferente, y tiene situaciones particulares que es preciso abordar individualmente, son características comunes de los 58 países incluidos en el informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y neonatal y la falta de acceso a servicios de calidad de partería. A menudo, esta situación es exacerbada por el rápido crecimiento demográfico, las necesidades insatisfechas de planificación de la familia, los bajos niveles educativos de las niñas en particular y de las mujeres en general, las débiles condiciones económicas, y la pequeña proporción de partos que reciben atención de agentes de salud dotados de las competencias, la autonomía y las facultades necesarias para salvar vidas.

En los últimos años, numerosos informes, conferencias y resoluciones han atraído la atención de los responsables políticos hacia la importancia de efectuar inversiones en los recursos humanos para la salud. No obstante,

Mediante acciones enérgicas es posible asegurar la vigencia del derecho de cada mujer al mejor cuidado posible de la salud antes del embarazo, durante el embarazo y el parto e inmediatamente después. (Mandy La Fleur, UNFPA; Guyana)



El informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011*, en apoyo de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños, exhorta a todos los asociados a maximizar los efectos de las inversiones, mejorar la responsabilidad mutua y fortalecer los servicios de partería.

Por los gobiernos

- Reconocer la partería como profesión distinta y de importancia medular para la provisión de servicios de salud materna y neonatal.
- Promover la partería como carrera y establecer condiciones de servicio apropiadas.
- Posibilitar que los órganos nacionales encargados de la reglamentación se ajusten a las competencias esenciales establecidas por la ICM y dar publicidad a los programas de educación en partería.
- Incluir la partería y las parteras en los planes de salud materna y neonatal, con cálculo de costos, y armonizar los recursos humanos para los planes de salud.
- Aumentar la disponibilidad y la distribución de establecimientos que ofrezcan atención obstétrica y neonatal de urgencia y efectuar inversiones en salas de maternidad conducidas por parteras, y en mecanismos de remisión de pacientes y de comunicación.
- Asegurar que existan competencias, instrumentos y procedimientos para la gestión apropiada de los recursos humanos.
- Efectuar inversiones en la recopilación activa de datos y el seguimiento del personal que practica la partería o atiende la salud materna y neonatal.
- Crear altos puestos de partería a nivel político y nacional e involucrar a las parteras en las decisiones pertinentes de política, la planificación y ejecución de programas y su seguimiento y evaluación.

Por los órganos de reglamentación

- Proteger el título profesional “partera”.
- Establecer criterios de ingreso a la profesión.
- Establecer estándares educacionales y competencias para la práctica.
- Acreditar a escuelas y currículos educacionales en los sistemas de educación, tanto públicos como privados.
- Establecer el alcance de la práctica profesional de las parteras.
- Otorgar y renovar licencias para el ejercicio profesional de las parteras.
- Mantener códigos de ética y de conducta.
- Aprobar procedimientos para retirar a las parteras incompetentes de los planteles de personal de partería.

Por las escuelas e instituciones de formación

- Revisar los currículos a fin de integrar las competencias esenciales establecidas por la ICM.
- Aprovechar los estándares de la ICM y otros estándares educacionales para mejorar la calidad y la capacidad.
- Asegurar un equilibrio entre la teoría y la práctica, así como la instalación de laboratorios para adquirir aptitudes prácticas.
- Contratar a docentes, instructores y mentores.
- Mantener y aumentar las competencias en partería y la docencia con fines de transformación.
- Establecer relaciones de cooperación con salas de maternidad en comunidades y hospitales, para posibilitar la formación práctica.
- Promover la investigación y las actividades académicas.
- Apoyar el desarrollo del liderazgo en partería.

Por las asociaciones profesionales

- Aumentar la visibilidad y elevar la condición de las parteras.
- Promover mejores condiciones de trabajo y abogar por ellas ante las autoridades.
- Promover estándares para la formación en el servicio y actualización de los conocimientos.
- Asegurar el respeto de los derechos de las pacientes en la prestación de los servicios.
- Desarrollar la voz y las contribuciones del personal de partería en el ámbito político nacional.
- Colaborar con otras asociaciones de profesionales de la salud a fin de fortalecer las contribuciones a los planes de salud y la formulación de políticas.
- Seleccionar promotores y colaborar con las mujeres y las comunidades.
- Establecer una sólida gobernabilidad, fortalecer la capacidad administrativa y consolidar las bases financieras.
- Establecer enlaces con las federaciones regionales e internacionales.

Por las organizaciones internacionales, las alianzas mundiales, los organismos donantes y las entidades de la sociedad civil

- Apoyar programas a nivel local, regional e internacional a fin de aumentar la escala de los servicios de partería y facilitar los compromisos del país en pro de la Estrategia Mundial.
- Efectuar seguimientos y mediciones de la calidad y los resultados y promover la obtención de datos estratégicos y el fomento de la responsabilidad mutua.
- Promover y apoyar servicios de partería fortalecidos, respetando los derechos de las pacientes.
- Exhortar a los ministerios a que establezcan estrategias y planes con cálculo de costos, de modo de obtener un personal de partería eficiente que se encargue de la salud materna y neonatal, y llevar a la práctica dichas estrategias y dichos planes.
- Promover el reconocimiento de la partería.
- Proporcionar apoyo financiero y en especie a fin de fomentar la capacidad de las asociaciones de partería.
- Alentar los foros internacionales y facilitar los intercambios de conocimientos, prácticas recomendables e innovaciones.
- Alentar el establecimiento de un programa mundial de investigación en partería (en correspondencia con los ODM y para más adelante) y apoyar la aplicación de dicho programa a nivel de país.

hasta ahora ninguno ha abordado concretamente el papel de las parteras y de otro personal con competencias de partería, ni ha destacado los efectos de este conjunto de agentes de salud sobre la supervivencia y la salud de las madres y los recién nacidos. Establecer servicios de calidad de partería debería ser un componente esencial de todas las estrategias encaminadas a mejorar la salud materna y neonatal.

Habida cuenta del presente informe, cabe esperar que los responsables políticos examinen el papel de las parteras en sus respectivos países, modifiquen en consecuencia sus políticas y estrategias, y realicen las inversiones necesarias a fin de lograr un más fuerte personal de partería facultado para desempeñarse correctamente, efectúen un seguimiento de ese desempeño y sus resultados, y logren rápidos progresos en la calidad de la atención de la salud reproductiva, materna y neonatal. Junto con esas acciones, es preciso prestar mayor atención a crear y recopilar nuevos datos objetivos sobre los cuales basar las medidas

que adopten los países y proporcionar un conjunto de conocimientos actualizados. Si bien estuvo sujeta a limitaciones en los datos disponibles y la cantidad de países incluidos, y a presiones de tiempo, esta primera edición del informe *Estado de las Parteras en el Mundo* ofrece una base de referencia a futuras ediciones del informe a fin de medir los progresos e introducir mejoras.

Exhortamos a los gobiernos nacionales y subnacionales, a las comunidades, a las entidades de la sociedad civil y a asociados para el desarrollo a que hagan un balance y respondan poniendo en práctica las medidas precedentemente indicadas. Tenemos la convicción de que, cuando dichas medidas se pongan en práctica, las mejoras resultantes en la planificación de la familia, la atención prenatal, del parto y posnatal, y los servicios para el VIH mejorarán el estado de salud de la población y estimularán el desarrollo socioeconómico en general. “Cuidar la salud y salvar vidas” es nuestra responsabilidad compartida.

RESEÑAS DE PAÍSES



El informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011* proporciona datos e indicadores acerca de carencias, progresos y problemas relativos a la salud de la madre y el recién nacido y al personal de partería en los 58 países incluidos en el informe. Los indicadores aportan un panorama general de los datos nacionales disponibles en bases de datos acordadas internacionalmente, incluido el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las reseñas que figuran a continuación también presentan, por primera vez, datos relativos a la partería a escala de país, sobre la base de los datos recogidos en la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. Aun cuando no se han ahorrado esfuerzos por verificar los datos recogidos, cotejándolos con los provenientes de múltiples fuentes, algunos datos correspondientes a los indicadores deben ser considerados como la mejor estimación disponible, y pueden estar sujetos a cambios ulteriores.

Afganistán	40	Marruecos	98
Bangladesh.....	42	Mauritania	100
Benin.....	44	Mozambique	102
Bhután	46	Myanmar	104
Bolivia (Estado Plurinacional de)	48	Nepal.....	106
Botswana.....	50	Nicaragua	108
Burkina Faso	52	Níger	110
Burundi.....	54	Nigeria	112
Camboya	56	Pakistán	114
Camerún.....	58	Papua Nueva Guinea.....	116
Chad.....	60	República Centroafricana.....	118
Comoras	62	República Democrática del Congo.....	120
Côte d'Ivoire.....	64	República Democrática Popular Lao.....	122
Djibouti	66	República Unida de Tanzania	124
Etiopía	68	Rwanda.....	126
Gabón	70	Senegal.....	128
Gambia	72	Sierra Leona.....	130
Ghana	74	Somalia.....	132
Guinea	76	Sudáfrica	134
Guinea-Bissau	78	Sudán.....	136
Guyana	80	Tayikistán.....	138
Haití.....	82	Timor-Leste.....	140
India	84	Togo	142
Indonesia	86	Uganda	144
Kenya.....	88	Uzbekistán	146
Liberia.....	90	Viet Nam.....	148
Madagascar.....	92	Yemen	150
Malawi	94	Zambia.....	152
Malí	96	Zimbabwe.....	154

Afganistán

La situación de la salud en el Afganistán figura entre las más deficientes del mundo. La mortalidad materna sigue siendo una de las más elevadas. Los factores culturales y geográficos siguen creando barreras que obstan al acceso de las mujeres a los servicios de salud. Actualmente existe un plan de acción nacional para la seguridad de los productos de salud reproductiva, y se ha puesto en marcha el Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud Reproductiva 2008-2020, que incorpora la Iniciativa sobre la maternidad sin riesgo. El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha una importante iniciativa de capacitación de parteras antes de su ingreso en el servicio, a fin de proporcionar formación y diplomar a las nuevas parteras. Esto incluye fortalecer los programas existentes para la ubicación de las egresadas en hospitales provinciales, regionales y nacionales, y establecer programas comunitarios de educación de parteras para las que residen en las comunidades. Son pruebas del éxito de estos programas los aumentos sustanciales en las cantidades de parteras que ejercen la profesión en zonas tanto urbanas como rurales, así como el aumento de la cantidad de partos que son atendidos por personal capacitado. Está previsto que informe al respecto una nueva Encuesta Demográfica y de Salud en 2011.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	29.117; 23
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	3.208; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	6.380; 22
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	47
Nacimientos por año (000)	1 250
% de nacimientos registrados	6
Cantidad de defunciones maternas	18.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	53
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	29
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	–
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,7
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	3.983
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	41; 15
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1 400
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	14
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	19
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	151
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	16; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	201

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2 331
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	254
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	No disponible
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	39; 5
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	478; 320 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 11 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	17 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	27 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	1.600
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

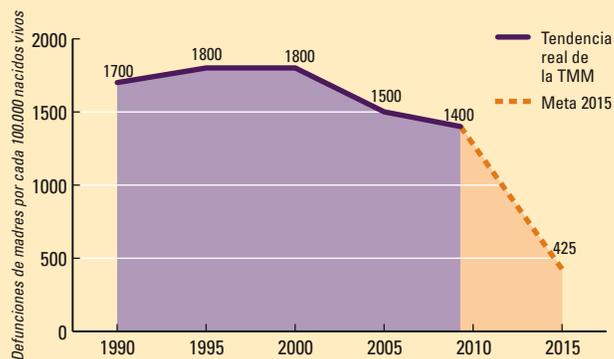
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	1.152
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	90
Establecimientos por 1.000 partos	–

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



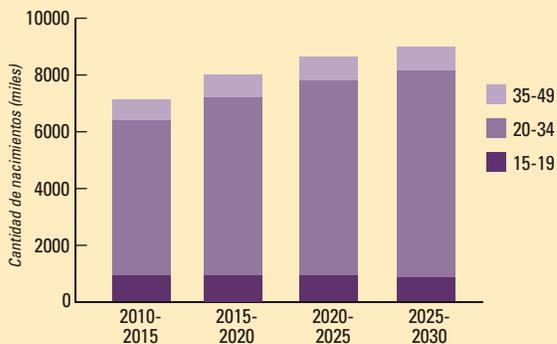
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Bangladesh

Bangladesh es, entre los países menos adelantados, uno de los más extensos y más densamente poblados; una tercera parte de su población tiene menos de 15 años. El aumento en la educación femenina y la provisión de servicios de planificación de la familia han logrado mejorar la salud de la mujer. Se ha reducido en un 61% la tasa de mortalidad materna en comparación con la de 1990. Diversos factores culturales y socioeconómicos siguen creando obstáculos al parto en establecimientos de salud, situación agravada por la deficiente calidad de la atención, particularmente en zonas rurales. El Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza y el Programa Sectorial de Salud, Nutrición y Población tienen como prioridades el logro de los ODM 5 y 4. El Gobierno se ha comprometido a incrementar la tasa de partos atendidos en establecimientos de salud hasta un 50%, educando y certificando a un nuevo conjunto de 3.000 parteras profesionales para las cuales el Ministerio de Salud recientemente ha aprobado un programa de educación con ingreso directo y tres años de duración, que presta atención especial a las candidatas procedentes de zonas rurales.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	164.425; 28
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	16.733; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	45.388; 28
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	21
Nacimientos por año (000)	3.428
% de nacimientos registrados	10
Cantidad de defunciones maternas	12.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	30
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	37
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	91
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	9.360
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	43; 45
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	60; 50

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	340
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	18
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	56
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	133
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	51; 21
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	17
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	55

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	26.899
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	1.250
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	6.167
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	74; 24
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	7.710
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	8 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	1.415; 1.005 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 110 ●
Tasa de mortalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	21 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	57 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	84
Afiliación a ICM; ICN	No; No

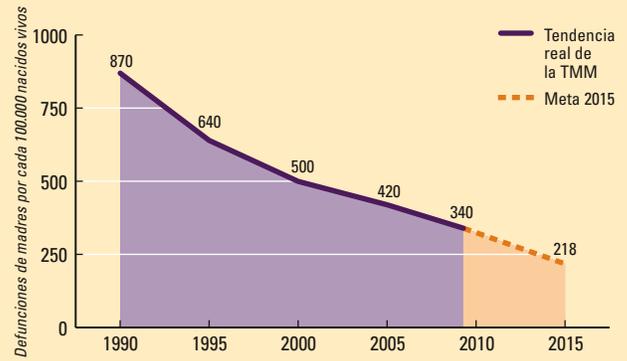
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

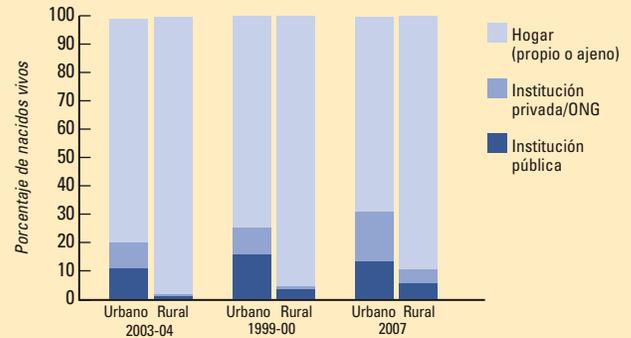
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	4.276
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	419
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	132
Establecimientos por 1.000 partos	1

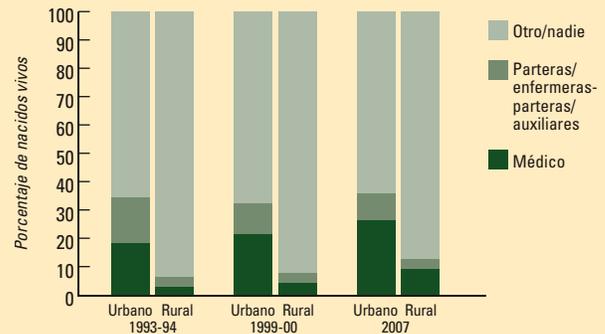
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



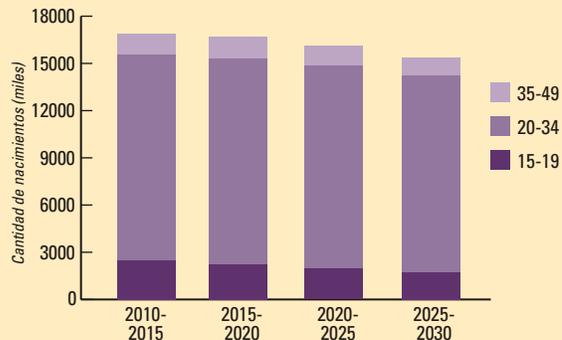
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Benin

Con una población que va en aumento, Benin registra altas tasas de fecundidad en general y de fecundidad en la adolescencia. Se han establecido políticas para alentar la educación de las niñas. A partir de 1990, se ha reducido en un 50% la mortalidad materna, pero los estándares en los servicios de salud y el nivel de cobertura siguen siendo bajos. El Gobierno ha instaurado la Estrategia Nacional para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal (2006-2015), que considera los recursos humanos. Se ha establecido una política de gratuidad de los servicios de salud materna (inclusive operaciones cesáreas gratuitas), y se ha fortalecido la capacidad de parteras y enfermeras de maternidad para encargarse de un conjunto de intervenciones de salud sexual y reproductiva (incluidas la atención del parto incontaminado y sin riesgo, la planificación de la familia y la atención posterior al aborto). Recientemente, se ha reactivado un programa de formación en partería con ingreso directo y tres años de duración. Actualmente, están en curso iniciativas para mejorar la calidad de la educación y de los estándares profesionales, que incluyen la revisión del currículo para ajustarlo a las competencias esenciales indicadas por la ICM y contribuir así a subsanar las deficiencias en la calidad y la disponibilidad del personal de partería.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	9.212; 42
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	974; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.119; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	39
Nacimientos por año (000)	338
% de nacimientos registrados	60
Cantidad de defunciones maternas	1.400
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	32
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	171.532
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	390
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	46; 26
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	54; 28

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	410
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	74
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	17
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	114
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	84; 61
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	30
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	121

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	1.288
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	50
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	40
Cantidad de egresadas (2009)	113
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	161; 90 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 43 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	27 ●

► **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	43
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

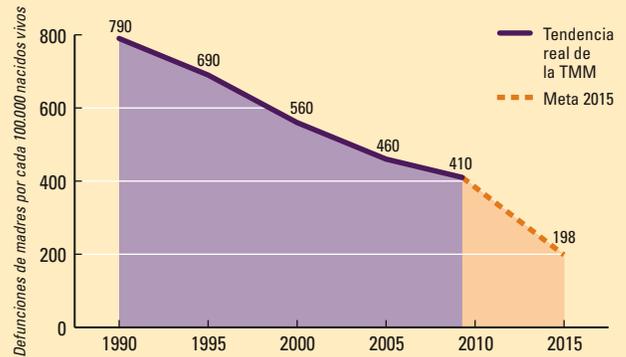
► **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

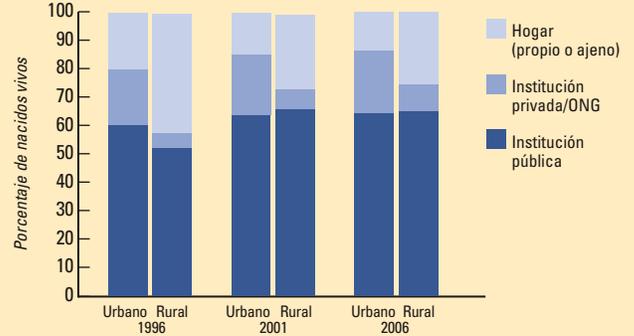
► **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	444
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	7
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	22
Establecimientos por 1.000 partos	1

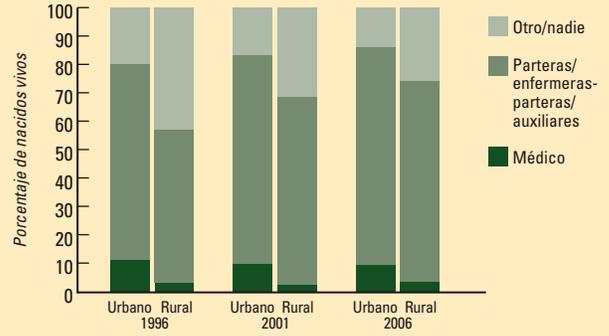
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



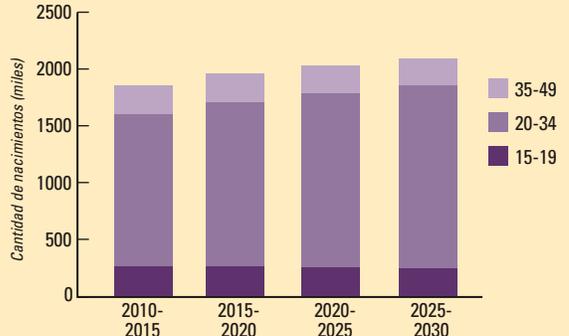
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Bhután

En los últimos decenios, Bhután ha logrado adelantos en el desarrollo de su sector de salud. Las reducciones en el crecimiento demográfico y la mayor prevención del VIH han contribuido a mejorar las condiciones de salud. Se ha reducido sustancialmente la mortalidad materna. Se ha establecido una política de atención gratuita de la salud materna y se ha formulado un plan maestro de recursos humanos para la salud. Recientemente se ha actualizado el currículo. Pese al aumento de la matriculación en cursos de partería, el país cuenta con solamente una institución educacional moderna. El déficit de especialistas (anestesiólogos y obstetras) que puedan hacerse cargo de atender las complicaciones afecta la eficiencia de los servicios disponibles. Se imparte capacitación a enfermeras para que administren anestesia y se promueve la "alternación en las tareas" a fin de que las parteras educadas tengan la capacidad y la autonomía necesarias para hacerse cargo de emergencias, en lugar de recurrir a médicos no especializados.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	708; 35
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	78; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	184; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	21
Nacimientos por año (000)	15
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	30
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	34
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	–
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	22
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	62; 61
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	65; 39

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	200
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	71
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	31
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	46
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	88; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	81

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	212
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	3
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	3; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	9
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	400
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	15 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	7; 5 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 170 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	14 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	43 ●

► **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	-; -

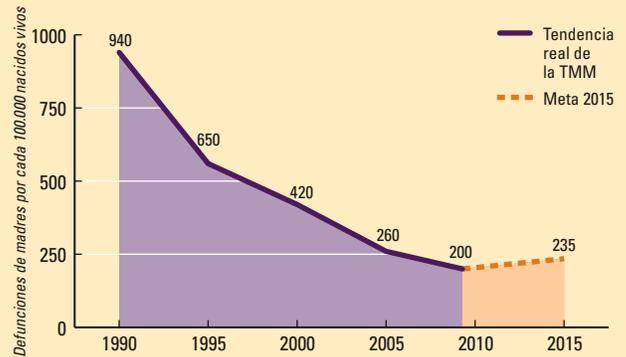
► **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

► **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	218
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	35
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	7
Establecimientos por 1.000 partos	15

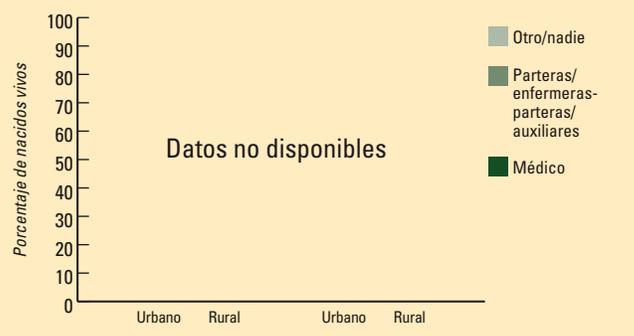
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



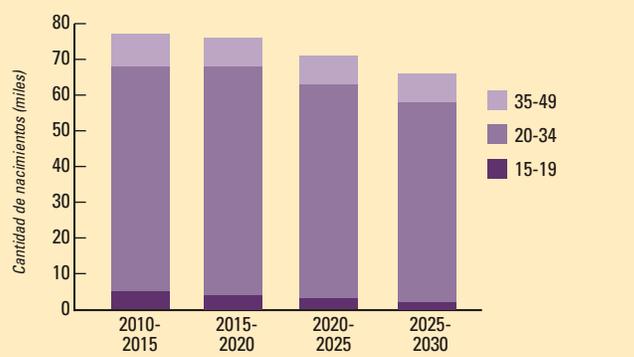
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Bolivia (Estado Plurinacional de)

Bolivia, una de los países más pobres de América del Sur, está experimentando una intensa migración desde zonas rurales hacia las ciudades; las mujeres indígenas y campesinas tienen menos acceso a servicios de salud. Se ofrece atención gratuita de la salud a las embarazadas y los niños menores de cinco años. Un programa de transferencia condicional de efectivo establecido en 2008 tiene la intención de acrecentar la atención prenatal y reducir la malnutrición. Hay escasez de recursos humanos cualificados en servicios de salud materna, particularmente en las zonas rurales y entre las poblaciones indígenas. En 2008 se puso en marcha en cinco universidades una nueva iniciativa encaminada a desarrollar la capacidad y diplomar al nuevo personal de enfermeras obstétricas. Se impartió capacitación a nuevos profesores, se alentó la matriculación de estudiantes procedentes de zonas rurales y en 2010 se admitió al primer grupo de estudiantes. La próxima etapa importante será el reconocimiento oficial y la incorporación del nuevo personal de enfermeras obstétricas en el Sistema Nacional de Salud. Será esencial asegurar la formación permanente y un suministro suficiente de productos básicos y equipo, a fin de posibilitar que las parteras se desempeñen en un ámbito propicio.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	10.031; 67
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.077; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.529; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	27
Nacimientos por año (000)	263
% de nacimientos registrados	74
Cantidad de defunciones maternas	470
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	22
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	16
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	73.369
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	3,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	256
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	83; 81
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	96; 86

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	180
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	66
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	61
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	89
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	77; 58
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	20
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	54

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.995
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	7.172
Obstetras	1.270
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	3; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	60
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	56
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	250
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	No

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	11 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	115; 38 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 150 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	43 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

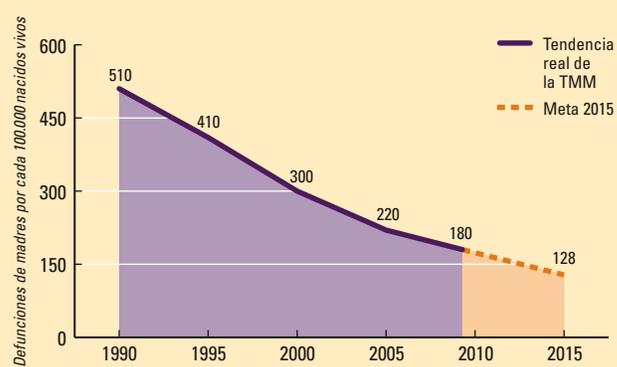
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

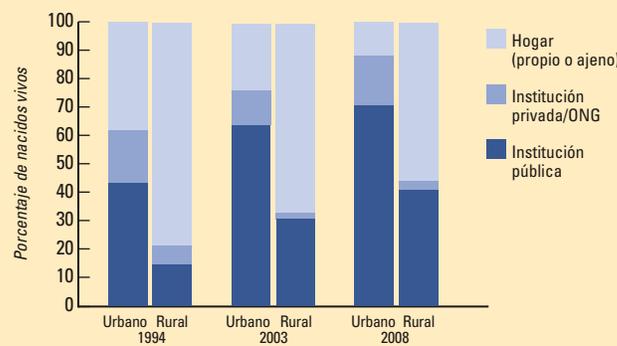
▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	2.440
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	900
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	100
Establecimientos por 1.000 partos	9

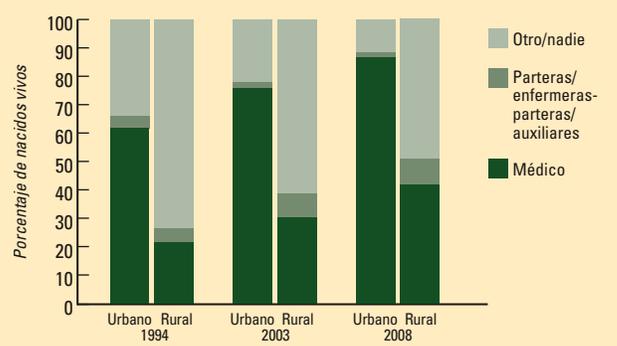
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



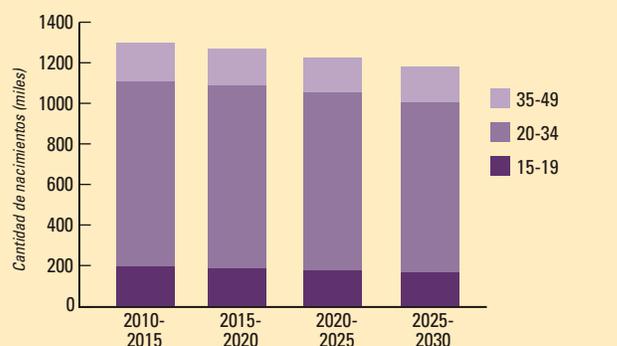
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Botswana

El VIH está asociado con casi un 80% de las defunciones maternas y con la disminución de la esperanza de vida al nacer y sigue siendo el obstáculo dominante para el desarrollo de Botswana. Persisten las altas tasas de mortalidad materna. El Gobierno ha formulado el Plan nacional integral de salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud materna y planificación de la familia son gratuitos. Se ha restaurado y funciona eficazmente el Programa de prevención de la transmisión de la madre al niño. Los servicios de salud, en su mayoría, tienen déficit de personal, tanto en cantidad como en competencias. El personal de partería corre peligro de ralearse paulatinamente. La calidad de la educación en partería queda limitada por la falta de profesores con experiencia clínica y por las deficiencias en la infraestructura y el sistema educacional. Es necesario revisar el programa. Las parteras registradas tienen un título amparado por la ley y se está creando una base de datos electrónicos para el registro de las parteras que obtienen licencia profesional. La formación anterior al servicio y el fortalecimiento de la capacidad estadística son esferas que requieren mayor desarrollo.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.978; 61
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	217; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	528; 27
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	25
Nacimientos por año (000)	47
% de nacimientos registrados	58
Cantidad de defunciones maternas	91
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	22
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	16
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	44.386
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	3,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	–
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	78; 82
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	83; 84

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	190
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	94
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	44
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	51
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	97; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	59

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	5.006
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	595
Obstetras	No disponible
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	9; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	265
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	202
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	-
Complicaciones del parto por día; rurales	22; 9
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 180
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	7
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	38

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	-

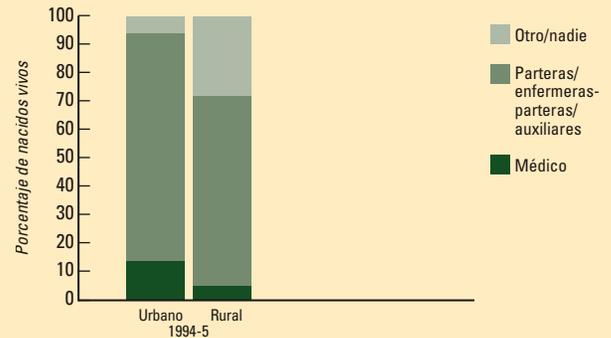
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



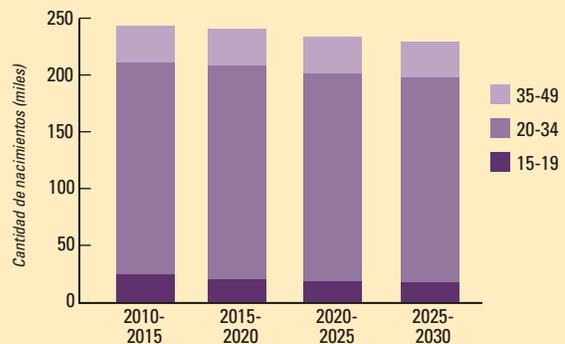
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Burkina Faso

Burkina Faso posee una estructura demográfica joven (un 60% de la población es menor de 20 años). Las tasas de utilización de anticonceptivos son bajas y las de fecundidad siguen siendo altas. La matriculación escolar es muy baja, especialmente en lo concerniente a las niñas. Al parecer, está disminuyendo la prevalencia del VIH. Se ha reducido la mortalidad materna, pero la tasa sigue siendo alta. El Plan de campaña 2006 para la reducción de la mortalidad materna abarca un conjunto de servicios gratuitos de salud materna, inclusive la atención del parto y la atención obstétrica de urgencia. Los servicios de salud, en su mayoría, tienen déficit de personal, tanto en cantidad como en competencias. En 2007 se puso en marcha un programa con ingreso directo, de tres años de duración. Tras su graduación, se emplea a las parteras en el sistema de salud pública, aun cuando el envío de parteras a zonas rurales sigue tropezando con problemas. Un modelo piloto de servicios de maternidad dirigidos por parteras ha tenido éxito y podría duplicarse en las zonas rurales. Los futuros enfoques de la capacitación y la retención de las parteras podrían beneficiarse si se prestara mayor atención a asegurar que las egresadas tengan todas las competencias esenciales y si se encontraran candidatas procedentes de zonas rurales.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	16.287; 26
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.726; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.752; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	47
Nacimientos por año (000)	718
% de nacimientos registrados	64
Cantidad de defunciones maternas	4.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	37
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	310.583
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	773
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	23; 17
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	37; 22

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	560
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	54
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	17
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	131
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	85; 18
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	29
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	169

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	3.648
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	2.649
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	572
Obstetras	51
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	6; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.752
Cantidad de egresadas (2009)	-
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5	●
Complicaciones del parto por día; rurales	306; 227	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 28	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	22	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

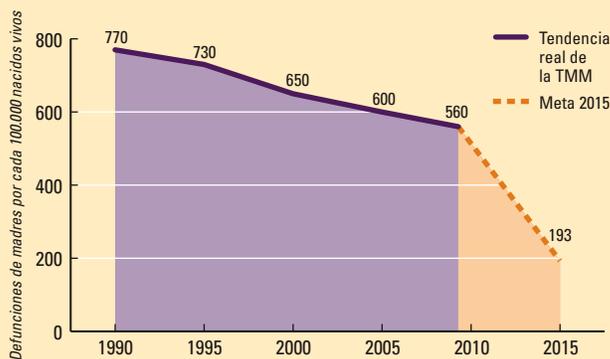
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

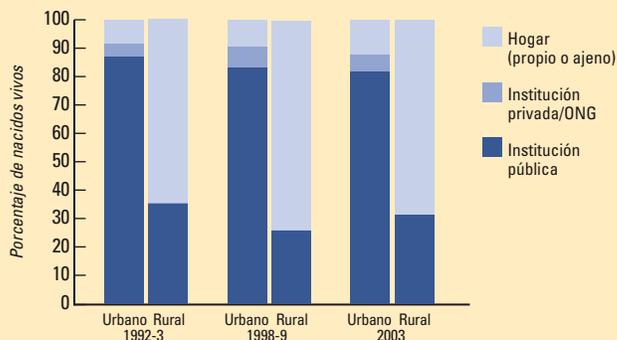
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	–
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	–

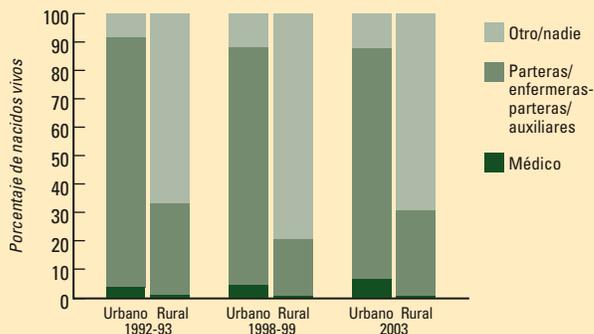
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



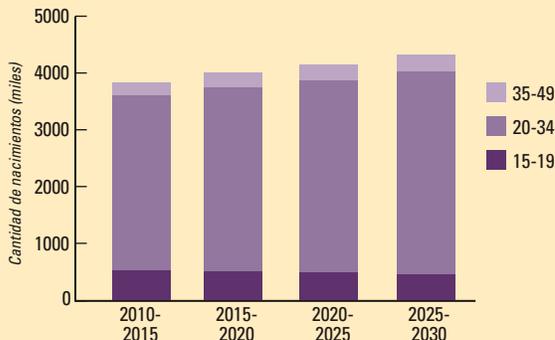
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Burundi

En los últimos decenios, Burundi ha experimentado trastornos de gran magnitud debido a los desplazamientos de población y la presencia de refugiados. Más de tres cuartas partes de la población viven en situación de pobreza. El VIH sigue siendo motivo prioritario de preocupación. La tasa de utilización de anticonceptivos es baja y la de mortalidad materna sigue siendo muy alta. El Plan de campaña 2005 tiene el propósito de acrecentar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de salud materna y aumentar la cobertura de atención del parto. En 2007 se reimplantó un programa de educación en partería con ingreso directo y cuatro años de duración, y se actualizó el currículo. Al egresar, se garantiza el empleo de las parteras. El déficit de profesores afecta la calidad del programa. Recientemente se estableció la Asociación de Parteras, que está colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud. Si bien la cantidad de parteras educadas aumenta todos los años, es preciso prestar atención a acrecentar el número de admisiones en los programas de estudios y mejorar la calidad de éstos. La distribución de las parteras, la educación permanente y la retención del personal de partería en el sistema de salud pública siguen siendo esferas clave de las políticas.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	8.519; 11
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	975; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.247; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	34
Nacimientos por año (000)	275
% de nacimientos registrados	60
Cantidad de defunciones maternas	2.700
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	43
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	28
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	113.053
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	No
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	994
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	21; 15
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	72; 60

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	970
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	34
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	9
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	30
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	92; -
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	29
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	168

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	1.159
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	-
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	48
Obstetras	8
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	-
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	-
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	78
Cantidad de egresadas (2009)	-
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4
Complicaciones del parto por día; rurales	140; 124
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 25
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	26

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	23
Afiliación a ICM; ICN	No; No

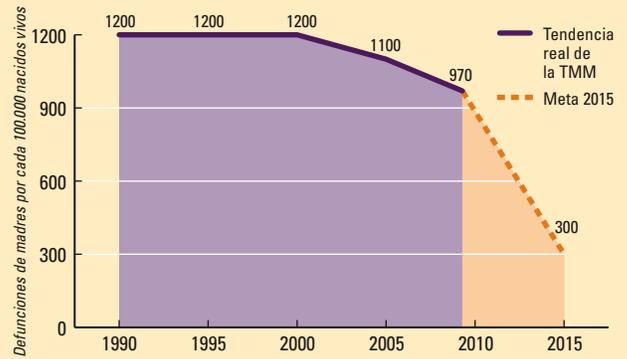
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	12
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	48
Establecimientos por 1.000 partos	-

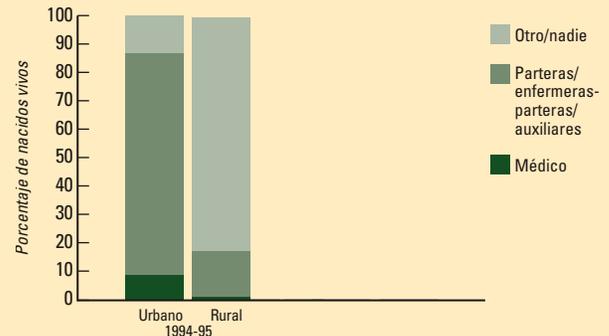
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



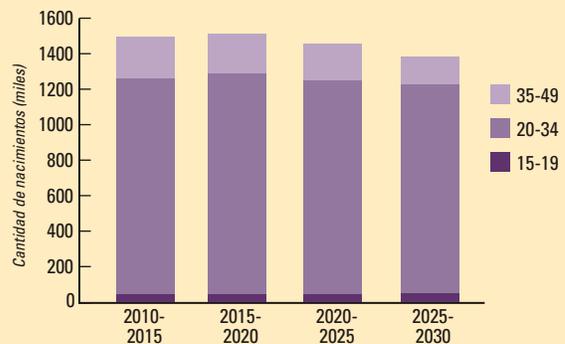
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Camboya

Con un 80% de su población residiendo en zonas rurales, en los últimos decenios Camboya ha logrado notables progresos en cuanto a reducir la pobreza y mejorar la salud de la población. En comparación con 1990, las tasas de mortalidad materna han disminuido en un 58%, pero persisten factores socioculturales y económicos que obstaculizan el acceso de las mujeres a servicios de salud pública. Se está poniendo a prueba y ampliando paulatinamente una política de acceso gratuito a los servicios para grupos de bajos ingresos. El Plan Estratégico de Salud 2008 asignó prioridad a la salud materna. El país padece una aguda escasez de profesionales de la salud y no egresan de los programas de estudios cantidades suficientes de personal. En 2006 se estableció el Consejo de Partería. En 2008 se introdujo un programa de enseñanza en partería con ingreso directo y tres años de duración, y se está preparando el currículo para un curso de licenciatura de cuatro años de duración. Mientras esas iniciativas se están poniendo en marcha, se han establecido varios planes de capacitación en el servicio. En respuesta a la actual escasez de parteras, es importante fortalecer las competencias y las cantidades de docentes en los cursos de partería, así como los materiales didácticos, el equipo y la infraestructura.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	15.053; 20
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.846; 12
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	4.177; 28
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	25
Nacimientos por año (000)	360
% de nacimientos registrados	66
Cantidad de defunciones maternas	1.100
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	30
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	19
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	153.884
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,0
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	736
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	44; 36
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	85; 71

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	290
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	44
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	40
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	52
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	69; 27
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	25
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	90

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.014
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	1.815
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	No disponible
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	16; 5
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí

TAILANDIA

REPÚBLICA
DEMOCRÁTICA
POPULAR
LAO

CAMBOYA

Phnom Penh

VIET NAM

OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	6
Complicaciones del parto por día; rurales	160; 128
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 110
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	6
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	34

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	1.915
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

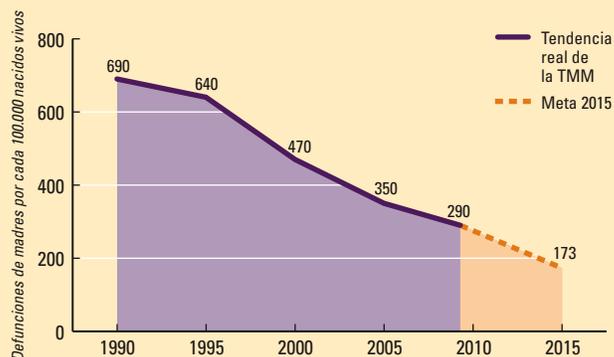
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

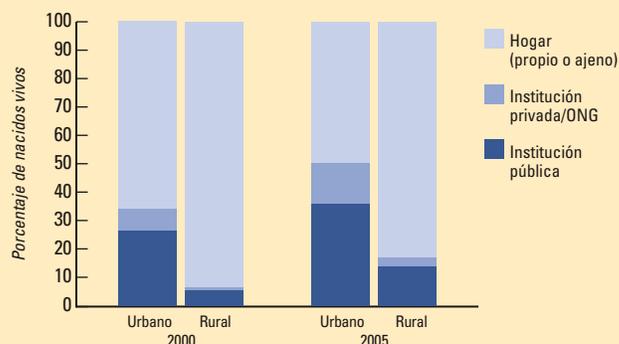
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	1.087
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	19
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	25
Establecimientos por 1.000 partos	3

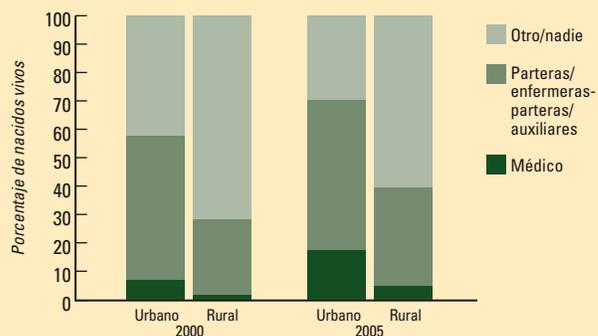
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



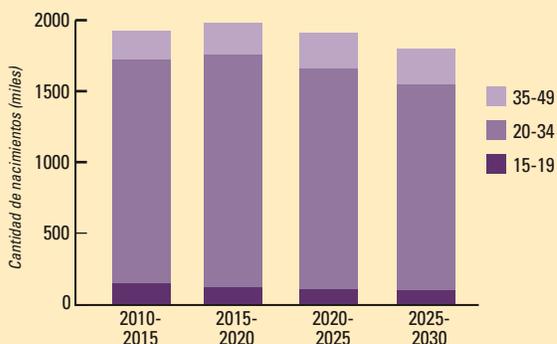
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Camerún

Más de la mitad de la población del Camerún reside en zonas urbanas; y el país ha recibido grandes cantidades de personas desplazadas. Las tasas de mortalidad materna siguen siendo muy altas y no han disminuido sustancialmente en comparación con 1990. Se están aplicando medidas para reducir las barreras financieras que obstan a la atención de la salud materna. Se está preparando un plan de desarrollo y gestión de los recursos humanos, haciendo especial hincapié en la formación de parteras y en los incentivos para retener al personal en zonas rurales, además de impartir formación a médicos generales en atención obstétrica integral de urgencia y capacitación a enfermeras anestesiadas. Actualmente, la educación en partería es accesible tras egresar de cursos de enfermería y acumular al menos dos años de experiencia. Aún no ha finalizado la evaluación del currículo respecto de las competencias esenciales que indica la ICM. El país carece de programas de estudios en partería con ingreso directo, pero se prevé revisar el sistema de educación en partería y acrecentar las cantidades de estudiantes. Con esos fines, dentro de poco se establecerá una escuela de partería afiliada a la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	19.958; 58
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.188; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	4.817; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	37
Nacimientos por año (000)	701
% de nacimientos registrados	70
Cantidad de defunciones maternas	4.200
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	37
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	291.473
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	639
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	41; 33
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	84; 68

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	600
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	63
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	29
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	141
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	82; 60
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	20
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	155

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

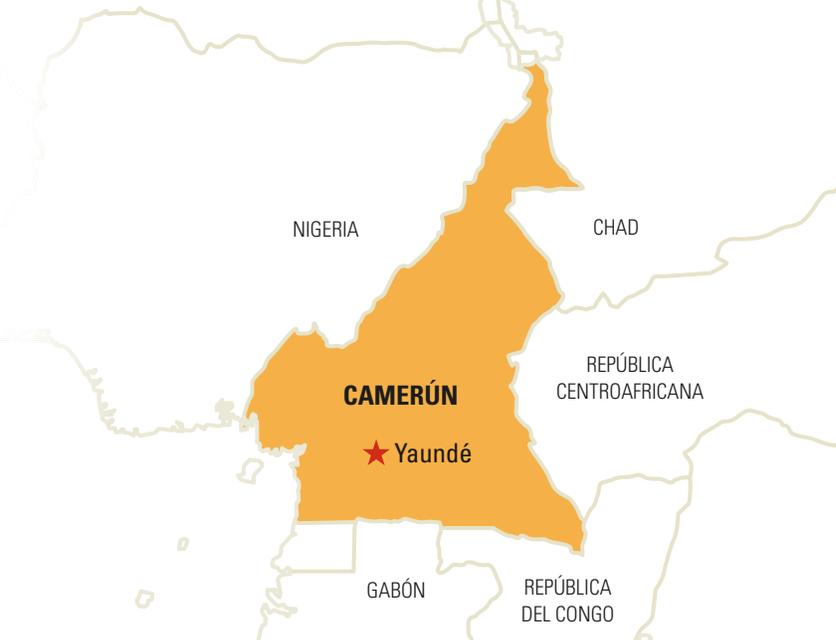
Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	122
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	245
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	1.452
Obstetras	102
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	4; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	65
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	73
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	0,2	●
Complicaciones del parto por día; rurales	304; 131	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 35	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	24	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

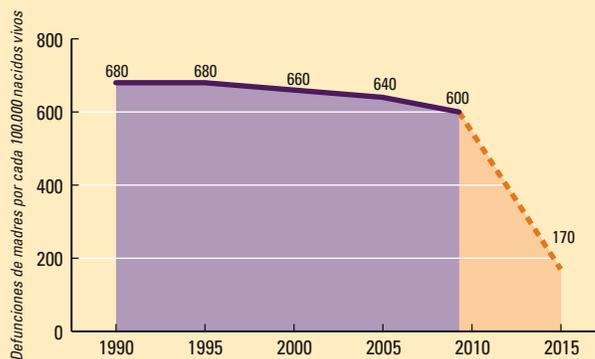
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

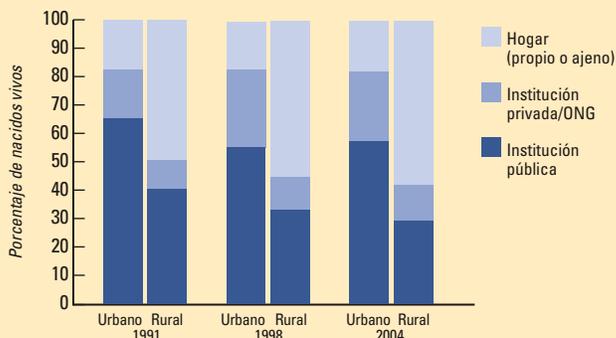
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	–

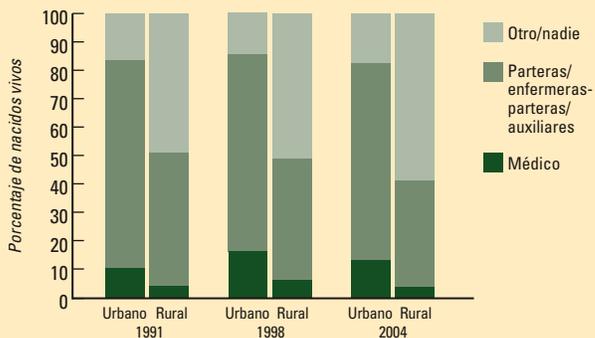
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



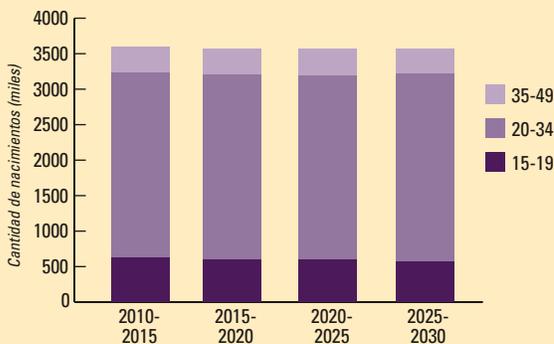
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Chad

La población del Chad sigue afectada por conflictos internos e inseguridad. La tasa de fecundidad total es muy alta y la de utilización de anticonceptivos sigue siendo muy baja. Desde 1990, hubo una disminución del 5% en la tasa de mortalidad materna, que sigue siendo una de las más altas del mundo. El Plan de campaña para reducir la mortalidad materna y neonatal reconoce que las parteras son personal de importancia crucial. A partir de 2007, un Decreto presidencial instituyó servicios gratuitos de atención obstétrica de urgencia. El Chad tiene una red de 11 escuelas a escala de distrito que imparten capacitación en partería a parteras y otro personal de salud. A partir de 1998, ha aumentado moderadamente el número de parteras, pero más de la mitad de ellas trabajan en la capital; el Gobierno está estudiando el otorgamiento de incentivos para que trabajen en zonas rurales. Es preciso que la dotación de personal de partería aumente pronunciadamente, para satisfacer las necesidades actuales y futuras del país. El fortalecimiento y la ampliación de los programas educacionales es un factor fundamental para asegurar un adecuado personal de parteras sumamente calificadas.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	11.506; 28
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.236; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.598; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,2
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	46
Nacimientos por año (000)	493
% de nacimientos registrados	9
Cantidad de defunciones maternas	5.900
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	46
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	29
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	32.119
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.170
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	26; 12
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	44; 22

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1.200
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	14
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	3
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	193
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	39; 18
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	23
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	209

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	220
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	21; 16
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	–

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	0,4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	217; 157 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 14 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	14 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	22 ●

▶ **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	75
Afiliación a ICM; ICN	No; No

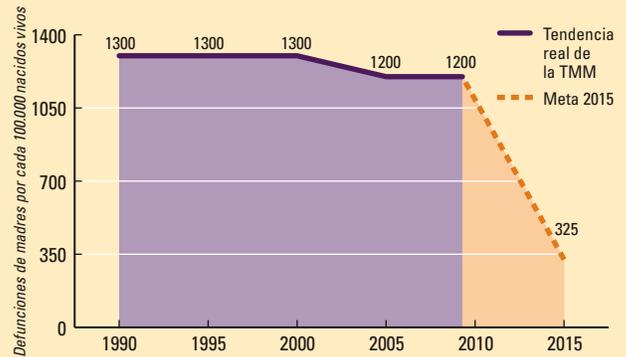
▶ **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

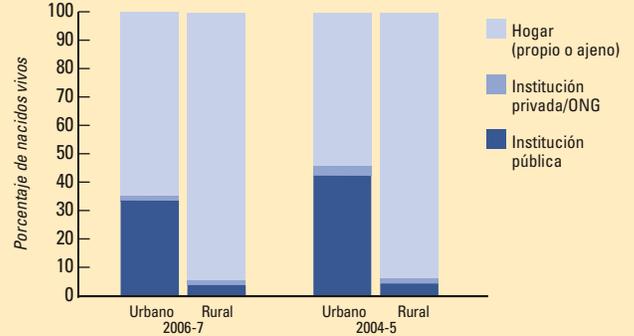
▶ **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	59
Establecimientos por 1.000 partos	–

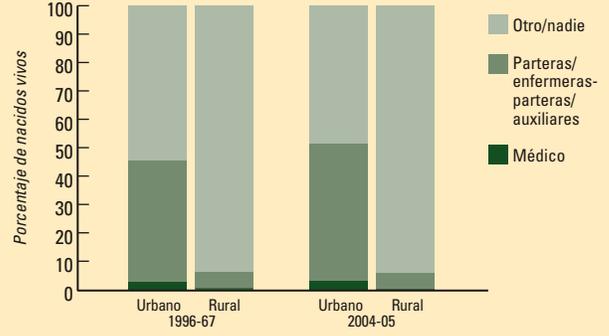
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



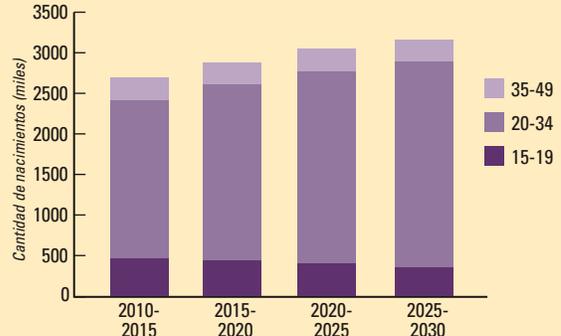
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Comoras

La Unión de las Comoras comprende tres islas en el Océano Índico. Su población, con un promedio de 24 años de edad, es relativamente joven y va en aumento. En los últimos 20 años, disminuyó en un 36% la mortalidad materna, pero sigue siendo alta, aun cuando un gran porcentaje de partos cuenta con asistencia de personal de partería cualificado. Hay dos hospitales que ofrecen atención obstétrica integral de urgencia, pero aparte de esas instituciones, no hay servicios que ofrezcan atención obstétrica básica de urgencia. Si la pérdida natural de puestos debida a la migración fuera objeto de ordenamiento o gestión, las cantidades de graduadas que se suman al personal de partería bastarían en gran medida para equilibrar las cantidades. Hay dos asociaciones de partería, pero no se han elaborado ni reglamentaciones ni sistemas de otorgamiento de licencias. Cabe esperar que las mejoras en la retención y los planes de desarrollo de las perspectivas de carrera de las parteras, sumados a un aumento en el presupuesto de salud, aceleren el progreso hacia los ODM relacionados con la salud.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	691; 28
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	68; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	177; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,0
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	32
Nacimientos por año (000)	21
% de nacimientos registrados	83
Cantidad de defunciones maternas	72
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	36
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	27
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	1.034
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,9
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	29
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	52; 39
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	79; 68

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	340
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	62
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	26
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	95
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	75; 52
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	35
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	105

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	199
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	No disponible
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	80
Obstetras	5
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	40
Cantidad de egresadas (2009)	13
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	9	●
Complicaciones del parto por día; rurales	9; 7	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 71	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	35	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	No; No

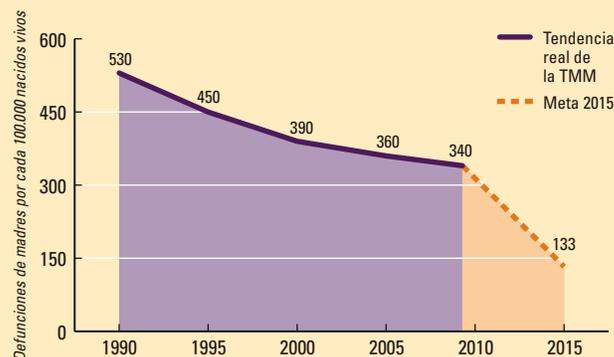
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

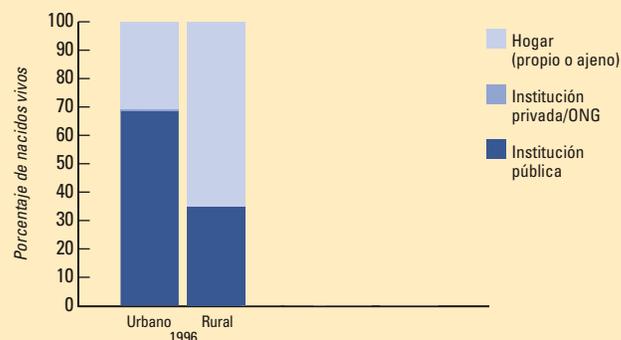
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	–
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	2
Establecimientos por 1.000 partos	–

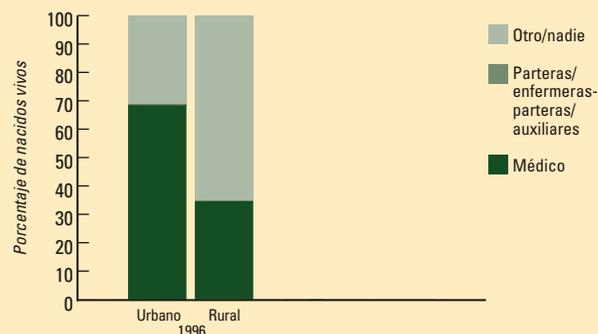
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



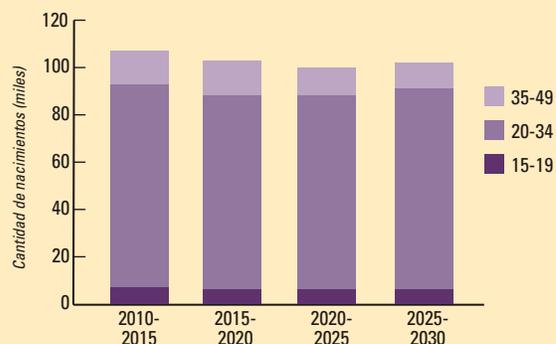
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Côte d'Ivoire

Como resultado de muchos años de inestabilidad y conflictos, en Côte d'Ivoire se han deteriorado los indicadores de salud y la infraestructura. La fecundidad sigue siendo alta y el uso de anticonceptivos sigue siendo bajo. Se ha reducido moderadamente la mortalidad materna en comparación con 1990, pero la tasa sigue siendo alta, debido en parte a la marcada prevalencia del VIH. La transición hacia servicios gratuitos de salud materna ha reforzado la demanda y actualmente está imponiendo mayores presiones sobre el frágil sistema de salud. El Plan de recursos humanos estimó la cantidad de personal de salud materna necesario y definió las funciones de diferentes profesionales. Desde 2007 se ofrece un programa de educación en partería con ingreso directo y tres años de duración, cuyo currículo incluye las competencias esenciales indicadas por la ICM. En términos generales, los programas de educación carecen de marco reglamentario y de planes de carrera. La asignación de las parteras egresadas a localidades rurales es problemática. Las estrategias clave para mejorar la educación son: mejorar las condiciones de captación y de trabajo de los docentes y reducir la cantidad de estudiantes por cohorte.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	21.571; 51
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.307; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	5.055; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4.6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	35
Nacimientos por año (000)	717
% de nacimientos registrados	55
Cantidad de defunciones maternas	3.400
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	39
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	32
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	342.698
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	667
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	34; 19
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	64; 44

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	470
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	57
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	13
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	111
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	85; 45
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	28
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	121

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.553
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	2.113
Obstetras	103
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	4; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.378
Cantidad de egresadas (2009)	329
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	335; 164 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 44 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	15 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	33 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	4.600
Afiliación a ICM; ICN	No; No

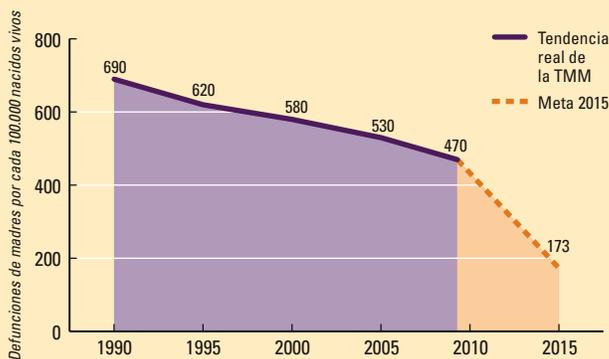
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

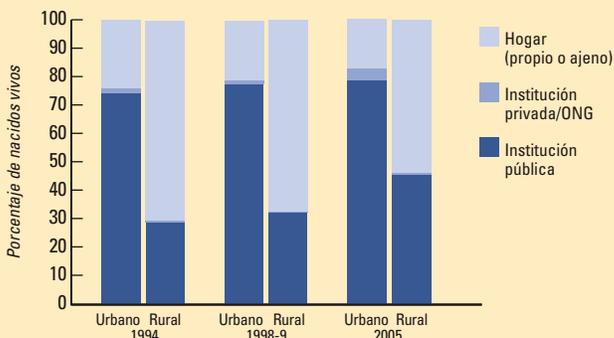
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	2.572
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	1.230
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	56
Establecimientos por 1.000 partos	4

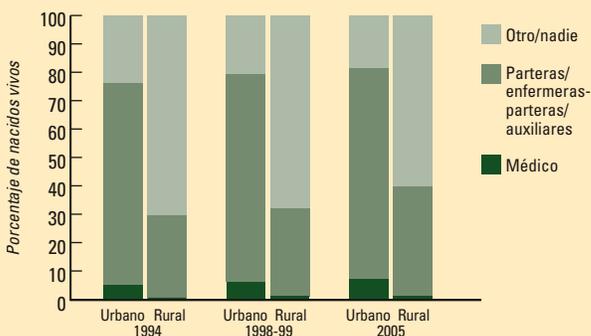
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



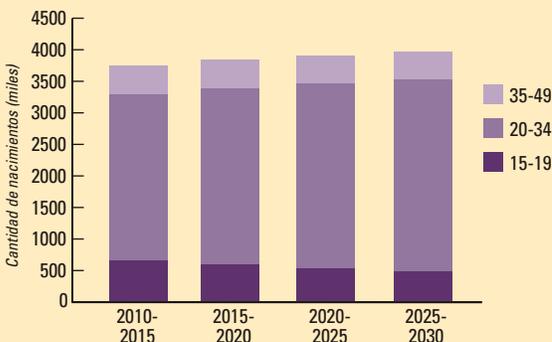
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Djibouti

En este país pequeño y con diversidad cultural, los habitantes, en su mayoría, residen en zonas urbanas. Djibouti enfrenta problemas de pobreza, altas tasas de fecundidad, baja utilización de servicios de salud reproductiva y alta prevalencia del VIH. Se ha reducido ligeramente la mortalidad materna, pero las tasas siguen siendo altas y la mutilación/corte genital femenino contribuye a la mortalidad y la morbilidad maternas. A partir de 2006 los servicios de salud materna, neonatal e infantil, además de otros servicios, se han proporcionado gratuitamente. La ausencia de un sistema estandarizado de información impide hacer proyecciones exactas de las necesidades de personal. El equipo y los recursos humanos están distribuidos desigualmente, en particular en las zonas interiores del país. Se ha establecido un programa de estudios en partería con ingreso directo y tres años de duración, afiliado al Instituto Superior de Ciencias de la Salud. El currículo incluye las competencias establecidas por la ICM. Se ofrecen oportunidades de carrera a las parteras que poseen varios años de experiencia. Actualmente, un requisito para la graduación de las parteras es una pasantía de seis meses en el servicio, antes de ser asignadas a un empleo. Está en curso la creación de una asociación de parteras.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	879; 76
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	100; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	232; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	28
Nacimientos por año (000)	24
% de nacimientos registrados	89
Cantidad de defunciones maternas	73
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	35
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	34
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	9.371
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,0
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	23
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	35; 24
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	300
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	61
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	18
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	27
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	92; 7
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	95

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	137
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	1
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	40
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	63
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	6 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	14; 3 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 93 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	16 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	37 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	No
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	-; -

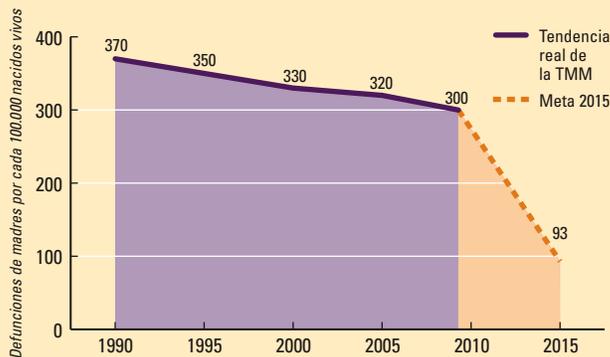
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	21
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	7
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	2
Establecimientos por 1.000 partos	1

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



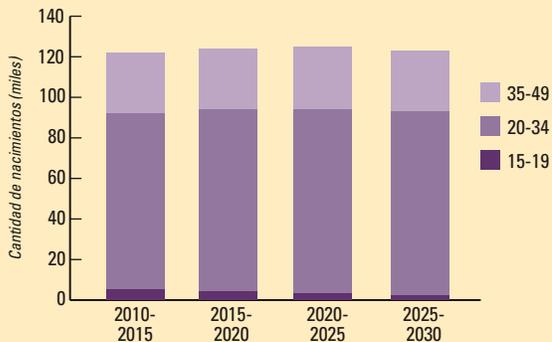
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Etiopía

Más del 80% de la población de Etiopía reside en zonas rurales. Es uno de los países de África con más altas necesidades insatisfechas de anticonceptivos y sólo un 6% de los partos reciben atención de personal capacitado. Desde 1990 ha ido disminuyendo sostenidamente la mortalidad materna, pero las tasas siguen siendo altas. La carencia de servicios de salud eficaces es grave, particularmente en las comunidades rurales y aisladas. La Estrategia Nacional de Salud Reproductiva 2006 incluye la salud materna y una de las principales prioridades de la Estrategia Nacional de Recursos Humanos de Salud es subsanar la aguda escasez de personal de partería. En 25 instituciones educacionales se ofrecen programas con ingreso directo. También se dispone de programas acelerados de estudios en partería y de capacitación obstétrica adicional para enfermeras. Se garantiza el empleo de las egresadas y se les ofrece puestos de trabajo en sus propias comunidades. Es importante fortalecer la infraestructura del sistema de salud, a fin de reforzar la capacidad y la motivación del personal de partería.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	84.976; 17
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	9.604; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	19.955; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	38
Nacimientos por año (000)	3 078
% de nacimientos registrados	7
Cantidad de defunciones maternas	14.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	35
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	488.554
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	8.760
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	39; 28
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	50; 23

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	470
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	6
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	15
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	109
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	28; 12
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	34
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	109

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	1.379
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	1.151
Obstetras	192
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	31.831
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	25; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	98
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	3.000
Cantidad de egresadas (2009)	777
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	0,4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	1.397; 1.146 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 40 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	34 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

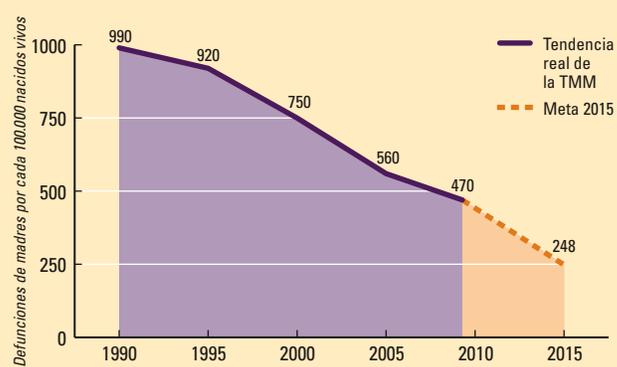
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

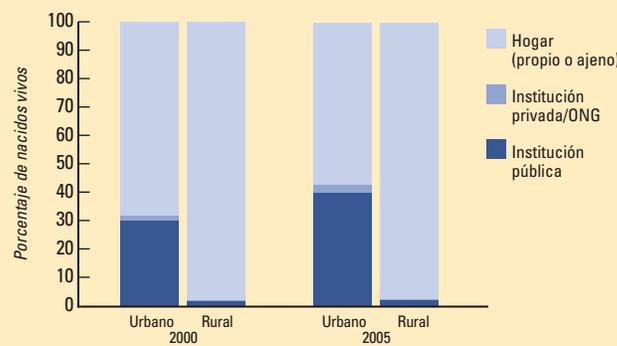
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	797
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	25
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	58
Establecimientos por 1.000 partos	0

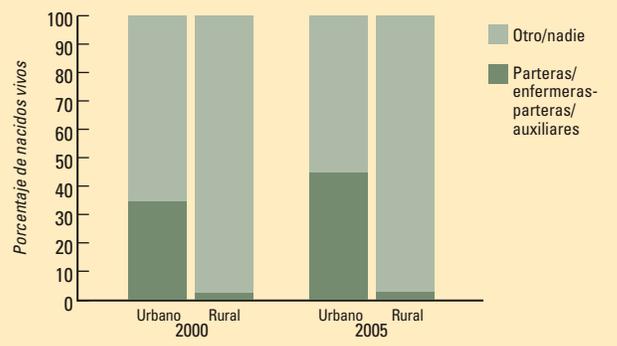
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



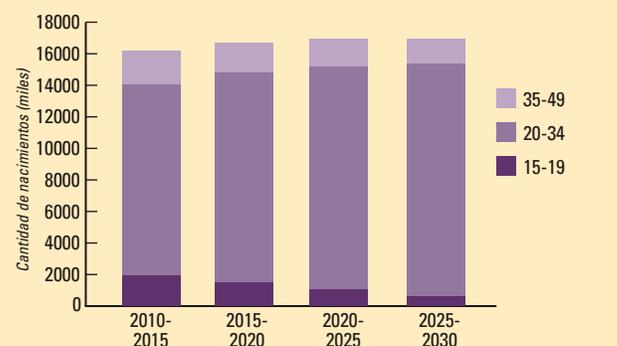
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Gabón

Pese a la abundancia de recursos naturales del Gabón, en la población pequeña y predominantemente urbana del país hay altas tasas de pobreza. En los últimos diez años, las tasas de fecundidad han disminuido sustancialmente. La prevalencia del VIH/SIDA entre adultos es de casi 6%. Las mujeres jóvenes están particularmente afectadas y, según se estima, un 26% de las defunciones maternas se deben al VIH. En el lapso transcurrido desde 1990 no se ha reducido la mortalidad materna. Se preparó un plan de campaña para reducir la mortalidad materna y neonatal, pero su aplicación está obstaculizada por las barreras en el acceso a los servicios y la deficiente calidad de la atención. La educación en partería está experimentando una declinación: hay escasez de docentes y es insuficiente la supervisión práctica de las estudiantes. El currículo del programa de educación en partería con ingreso directo no incluye todas las competencias esenciales recomendadas por la ICM. Es elevado el grado de desaparición espontánea de puestos de parteras en ejercicio de la profesión. La Asociación de Parteras es una activa promotora.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.501; 86
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	171; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	387; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	27
Nacimientos por año (000)	39
% de nacimientos registrados	89
Cantidad de defunciones maternas	100
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	25
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	17
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	9.321
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	5,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	26
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	–; –
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	91; 83

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	260
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	86
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	33
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	144
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	94; 63
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	28
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	71

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	460
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	276
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	174
Obstetras	21
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	91
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	68
Cantidad de egresadas (2009)	16
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	12 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	18; 4 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 110 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	8 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	36 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	284
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

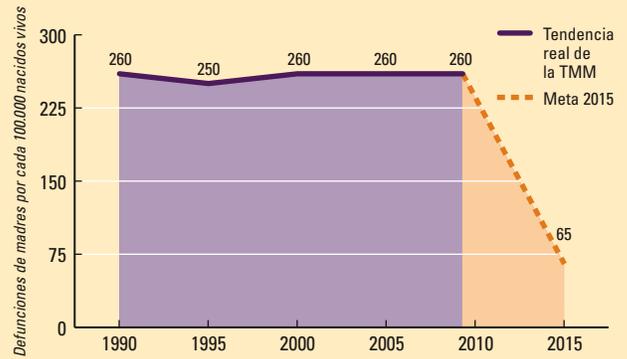
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

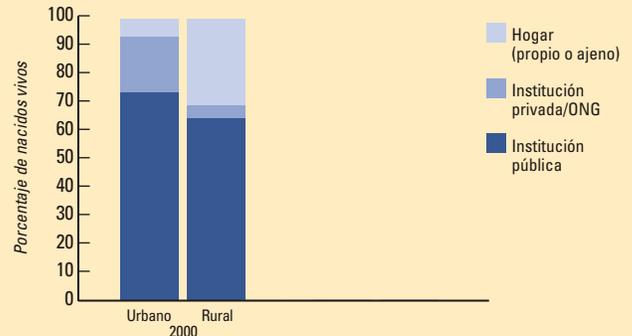
▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	102
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	44
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	14
Establecimientos por 1.000 partos	3

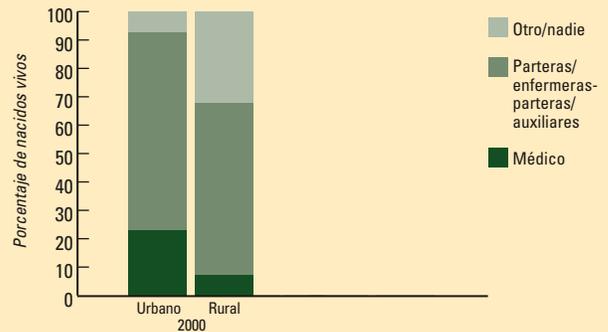
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



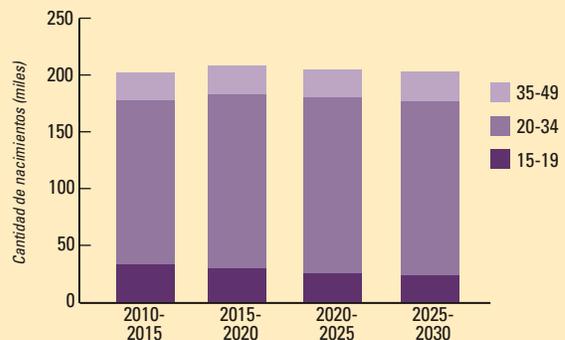
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Gambia

Más del 60% de la población de Gambia vive en la pobreza. La población, predominantemente urbana y joven, tiene bajas tasas de utilización de anticonceptivos y está aumentando aceleradamente. Desde 1990 ha ido disminuyendo sostenidamente la mortalidad materna, aun cuando la tasa sigue siendo alta. La Política nacional de salud incluye la provisión de servicios gratuitos de salud materna y neonatal y una estrategia para ampliar la atención obstétrica de urgencia. El Gobierno introdujo un conjunto de medidas de gestión del desempeño para el sector de salud y colabora con las asociaciones de profesionales de la salud para mejorar las condiciones de trabajo. Hay escasez de personal de partería y baja capacidad para impartir formación antes del ingreso en el servicio. Pese al déficit de docentes y a la frágil infraestructura educacional, se está tratando de acelerar la educación en competencias de partería. Se ha establecido un plan de retención que ofrece incentivos a las parteras (y a otros profesionales) que trabajan en zonas remotas. Las inversiones y el fomento de la capacidad en todos los niveles del sistema de salud del país contribuirán a aumentar la escala de los servicios de partería.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.751; 58
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	183; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	419; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,1
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	37
Nacimientos por año (000)	61
% de nacimientos registrados	55
Cantidad de defunciones maternas	250
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	32
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	31.071
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	54
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	52; 49
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	57; 34

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	400
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	57
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	18
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	104
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	98; -
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	-
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	106

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	274
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	-
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	-
Obstetras	-
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	1.092
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	9; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	-
Cantidad de egresadas (2009)	-
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	-
Las parteras tienen un título protegido	-
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	28; 13 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 49 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	31 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	300
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

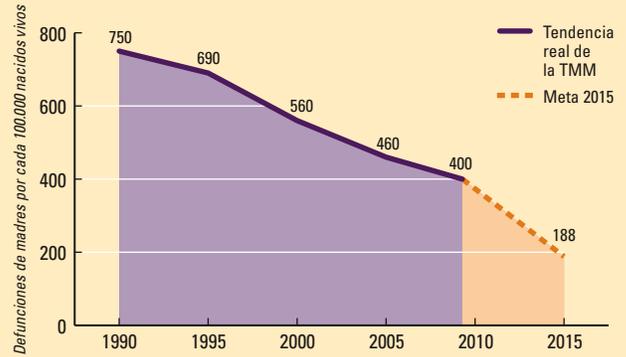
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	53
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	41
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	7
Establecimientos por 1.000 partos	1

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



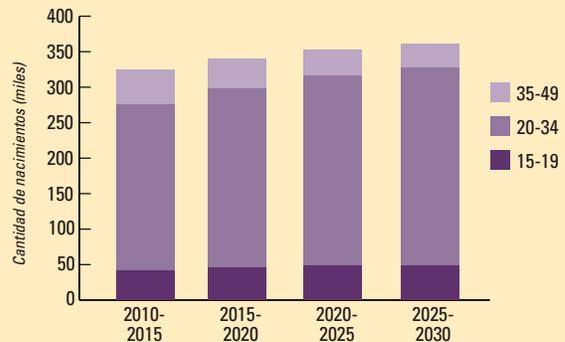
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Ghana

La población de Ghana está aumentando rápidamente y la mitad de los habitantes viven en zonas urbanas. El Gobierno aprobó un enfoque multisectorial para luchar contra la epidemia de VIH. Se presta especial atención a la salud reproductiva de los jóvenes y se elevó hasta 18 años la edad mínima para contraer matrimonio. En comparación con 1990, se ha reducido en un 44% la tasa de mortalidad materna, pero sigue siendo alta. El Seguro Nacional de Salud cubre la atención prenatal y del parto, pero persisten las deficiencias en el acceso a la atención, debidas en gran parte al déficit de personal de partería. Las políticas y estrategias de recursos humanos incluyen el aumento del número de parteras. Un nuevo programa de licenciatura en partería con ingreso directo apoya este aumento prioritario de escala; la primera cohorte de estudiantes ingresa en 2011. La contratación y la retención de parteras para puestos en zonas rurales y en las provincias septentrionales remotas se considera una prioridad clave, la cual requerirá que se eleve la situación de las parteras, se mejoren las condiciones de trabajo y se establezca un sistema estandarizado de reembolso de los servicios que prestan.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	24.333; 52
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.605; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	6.057; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,0
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	32
Nacimientos por año (000)	752
% de nacimientos registrados	51
Cantidad de defunciones maternas	2.600
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	26
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	22
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	388.254
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,1
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	810
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	58; 52
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	72; 59

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	350
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	57
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	24
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	70
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	90; 78
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	35
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	72

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	3.780
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	2.173
Obstetras	64
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	16; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5	●
Complicaciones del parto por día; rurales	306; 150	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 66	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	10	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	39	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	800
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

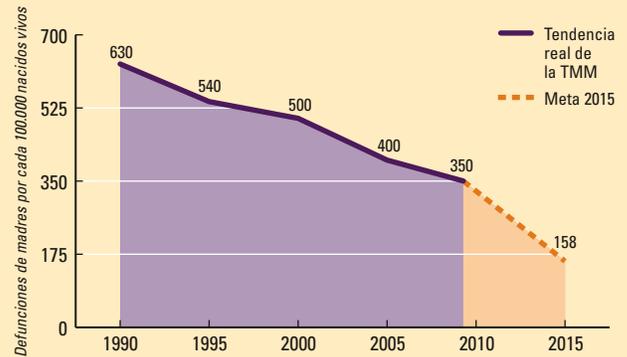
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	–
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	–
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

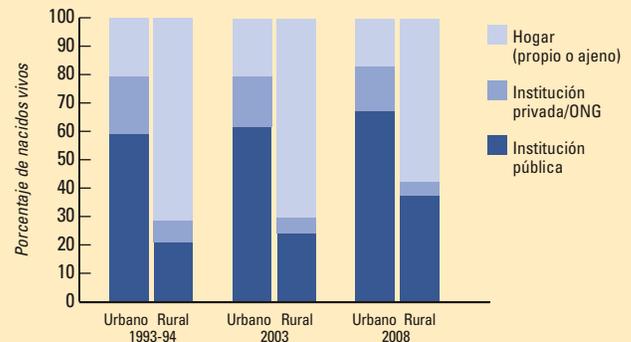
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	–
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	–
Establecimientos por 1.000 partos	–

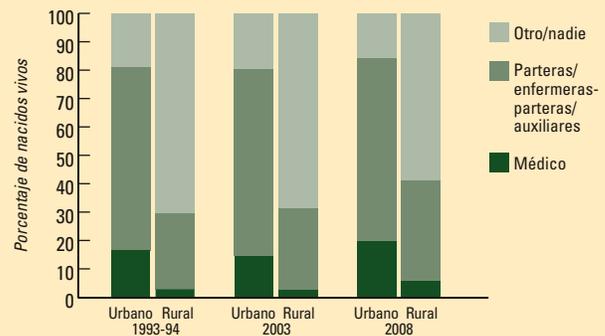
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



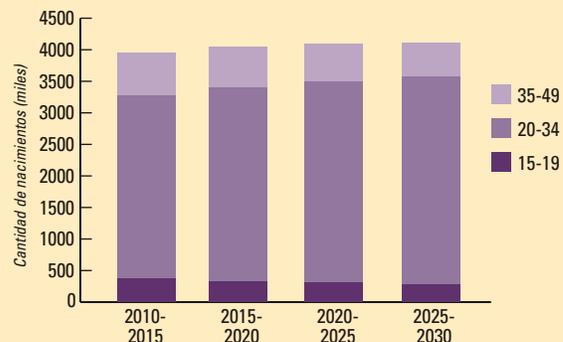
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Guinea

Más del 70% de la población, predominantemente rural, de Guinea vive en la pobreza. Los disturbios políticos y la inseguridad, sumados a la alta prevalencia del VIH, han desorganizado las medidas para mejorar el estado de salud de la población y algunos indicadores de salud han empeorado. En 2008, la mortalidad materna se había reducido en un 43% en comparación con la tasa de 1990, pero sigue siendo alta. La Política nacional de salud incluye la salud materna, pero no se ha establecido una política de recursos humanos que la apoye. Se está introduciendo una política de seguro que cubre el embarazo y el parto y se aplica una política de gratuidad de las operaciones cesáreas. Actualmente, solamente una escuela privada ofrece un programa de enseñanza en partería con ingreso directo, de tres años de duración. Dadas las difíciles condiciones de vida en las zonas rurales, la mitad del personal de partería está concentrado en la ciudad capital y no se ofrecen incentivos para trabajar en zonas rurales. El Gobierno se ha comprometido a establecer un sistema de rotación de la asignación del personal de salud y a fortalecer la educación básica y permanente en partería.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	10.324; 35
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.100; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.373; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	40
Nacimientos por año (000)	390
% de nacimientos registrados	43
Cantidad de defunciones maternas	2.700
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	40
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	39.893
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,1
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	474
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	45; 26
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	50; 26

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	680
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	46
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	9
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	153
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	88; 50
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	21
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	146

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	401
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	2.885
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	1.009
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	4; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	182; 109 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 26 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	29 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	50
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

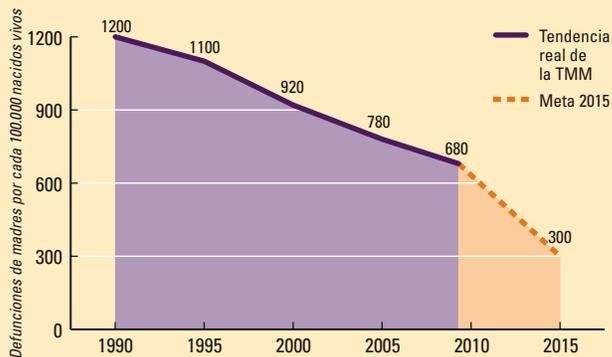
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

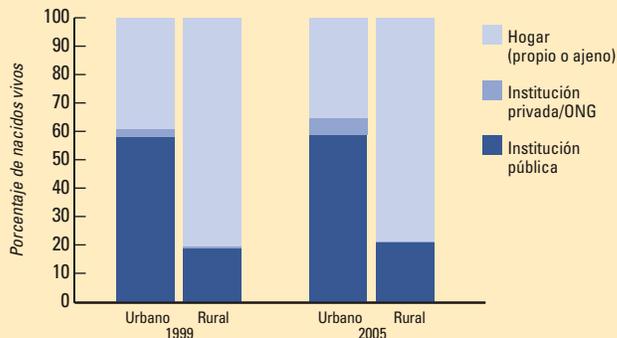
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	485
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	50
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	35
Establecimientos por 1.000 partos	1

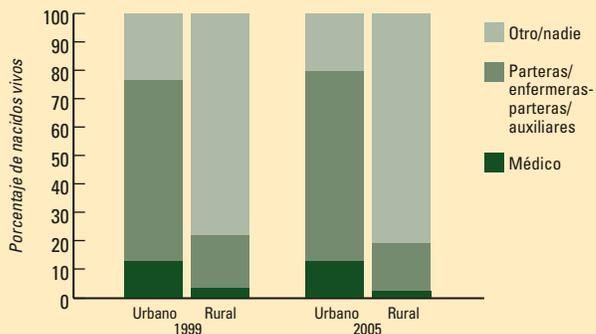
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



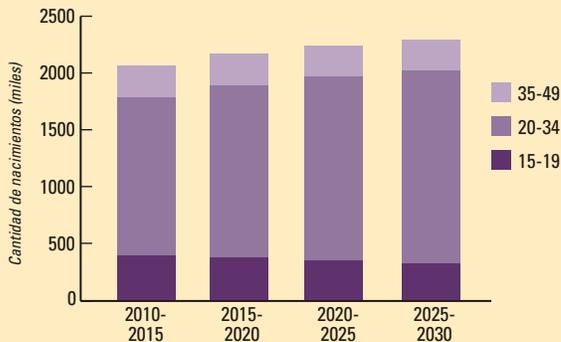
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Guinea-Bissau

Las deficiencias en la infraestructura y la prestación de los servicios, que quedaron en gran medida destruidos durante la guerra civil, han contribuido al deterioro del estado de salud de la población de Guinea-Bissau. Actualmente, la capacidad del sistema de salud es muy baja. La tasa de mortalidad materna ha disminuido ligeramente en comparación con la de 1990, pero sigue siendo extremadamente alta. La atención obstétrica de urgencia sólo está disponible en la ciudad capital. Recientemente se formuló a escala nacional una política y programa de salud reproductiva, así como normas para la prestación de los servicios. Se ha establecido el Plan de campaña para reducir la mortalidad materna y neonatal, a fin de mejorar el acceso a diversos servicios, particularmente en beneficio de grupos de bajos ingresos y residentes en zonas remotas. El Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos 2005 reconoce los problemas asociados con la desaparición espontánea de puestos de trabajo y la gran escasez de personal capacitado de parteras, enfermeras y especialistas en obstetricia. Hay dos instituciones públicas que ofrecen educación en partería a las enfermeras. Mejorar la infraestructura y el equipo y acrecentar el personal de partería son medidas fundamentales para ampliar el acceso a servicios de calidad de partería.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.647; 30
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	166; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	380; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5.7
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	41
Nacimientos por año (000)	65
% de nacimientos registrados	39
Cantidad de defunciones maternas	650
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	46
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	30
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	13.864
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	No
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	195
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	–; –
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	66; 37

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1.000
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	39
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	10
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	170
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	78; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	195

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	163
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	24
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	17
Obstetras	2
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	915
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	–; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3
Complicaciones del parto por día; rurales	28; 20
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 18
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	14
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	24

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	258
Afiliación a ICM; ICN	No; -

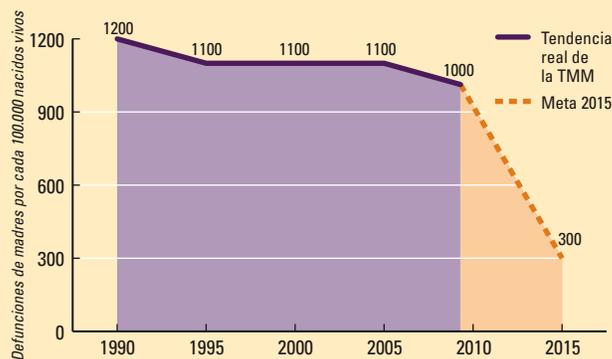
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	-
Las investigaciones son confidenciales	-
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	-

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	95
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	6
Establecimientos por 1.000 partos	-

Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



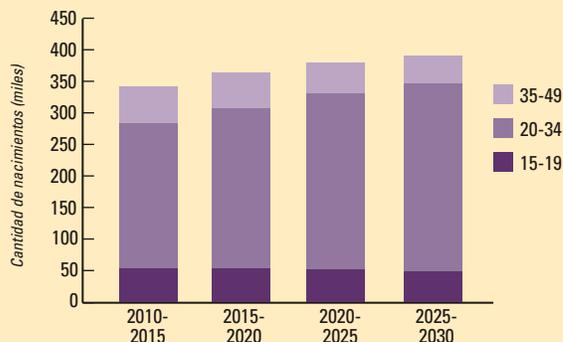
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Guyana

Guyana posee una población pequeña y con diversidad cultural; un 70% reside en zonas rurales. La tasa negativa de crecimiento demográfico obedece principalmente a la migración. Hay tasas muy altas de enfermedades transmisibles; el VIH es una de las principales causas de mortalidad. En el decenio de 1990 disminuyeron las tasas de mortalidad materna, pero aumentaron nuevamente en el período 2000-2008. Se asigna gran prioridad a subsanar las deficiencias en los servicios de salud materna. Actualmente, dichos servicios son gratuitos en establecimientos de salud públicos. La Política de salud materna y neonatal trata de fortalecer el personal de partería y ha contribuido a una mejor asignación de parteras a zonas remotas y a la integración de parteras tradicionales en los servicios comunitarios. En tres escuelas públicas de Guyana se ofrece un programa con ingreso directo, de dos años de duración, focalizado en capacitar parteras para las zonas rurales. La tasa de puestos vacantes entre los docentes de partería es alta. Mejorar el ámbito de aprendizaje es una necesidad clave para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de partería.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	761; 29
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	72; 9
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	190; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	18
Nacimientos por año (000)	14
% de nacimientos registrados	93
Cantidad de defunciones maternas	37
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	21
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	17
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	14.283
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	2,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	–
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	102; 102
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	270
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	83
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	34
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	90
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	81; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	36

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	400
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	452
Obstetras	2
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	60
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	6; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 24
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	120
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	78
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	175
Cantidad de egresadas (2009)	120
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	- ○
Complicaciones del parto por día; rurales	8; 5 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 150 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	60 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	75
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

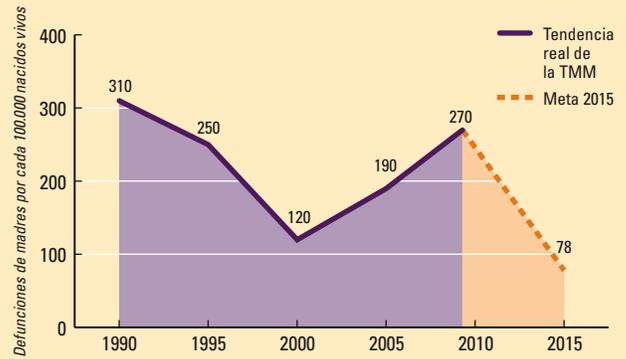
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	6
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	-
Establecimientos por 1.000 partos	-

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



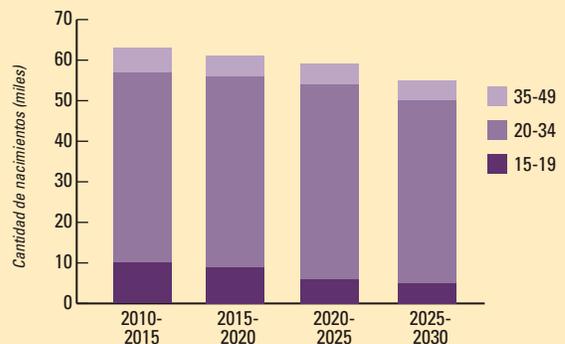
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Haití

Haití, el país más pobre del Hemisferio Occidental, enfrentó numerosas dificultades antes del devastador terremoto de enero de 2010, inclusive disturbios políticos, desastres naturales e inseguridad alimentaria. La mortalidad materna ha disminuido sostenidamente, en especial desde 1995, pero la tasa sigue siendo alta. A partir de 2008, el Ministerio de Salud y Población, con el apoyo de copartícipes internacionales, ha puesto en práctica un plan que ofrece planificación de la familia y atención prenatal, obstétrica y neonatal gratuita en varios establecimientos de salud del país. La desaparición paulatina y espontánea de puestos de trabajo del personal es elevada, incluida la migración de enfermeras-parteras cualificadas. Actualmente hay una escuela de partería, pero se prevé crear nuevos establecimientos educacionales en las provincias e instaurar un currículo mejorado que satisfaga los estándares de la ICM. Es imprescindible un aumento de la escala de las instituciones educacionales con mecanismos correlativos de retención, a fin de acrecentar y mantener las cantidades de personal de partería.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	10.188; 52
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.113; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.667; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	28
Nacimientos por año (000)	273
% de nacimientos registrados	81
Cantidad de defunciones maternas	820
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	27
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	16
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	154.835
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	No
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	563
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	–; –
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	300
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	26
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	32
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	69
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	85; 54
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	38
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	89

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	174
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	40
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	373
Obstetras	221
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	–

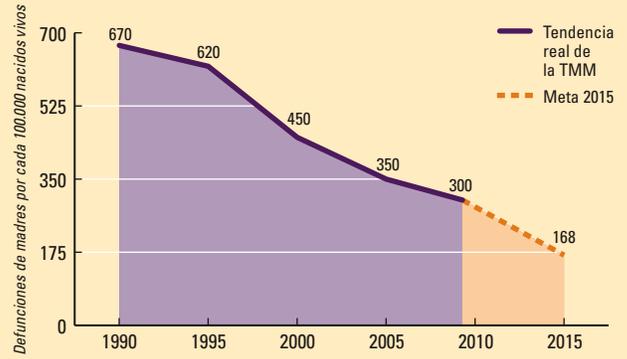
► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	–
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	90
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	36
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

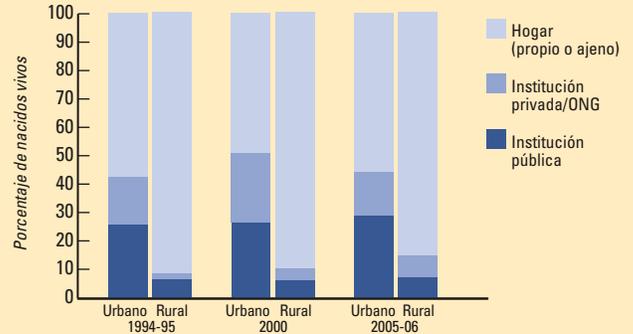
► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	–
Las parteras tienen un título protegido	–
Hay una definición reconocida de partera profesional	–
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	–
Se necesita una licencia para practicar la partería	–
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	–

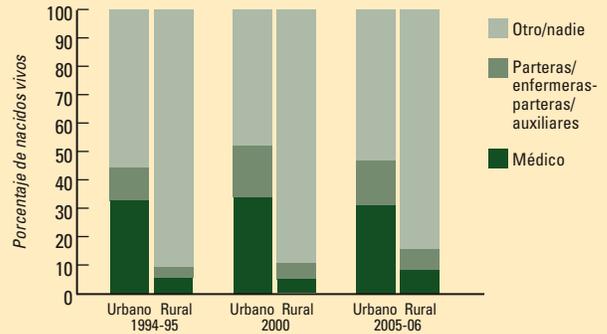
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



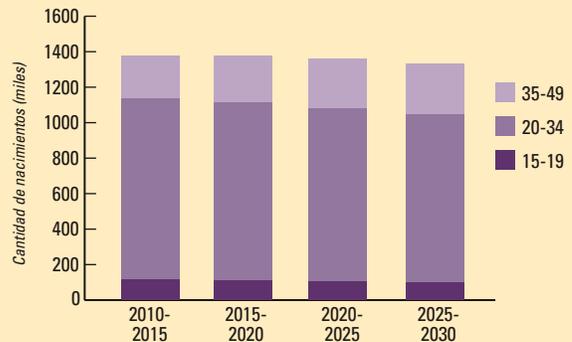
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1	●
Complicaciones del parto por día; rurales	113; 54	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 93	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	31	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	80
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	12
Establecimientos por 1.000 partos	—

India

La India ocupa el segundo lugar entre los países más populosos del mundo y su población es rural en un 70%. En los últimos decenios ha disminuido el porcentaje de habitantes que viven en la pobreza, pero hay diferencias entre distintas regiones y dentro de una misma región. La condición de la mujer es baja y se han adoptado diversas medidas a fin de eliminar las prácticas discriminatorias contra las niñas. Desde 1990 se ha reducido la mortalidad materna, con grandes éxitos en algunos estados. El Gobierno nacional y los gobiernos estatales están comprometidos a ampliar la cobertura de servicios de salud y llegar hasta las poblaciones excluidas. Un programa de transferencia condicional de efectivo está promoviendo la atención del parto en instituciones. La India tiene un fuerte conjunto de parteras; no obstante, en algunas regiones la mayoría de los servicios de partería son proporcionados por enfermeras-parteras auxiliares, las cuales carecen de la combinación completa de competencias que recomienda la ICM. En localidades remotas, sigue siendo problemático asegurar la disponibilidad de recursos humanos para que los partos sean atendidos por personal capacitado.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.214.464; 30
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	121.243; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	310.624; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,7
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	23
Nacimientos por año (000)	26.929
% de nacimientos registrados	41
Cantidad de defunciones maternas	63.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	34
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	22
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	5.717.819
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,9
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	25.620
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	61; 52
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	75; 51

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	230
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	47
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	56
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	45
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	74; 37
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	13
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	68

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	324.624
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	28 000
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	4.271; 3.820
Duración de los programas de educación en partería (meses)	6 a 9
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	- ○
Complicaciones del parto por día; rurales	10 976; 7 683 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 140 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	52 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	269.113
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

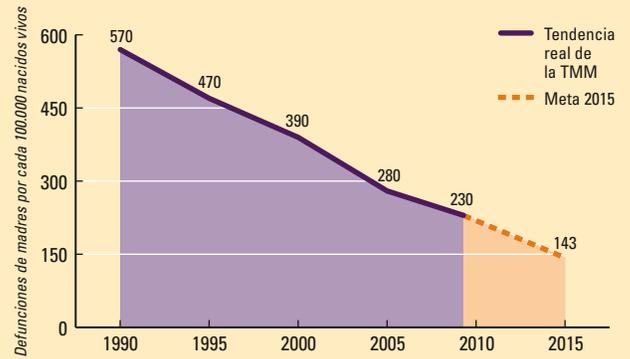
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

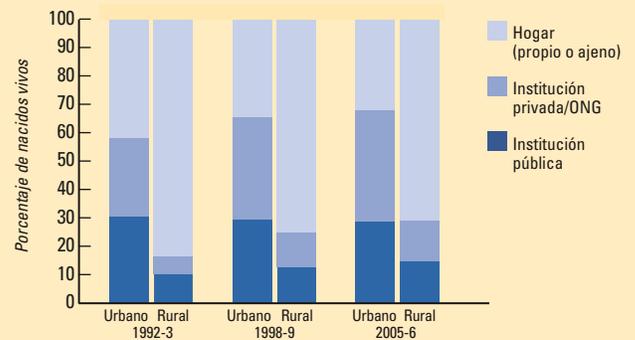
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	8.324
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	2.463
Establecimientos por 1.000 partos	-

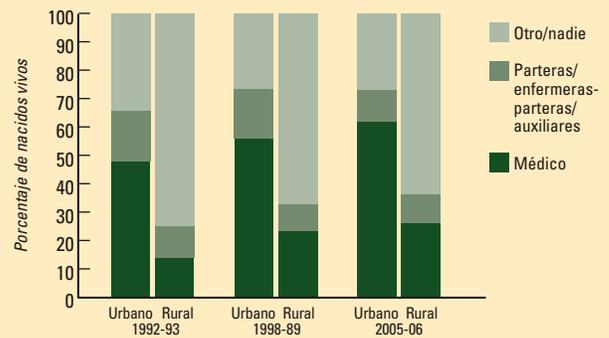
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



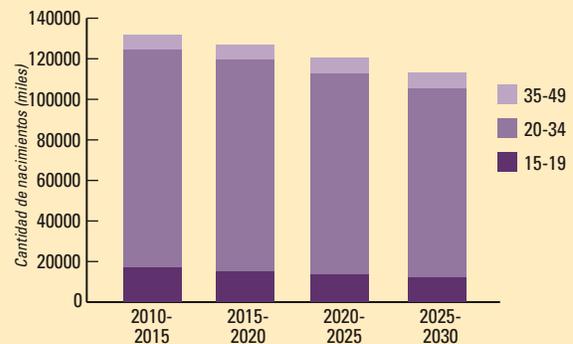
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Indonesia

En los últimos años se ha reducido sustancialmente el número de personas que viven en la pobreza en este país, el cual ocupa el cuarto lugar entre los más populosos del mundo. Indonesia ha realizado exitosos programas de planificación de la familia y las tasas de fecundidad han declinado sostenidamente. La tasa de mortalidad materna se ha reducido en un 62% en comparación con 1990. Hay problemas de orden socioeconómico y cultural que afectan el acceso, la disponibilidad y la utilización de la atención. A partir de 2009, está en vigor una política de salud materna que establece el carácter gratuito de los partos atendidos en instituciones. Las medidas gubernamentales se han centrado en asegurar la disponibilidad y la asignación de personal de partería capacitado en las zonas carentes de servicios, en virtud de un programa de parteras de aldea iniciado hace 15 años. En 2012, todas las escuelas de partería deberán estar acreditadas por la Junta Nacional de Acreditación. Se ofrecen puestos de partería en establecimientos públicos rurales, pero las condiciones más atractivas son las ofrecidas por la práctica privada en zonas urbanas. Se ha establecido un programa de estudios con ingreso directo, de tres años de duración. Otros planes educacionales centrados en impartir competencias didácticas y de gestión a las parteras contribuirán a fortalecer la calidad y acrecentar la cantidad del personal de partería.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	232.517; 44
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	20.454; 9
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	64.292; 28
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,2
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	19
Nacimientos por año (000)	4.236
% de nacimientos registrados	55
Cantidad de defunciones maternas	10.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	19
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	15
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	10.026
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	2,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	3.560
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	75; 74
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	95; 89

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	240
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	79
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	61
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	52
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	93; 82
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	9
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	41

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	93.889
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	870
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	426; 346
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	-
Complicaciones del parto por día; rurales	2.028; 1.136
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 190
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	5
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	49

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	88.796
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

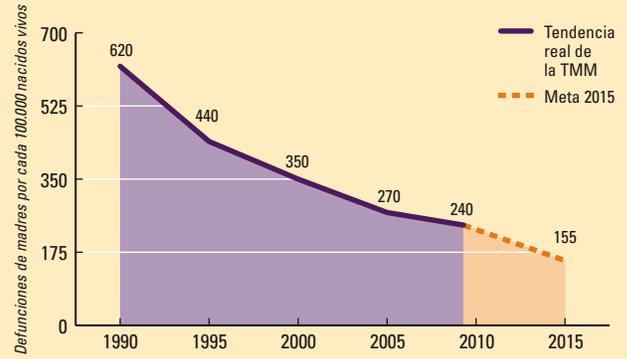
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

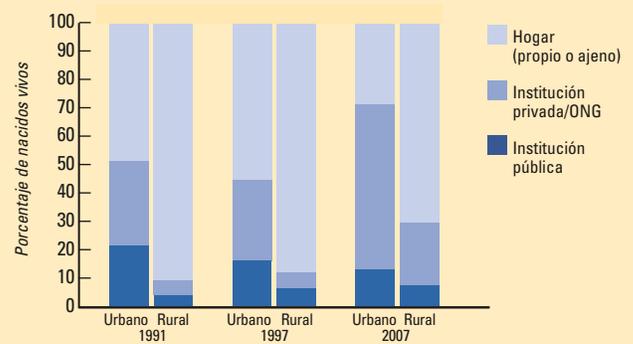
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	5.891
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	1.347
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	317
Establecimientos por 1.000 partos	1

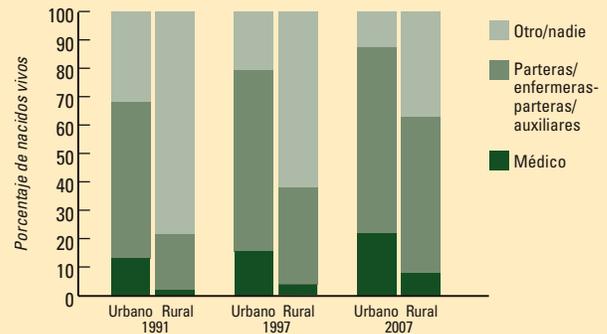
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



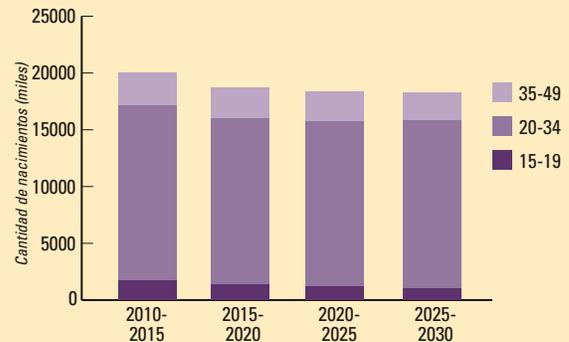
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Kenya

Según se estima, un 50% de la población de Kenya vive en la pobreza. Las altas tasas de enfermedades infecciosas, como el VIH y el paludismo, imponen una gran carga al sistema de salud. Se estima que un 14% de las defunciones maternas se debe al VIH. En el decenio de 1990 mejoraron los indicadores de salud materna, pero en el pasado decenio no se registraron reducciones de la mortalidad materna. Las disparidades en cuanto a riqueza y pobreza obstan al acceso equitativo a los servicios. La Política Nacional de Salud Reproductiva se focaliza especialmente en la inclusión de poblaciones vulnerables y marginadas. El Sistema de Información sobre Agentes de Salud de Kenya, creado en 2002, posibilita que el Gobierno determine la manera de desarrollar y distribuir el personal de salud. Se ha establecido un racional sistema de educación y capacitación en partería y se autoriza a las parteras a practicar todas las competencias esenciales indicadas por la ICM. No obstante, la escasez de personal en el sistema de salud pública es crítica, aun cuando las parteras recientemente egresadas tienen dificultades para encontrar puestos de trabajo.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	40.863; 22
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	4.339; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	9.802; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	39
Nacimientos por año (000)	1.496
% de nacimientos registrados	48
Cantidad de defunciones maternas	7.900
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	27
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	22
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	961.990
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.669
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	61; 56
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	90; 83

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	530
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	42
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	39
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	103
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	88; 52
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	25
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	86

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	24.421
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	251
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	60; 27
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 42
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí

SUDÁN

ETIOPÍA

SOMALIA

KENYA

★ Nairobi

TANZANÍA

OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	—
Complicaciones del parto por día; rurales	608; 426
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 38
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	10
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	33

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

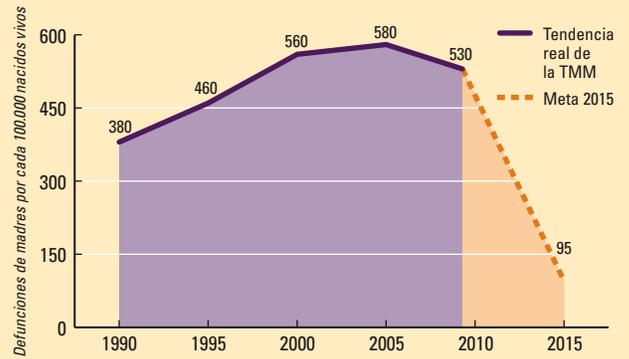
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	—
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	—
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	—
Las investigaciones son confidenciales	—
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	—
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

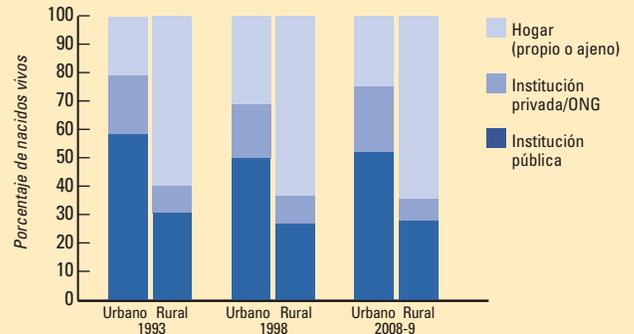
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	—
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	2.465
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	522
Establecimientos por 1.000 partos	—

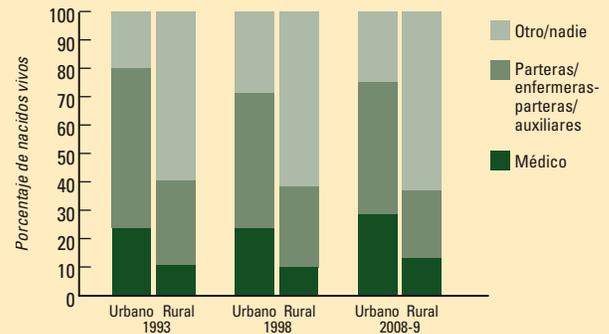
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



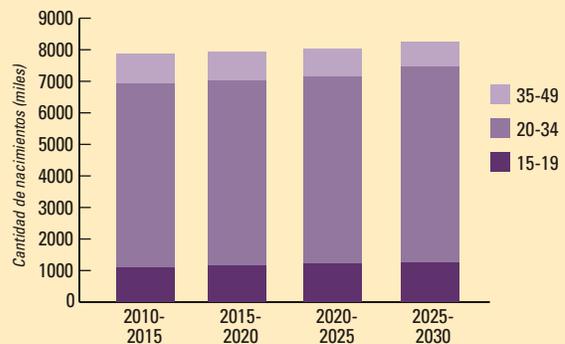
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Liberia

Liberia enfrenta grandes problemas por haber perdido la mayor parte de su personal y de su infraestructura de salud durante los devastadores 15 años de guerra civil. El país, que está cercano al último lugar en la ordenación decreciente según el Índice de Desarrollo Humano, se esfuerza por reconstruirse. La mitad de la joven población, en acelerado aumento, es pobre y no puede sufragar ni una mejor educación ni la atención de la salud. La tasa de mortalidad materna es una de las más altas del mundo y disminuyó en solamente un 10% desde 1990. Se han adoptado medidas para subsanar la situación de la salud materna y el Gobierno ha establecido ambiciosas metas para el futuro. Al acrecentar el acceso a la formación en partería y establecer itinerarios de carrera e incentivos de retención de parteras, Liberia se orientó en la dirección correcta; no obstante, en ausencia de una clara estrategia y de apoyo externo, es poco probable que pueda ni siquiera contemplar la posibilidad de alcanzar el ODM 5. Actualmente, los servicios de salud en funcionamiento, en su mayoría, operan exclusivamente con el apoyo de ONG u organizaciones confesionales.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	4.102; 48
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	437; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	975; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	38
Nacimientos por año (000)	143
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	1.400
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	37
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	27
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	32.659
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	261
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	36; 27
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	63; 53

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	990
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	46
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	11
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	177
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	79; 66
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	36
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	119

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	412
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	193
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	90
Obstetras	3
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	50
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	5; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 24
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	219
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3
Complicaciones del parto por día; rurales	72; 38
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 20
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	33

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	4.000
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

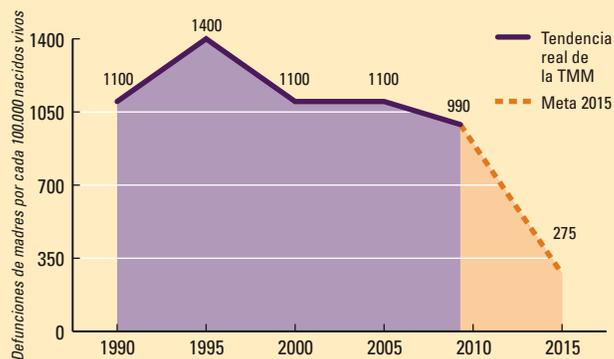
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	–
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

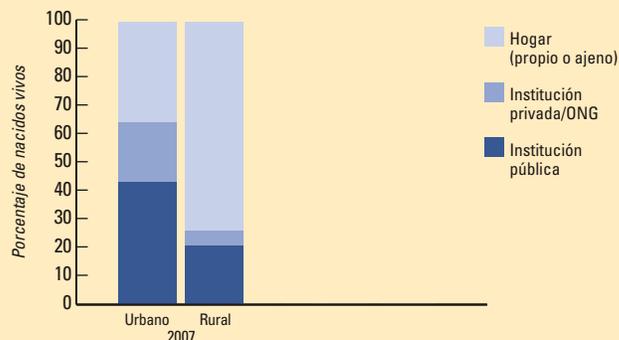
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	45
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	11
Establecimientos por 1.000 partos	–

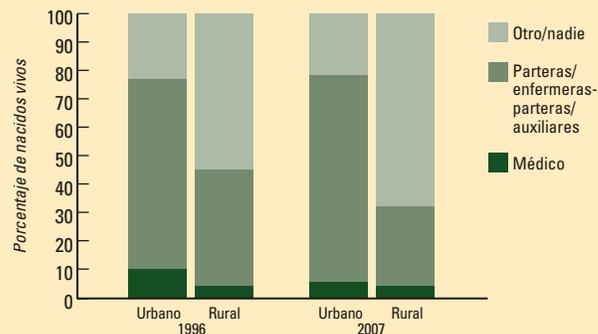
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



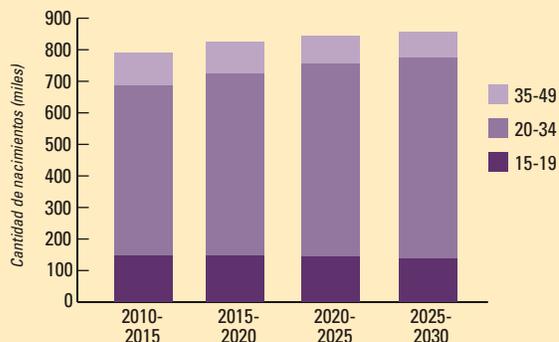
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Madagascar

Madagascar enfrenta el triple problema de: acelerado crecimiento demográfico, creciente pobreza e inestabilidad política. La tasa de fecundidad general es alta y la de los adolescentes figura entre las más altas de África. El país ha reducido la mortalidad materna en comparación con la registrada en 1990, pero la tasa sigue siendo alta. Las deficiencias en la infraestructura, los sistemas de remisión de pacientes y el equipo, sumadas a la carencia de personal calificado, dificultan el acceso a los servicios de salud, especialmente en las provincias. El Gobierno ha asignado la máxima prioridad a la salud materna y neonatal y en 2008 estableció el Plan Nacional de Salud Materna y Neonatal. A fin de promover los alumbramientos en establecimientos de salud, se aplica una política de atención gratuita del parto, incluida la operación cesárea, para alcanzar la meta de 75% de los partos con atención de personal cualificado. Hay en el país un total de 21 escuelas de partería, pero aún no se ha llegado al número necesario de parteras egresadas; y en establecimientos aislados, son los agentes de salud auxiliares quienes se encargan de ofrecer atención.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	20.146; 30
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.222; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	4.811; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,7
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	36
Nacimientos por año (000)	683
% de nacimientos registrados	75
Cantidad de defunciones maternas	3.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	21
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	21
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	140.261
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,5
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	837
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	31; 29
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	77; 65

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	440
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	51
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	27
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	148
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	80; 40
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	24
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	61

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.969
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	97
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	3.071
Obstetras	24
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	21; 15
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	520
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	304; 210 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 45 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	10 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	37 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	No; No

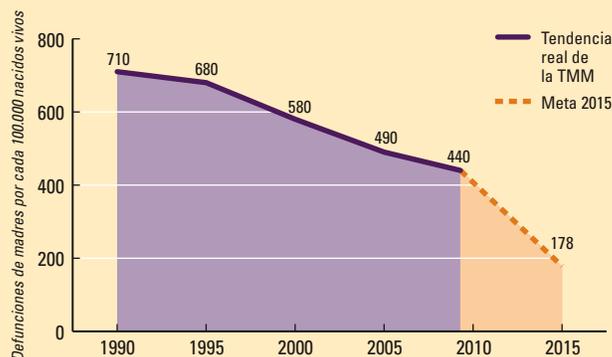
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	—
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

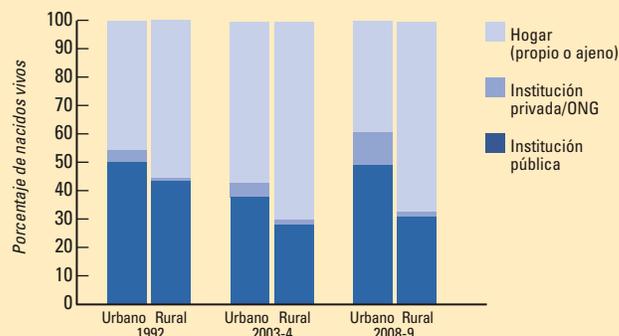
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	2.975
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	3
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	19
Establecimientos por 1.000 partos	4

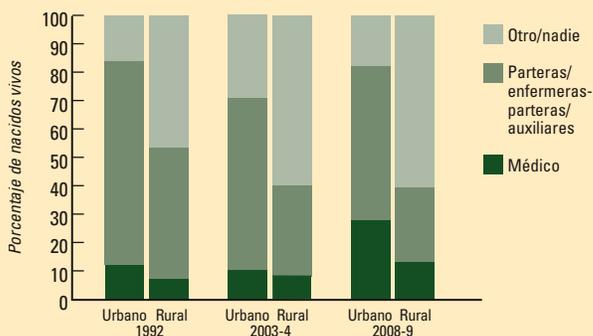
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



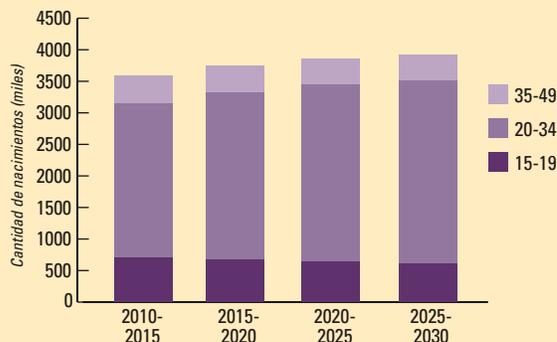
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Malawi

Más del 60% de la población de Malawi, predominantemente rural, vive en la pobreza. Antes de cumplir 18 años, un 50% de las mujeres ya están casadas y la tasa de embarazo en la adolescencia sigue siendo muy alta. La prevalencia del VIH entre adultos se estima en 12%. La mortalidad materna ha declinado ligeramente desde 1990, pero la tasa sigue siendo muy alta. El Plan de campaña 2007 para acelerar la reducción de la mortalidad materna tiene como meta acrecentar la disponibilidad, la accesibilidad, la utilización y la calidad de la atención obstétrica por personal capacitado a todos los niveles del sistema de salud. El déficit de recursos humanos es crítico y en las zonas rurales hay altas tasas de movimiento de personal y de eliminación espontánea de puestos de trabajo. Malawi posee buenos estándares de reglamentación y educación en partería. Se ha creado un programa de ingreso directo y está recibiendo capacitación un nuevo conjunto de parteras de base comunitaria, lo cual contribuirá a aumentar la cantidad de personal de partería, dado que los establecimientos educacionales no estaban produciendo cantidades suficientes de egresadas. Es preciso mejorar la provisión de equipo y suministros a fin de optimizar el desempeño de las parteras en zonas rurales.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	15.692; 20
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.761; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.532; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	40
Nacimientos por año (000)	594
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	3.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	30
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	316.000
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	746
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	32; 27
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	80; 66

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	510
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	54
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	41
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	177
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	92; 57
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	28
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	115

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.479
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	246
Obstetras	16
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	19; 1
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	97
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.090
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	278; 223 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 36 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	27 ●

▶ **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	8.376
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

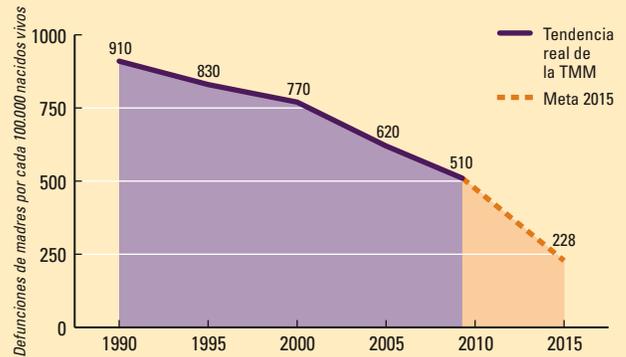
▶ **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

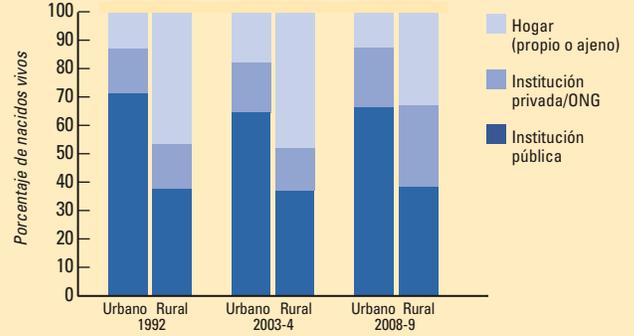
▶ **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	499
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	5
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	42
Establecimientos por 1.000 partos	1

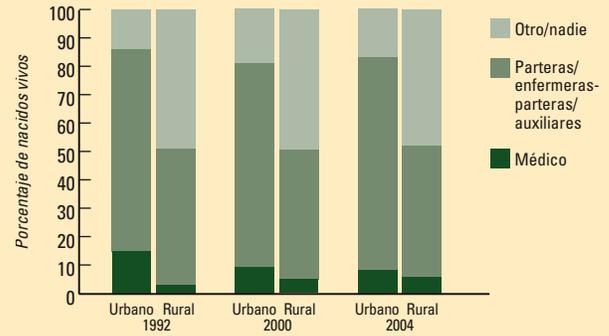
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



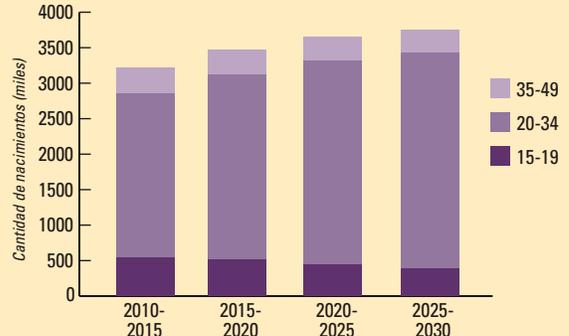
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Malí

En Malí, un vasto país sin litoral del África occidental, las dos terceras partes de la población de 13,5 millones viven en zonas rurales. La tasa de fecundidad es alta y la de uso de anticonceptivos es baja. Casi la mitad de la población en acelerado aumento tiene menos de 15 años de edad y hay una tasa de migración neta relativamente alta, debida a una activa diáspora. La tasa de mortalidad materna es una de las más altas del mundo, aunque en los últimos 20 años disminuyó ligeramente. En las condiciones actuales, está fuera de alcance la meta del ODM 5 para 2015. Las prácticas tradicionales y la alta tasa de analfabetismo femenino son importantes barreras que obstan a la utilización de atención materna profesional, además de la carencia de servicios de salud materna en muchas zonas rurales. No hay incentivos para que las parteras cualificadas permanezcan en zonas remotas y de difícil acceso y no hay perspectivas de carrera para ellas. Una política aprobada recientemente de gratuidad de las operaciones cesáreas podría redundar en el aumento de la cantidad de partos atendidos en instituciones si se la aplicara con recursos suficientes a fin de responder a las necesidades (por ejemplo, suficiente provisión de botiquines de cirugía cesárea).

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	13.323; 36
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.494; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.236; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	43
Nacimientos por año (000)	538
% de nacimientos registrados	53
Cantidad de defunciones maternas	4.500
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	50
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	23
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	86.814
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.280
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	46; 30
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	35; 18

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	830
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	49
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	8
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	190
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	70; 35
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	31
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	194

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	1.579
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	84
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	1.250
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	49; 45
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	–
Las parteras tienen un título protegido	–
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	–
Se necesita una licencia para practicar la partería	–
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3
Complicaciones del parto por día; rurales	287; 184
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 22
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	26

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	975
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

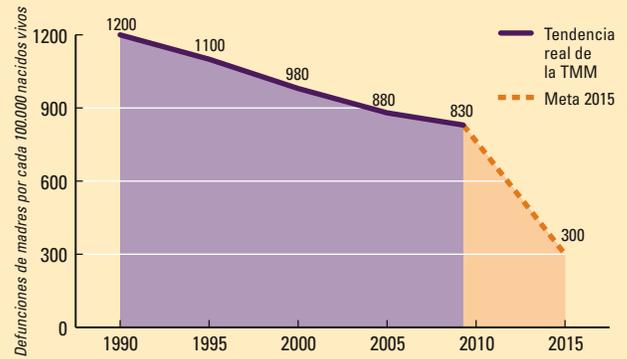
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	-
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

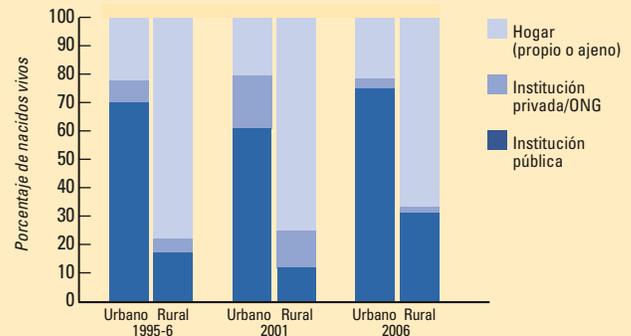
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	1.209
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	79
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	61
Establecimientos por 1.000 partos	2

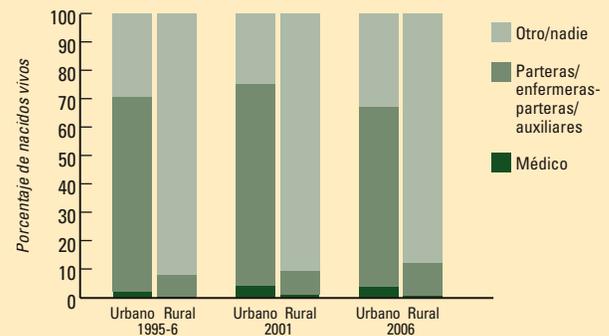
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



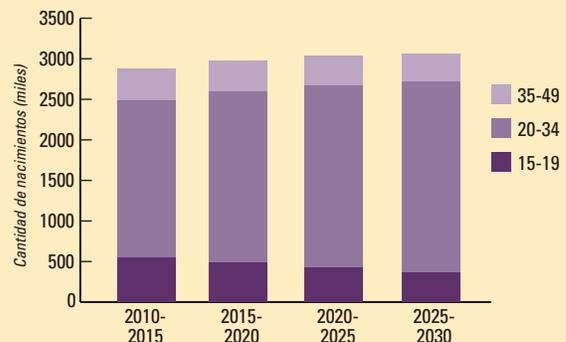
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Marruecos

Marruecos casi ha completado la transición desde altas hasta bajas tasas de fecundidad. Ha acrecentado sustancialmente la utilización de anticonceptivos; pero en el acceso a servicios de salud y a personal de partería cualificado persisten las grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales. También persisten las disparidades entre los géneros y se está tratando de mejorar la condición de la mujer. Según se estima, en los últimos 20 años se ha logrado reducir en un 60% la tasa de mortalidad materna. El Plan estratégico 2008-2012 hace hincapié en la salud reproductiva. En virtud de la Política de salud materna y neonatal, la atención del parto en los establecimientos de salud es gratuita (incluida la operación cesárea). Esa Política trata de fortalecer el sistema de remisión de pacientes; mejorar la provisión de medicamentos esenciales, sangre y equipo; y mejorar el acceso a los servicios en zonas rurales. Se están aplicando medidas para fortalecer las competencias del personal de partería, incluida la revisión del currículo y un aumento en las horas de instrucción en el aula en los actuales programas educacionales. La Asociación de Parteras puede desempeñar un importante papel en cuanto a propiciar reglamentaciones en beneficio del personal de partería.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	32.381; 58
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	3.178; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	9.209; 28
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	20
Nacimientos por año (000)	646
% de nacimientos registrados	85
Cantidad de defunciones maternas	720
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	20
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	20
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	2.723
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,5
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	586
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	60; 51
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	69; 44

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	110
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	63
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	63
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	18
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	68; 31
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	10
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	39

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.967
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	474
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	71; 50
Duración de los programas de educación en partería (meses)	–
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.400
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	–

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	280; 117 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 360 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	3 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	54 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	121
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

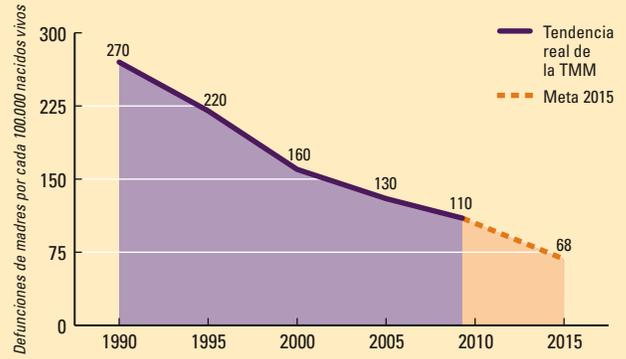
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	-
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

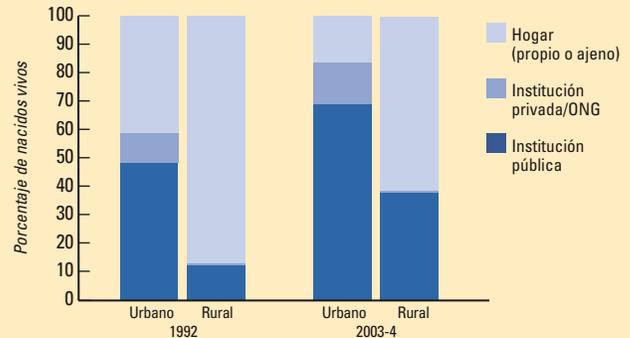
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	-
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	518
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	94
Establecimientos por 1.000 partos	-

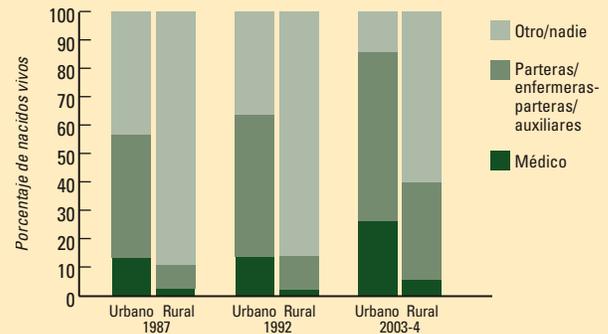
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



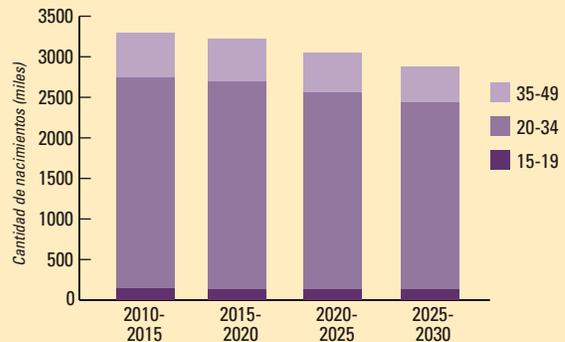
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Mauritania

La República Islámica de Mauritania, ubicada en el África noroccidental, es un país vasto y poco poblado. Las tres cuartas partes de su territorio son desierto o cuasi desierto. La población es joven, y va en aumento con una alta tasa de natalidad en la adolescencia. Es problemático responder a las necesidades de salud materna y neonatal. La tasa de mortalidad materna sigue siendo alta, pese a que en los últimos 20 años disminuyó en un 30%. Hay muy pocos establecimientos de salud que ofrecen atención obstétrica y neonatal básica de urgencia. La política nacional y Plan Estratégico de Salud 2009 se focalizan en la salud maternoinfantil y recientemente se estableció un observatorio de recursos humanos para la salud. El Gobierno introdujo un plan voluntario de seguro prepago que abarca el embarazo y el parto (*forfait obstetrical*), que ahora se extiende a la mayor parte del país. Hay una asociación profesional de parteras mauritanas y un sindicato, pero no se ha establecido ningún consejo encargado especialmente de reglamentar el trabajo en partería.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	3.366; 41
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	356; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	838; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	34
Nacimientos por año (000)	107
% de nacimientos registrados	56
Cantidad de defunciones maternas	590
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	41
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	27
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	6.371
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	104
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	26; 23
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	64; 50

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	550
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	61
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	9
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	88
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	75; 16
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	32
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	118

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	350
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	2; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	885
Cantidad de egresadas (2009)	214
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	–
Las parteras tienen un título protegido	–
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	48; 28 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 41 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	35 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	No; No

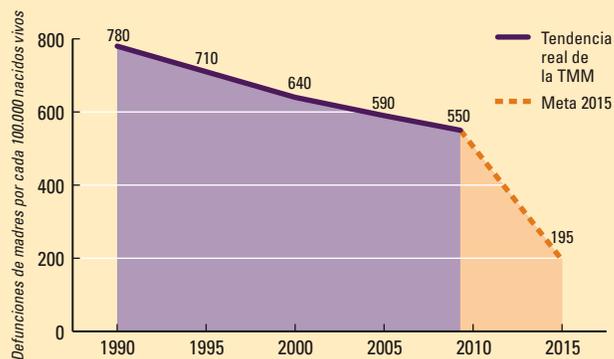
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

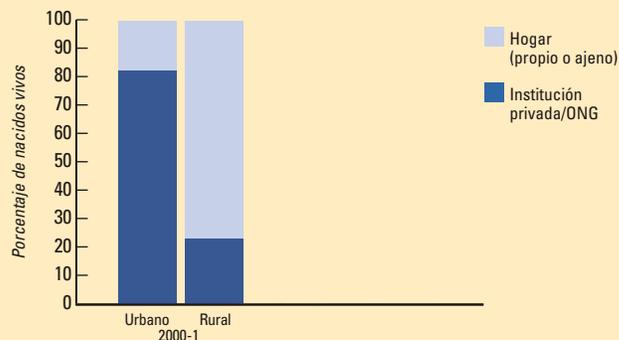
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	190
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	55
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	28
Establecimientos por 1.000 partos	2

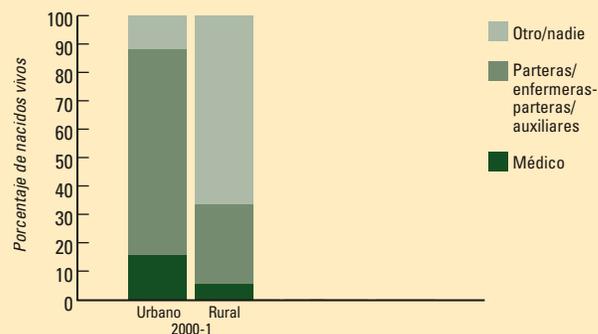
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



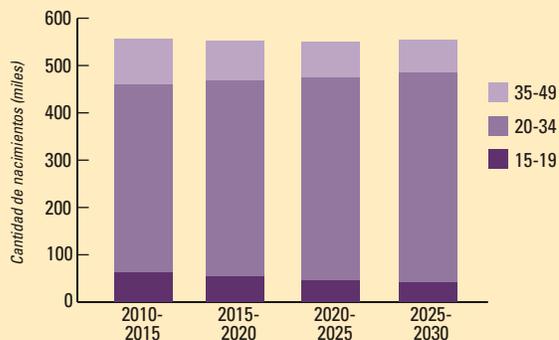
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Mozambique

Mozambique figura entre los países del mundo menos adelantados. El estado de salud de la población se ha deteriorado debido a la epidemia de VIH, que afecta gravemente a las mujeres jóvenes. Es baja la tasa de utilización de métodos anticonceptivos modernos y es alta la tasa de necesidad insatisfecha de planificación de la familia. Se ha reducido sustancialmente la mortalidad materna en comparación con 1990, pero las tasas siguen siendo altas. Una máxima prioridad del Ministerio de Salud es mejorar la calidad de la atención y los servicios en todo el sector de salud. En 2009 se realizó un examen integral de políticas y directrices de atención materna y neonatal y se elaboró un modelo para mejorar los servicios de atención al público. No se han deslindado claramente las funciones de la partera y de la enfermera y en algunos casos se ha impartido educación complementaria a las enfermeras para que proporcionen atención obstétrica y subsanar así el déficit. La escasez de personal de partería competente impide aumentar la escala de las iniciativas de salud materna; recientemente se anunciaron planes de aumento hasta 66% de los partos atendidos en instituciones para 2015.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	23.406; 38
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.480; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	5.576; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,1
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	39
Nacimientos por año (000)	874
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	4.800
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	41
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	29
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	672.020
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	865
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	24; 18
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	70; 40

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	550
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	55
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	17
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	185
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	89; 53
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	18
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	147

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.946
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	879
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	622
Obstetras	34
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	14; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	33 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	900
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	385; 238 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 37 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	29 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

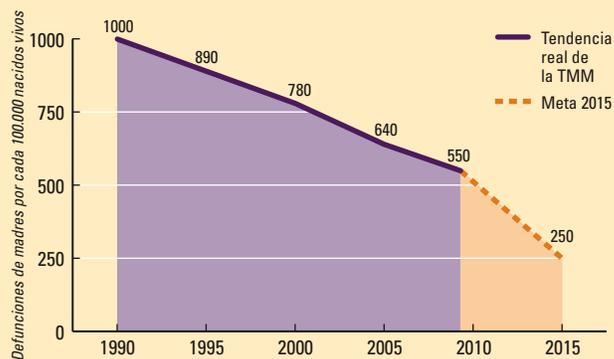
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

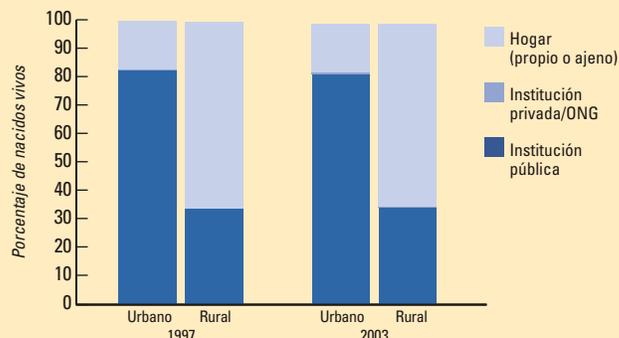
▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	1.292
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	530
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	42
Establecimientos por 1.000 partos	1

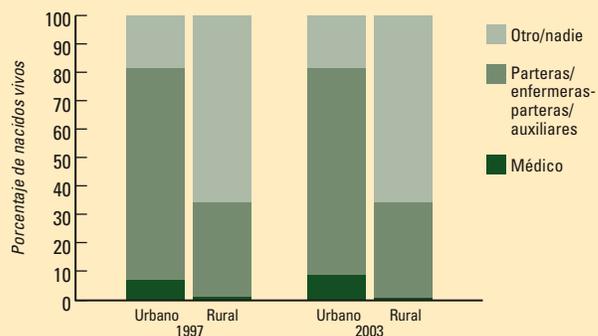
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



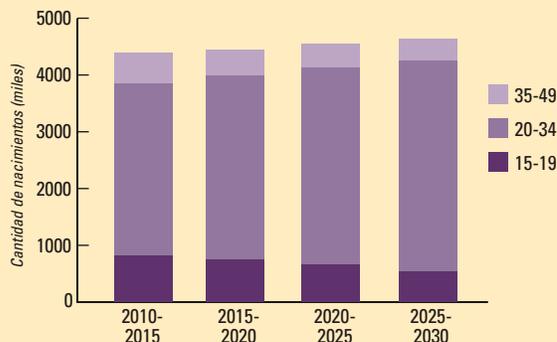
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Myanmar

Myanmar, uno de los países más pobres de Asia, tiene grandes necesidades de índole humanitaria. Más del 70% de su población vive en zonas rurales. Es escasa la financiación pública de la salud y la educación. Sin embargo, se ha observado una mejora en el estado de salud de la población y en los últimos 20 años ha mejorado en un 43% la mortalidad materna. Pese a las políticas de gratuidad de los servicios de atención materna en los establecimientos, hay sustanciales disparidades en la cobertura entre zonas rurales y urbanas. El Plan Estratégico de Salud Reproductiva (2009-2013) incluye la planificación de los recursos humanos para la salud materna y neonatal, aun cuando no se aborde concretamente la cuestión del personal de partería. El país tiene 20 programas de partería con ingreso directo. Las restricciones de matriculación relativas a la edad, la altura y el estado civil contribuyen a la escasez de parteras. El currículo incluye actualmente las competencias indicadas por la ICM. Si se establecieran sólidos sistemas de acreditación y supervisión, además de medidas eficaces para la distribución y la retención del personal, se optimizaría la labor del personal de partería disponible.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	50.496; 34
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	4.518; 9
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	14.454; 29
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	21
Nacimientos por año (000)	1.021
% de nacimientos registrados	65
Cantidad de defunciones maternas	2.400
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	33
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	20
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	182.760
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	755
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	–; –
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	95; 89

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	240
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	57
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	37
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	17
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	76; 22
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	19
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	73

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	9.226
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	22.162
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	97
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	45; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	2.637
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	61
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	3.800
Cantidad de egresadas (2009)	2.527
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	9
Complicaciones del parto por día; rurales	457; 302
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 180
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	6
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	47

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	12.000
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

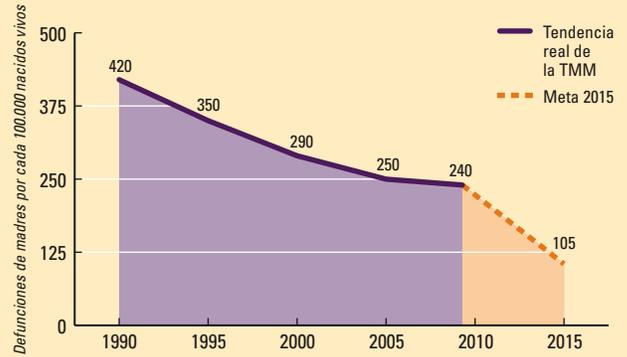
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	7.394
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	1.265
Establecimientos por 1.000 partos	–

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



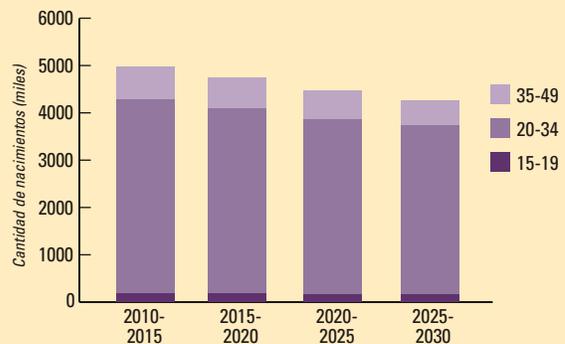
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Nepal

Nepal atraviesa actualmente un proceso de transición posterior al conflicto. Pueden encontrarse grandes disparidades en el acceso a los servicios de salud entre diferentes grupos étnicos, entre personas con diferentes niveles de educación y de ingresos y entre habitantes distintas zonas geográficas. La tasa de fecundidad total ha disminuido y la de utilización de anticonceptivos ha aumentado pronunciadamente. En los últimos 20 años se ha reducido en un 50% la tasa de mortalidad materna. Las prioridades del sector de salud se centran en fortalecer y ampliar el acceso equitativo a los servicios y su utilización, prestando especial atención a las poblaciones insuficientemente servidas. La Política de atención del parto por personal capacitado 2006, apoya el desarrollo de parteras profesionales. Esta Política condujo a la aplicación de estrategias de capacitación en el servicio para la atención del parto por personal cualificado y la ampliación de los centros de maternidad, así como de los servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia. El personal capacitado en la atención del parto sigue siendo insuficiente, tanto en cantidad como en calidad. Se están celebrando conversaciones para iniciar un programa de educación en partería con ingreso directo, que contribuiría a acelerar el desarrollo de un fuerte conjunto de personal de partería.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	29.853; 19
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	3.312; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	7.810; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,9
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	25
Nacimientos por año (000)	731
% de nacimientos registrados	35
Cantidad de defunciones maternas	2.800
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	27
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	65.791
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,7
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.881
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	46; 41
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	71; 45

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	380
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	19
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	48
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	106
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	44; 29
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	25
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	51

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.875
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	16.506
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	225
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	3.000
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	105; 100
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	4.080
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	4.220
Cantidad de egresadas (2009)	4.240
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	345; 280 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 80 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	55 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	36.650
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

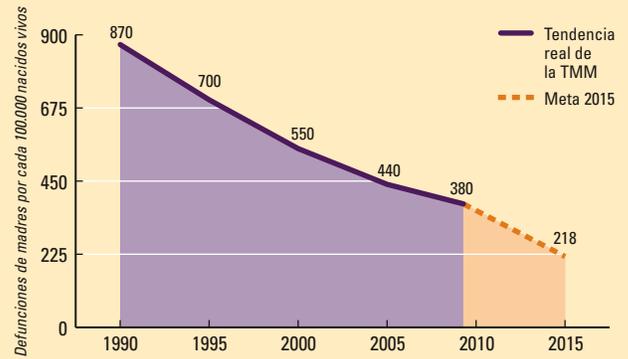
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	-
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

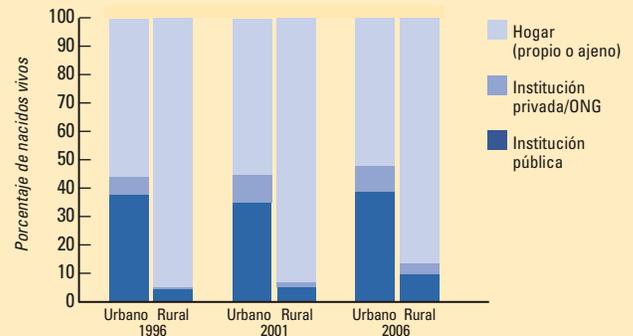
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	889
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	105
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	93
Establecimientos por 1.000 partos	1

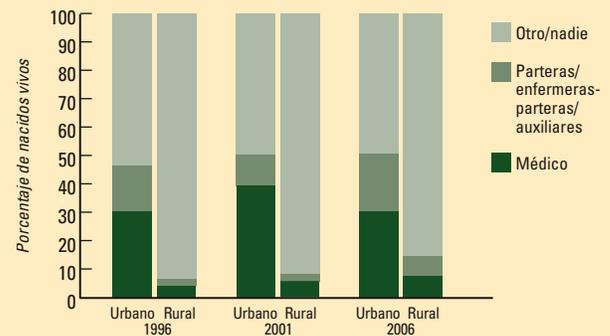
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



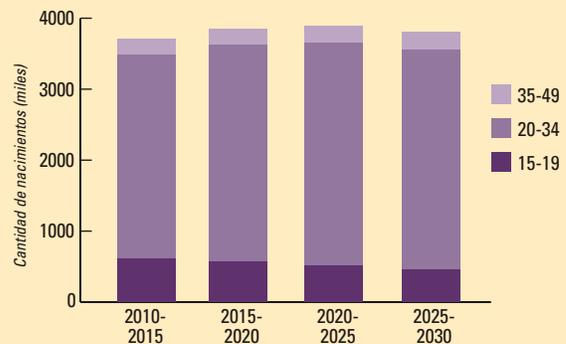
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Nicaragua

En Nicaragua, la pobreza es más grave en las zonas rurales y periurbanas. Va en aumento la desigualdad en los niveles de ingreso, que afecta particularmente a las mujeres. Ha disminuido la tasa de fecundidad total, pero se constatan grandes disparidades en cuanto al uso de anticonceptivos entre los quintiles de población más pobre y más acaudalada. En comparación con 1990, se ha reducido la tasa de mortalidad materna en casi un 50%. La Política nacional de salud no considera específicamente cuestiones de personal para servicios de salud materna. Se ha establecido un programa de educación en partería y hay instituciones públicas y privadas que imparten formación a enfermeras obstétricas. Este personal se reconoce y acredita a escala nacional y actualmente está en curso una iniciativa para ampliar el reconocimiento a toda Centroamérica. Es preciso actualizar las reglamentaciones para posibilitar que las nuevas enfermeras obstétricas se desempeñen aprovechando plenamente su capacidad, especialmente en establecimientos aislados, donde no hay otros profesionales de la salud. Se ha aplicado una estrategia de distribución de personal que asegure el envío de enfermeras obstétricas diplomadas a las zonas donde son más altas las tasas de mortalidad materna.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	5.822; 57
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	665; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.565; 27
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,7
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	25
Nacimientos por año (000)	140
% de nacimientos registrados	81
Cantidad de defunciones maternas	150
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	12
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	15
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	81.686
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	132
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	64; 72
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	78; 78

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	100
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	74
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	72
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	109
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	90; 78
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	8
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	27

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	930
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	1.276
Obstetras	162
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	14; 4
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24 a 60
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.844
Cantidad de egresadas (2009)	495
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	7 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	57; 24 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 300 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	3 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	46 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

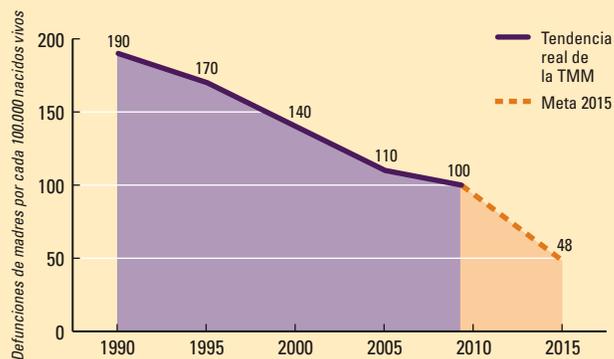
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

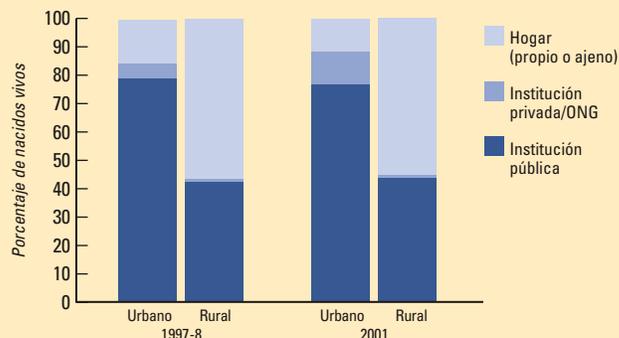
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	163
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	17
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	24
Establecimientos por 1.000 partos	1

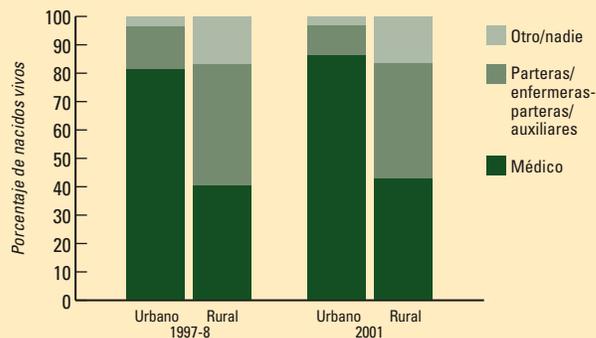
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



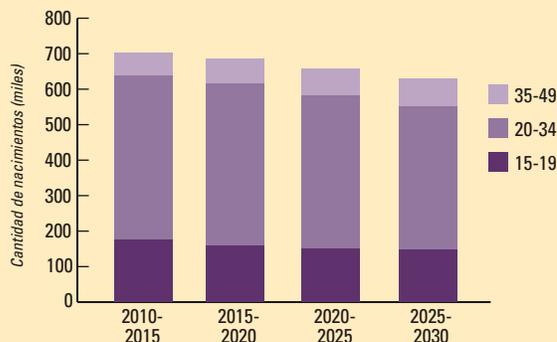
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Níger

Según se estima, un 66% de la población del Níger, joven y mayormente rural, vive en la pobreza y un porcentaje similar de la población de adultos es analfabeta. Los ciclos de sequía y la desertificación, sumados a los conflictos armados en el Norte, han obstaculizado la aplicación de medidas de desarrollo. El Níger es el país con más alta tasa de fecundidad entre los de África al sur del Sahara. El acceso a servicios de salud reproductiva e información al respecto es limitado y las normas socioculturales imponen barreras adicionales. En los últimos 20 años, la mortalidad materna ha disminuido paulatinamente, pero sigue siendo muy alta. La estrategia de reducción de la pobreza trata de acrecentar la utilización de anticonceptivos. Entre las estrategias prioritarias de recursos humanos para la salud figuran: contratación de parteras competentes, capacitación de obstetras, ginecólogos y agentes de salud de aldea y retención de los trabajadores del sector de salud. El Plan Nacional de Desarrollo de la Salud asigna prioridad a la ampliación de los servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia y la eliminación de prácticas tradicionales nocivas para la salud de la mujer, entre otras medidas. Actualmente, está en curso la aplicación de medidas a fin de mejorar la calidad y fortalecer los recursos humanos para el cuidado de la salud.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	15.891; 17
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.606; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.424; 22
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	7,1
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	54
Nacimientos por año (000)	784
% de nacimientos registrados	32
Cantidad de defunciones maternas	6.500
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	35
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	23
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	158.695
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	2.045
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	14; 9
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	43; 15

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	820
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	33
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	11
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	199
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	46; 15
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	16
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	167

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	682
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	36
Obstetras	18
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	2.256
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	17; 15
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	340; 272 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 16 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	22 ●

► **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	-; -

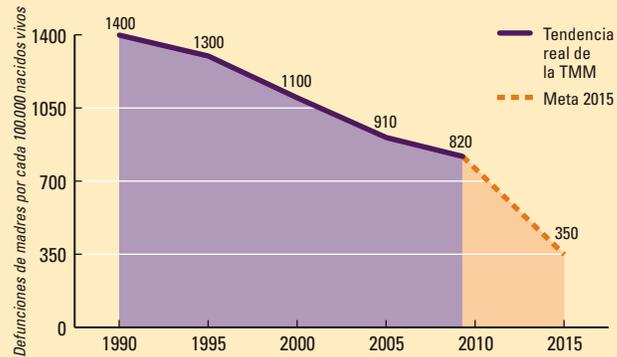
► **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	-

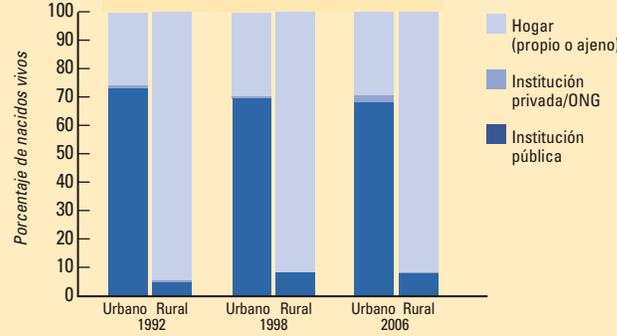
► **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	237
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	44
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	29
Establecimientos por 1.000 partos	0

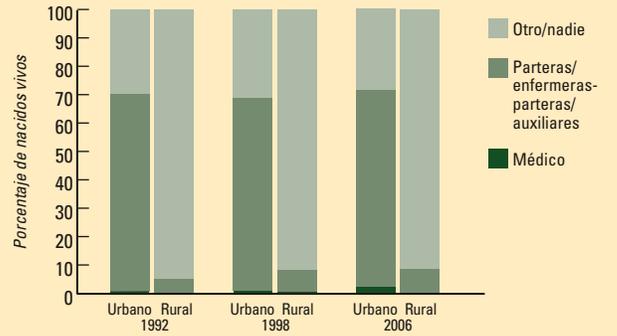
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



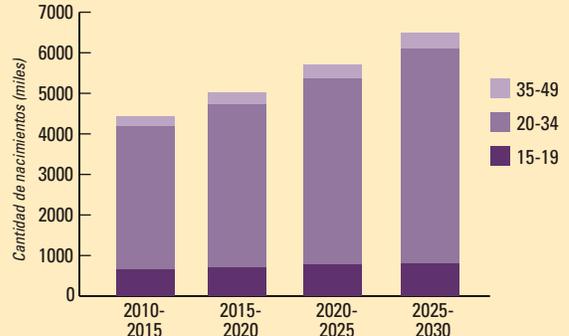
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Nigeria

Nigeria enfrenta problemas suscitados por las elevadas tasas de crecimiento de su numerosa población. La tasa de fecundidad total y la tasa de fecundidad en la adolescencia son altas y sigue siendo baja la tasa de utilización de anticonceptivos modernos. El deficiente sistema de salud, la baja condición social de la mujer y las prácticas tradicionales nocivas son fuertes barreras contra las medidas para mejorar la salud de la mujer. La tasa de mortalidad materna solamente disminuyó en un 24% en comparación con 1990, y sigue a un nivel muy alto. Se está aplicando una política de gratuidad de los servicios de atención materna. Nigeria cuenta con un fuerte personal de parteras diplomadas y es obligatorio renovar la licencia cada tres años. No obstante, el acceso a servicios de calidad en zonas rurales y remotas es problemático, debido a las dificultades en retener a personal de salud cualificado. En 2009, el Ministerio de Salud instituyó el Plan de Servicio de Partería para subsanar la escasez de personal de partería a nivel de atención primaria de la salud. En respuesta a la escasez de profesores en instituciones educacionales, se está contratando a parteras jubiladas para que cumplan esas funciones.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	158.259; 50
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	16.899; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	37.425; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,7
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	40
Nacimientos por año (000)	6.003
% de nacimientos registrados	33
Cantidad de defunciones maternas	50.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	39
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	42
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	820.865
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	2,0
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	6.790
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	34; 27
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	72; 49

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	840
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	39
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	15
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	123
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	58; 45
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	20
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	143

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	88.796
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	No disponible
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	117.568
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	74; 27
Duración de los programas de educación en partería (meses)	6 a 60
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	7.375
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	—
Complicaciones del parto por día; rurales	2.727; 1.364
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 23
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	19
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	28

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

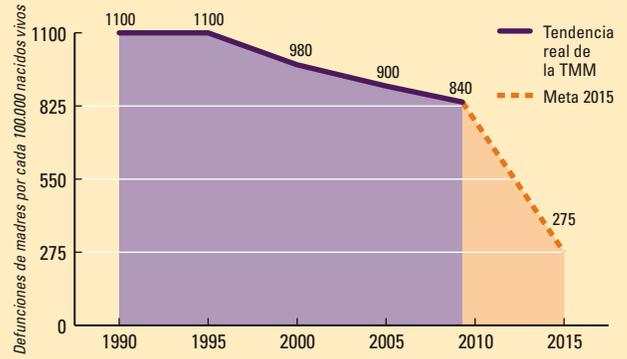
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	—
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	—
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

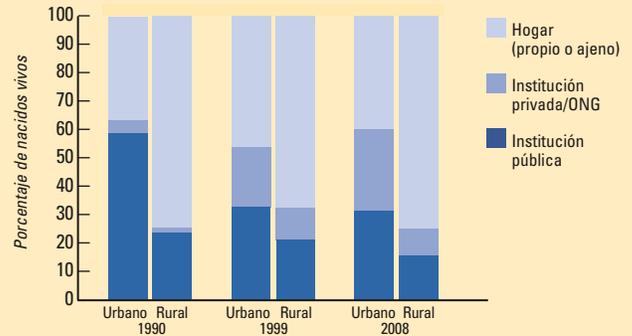
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	163
Establecimientos por 1.000 partos	—

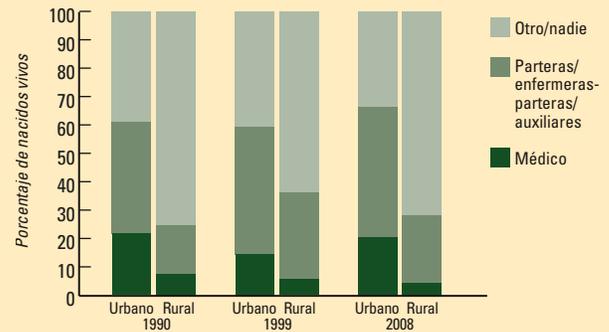
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



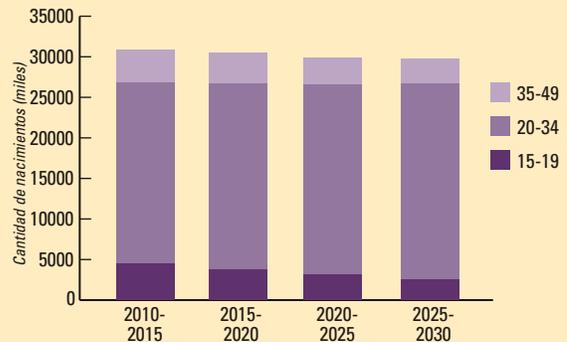
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Pakistán

La numerosa y joven población del Pakistán está aumentando rápidamente; y es alta la tasa de migración desde las zonas rurales hacia las ciudades. Por otra parte, se lograron adelantos en materia de igualdad entre los géneros, aunque sigue siendo baja la tasa de alfabetización de las mujeres y es pequeña la proporción de mujeres que trabajan. En el pasado decenio, aumentó la utilización de anticonceptivos y disminuyó ligeramente la tasa de fecundidad total. Desde 1990 se redujo en un 48% la tasa de mortalidad materna. En 2005 se preparó un programa nacional de salud materna, neonatal e infantil, cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad de servicios de calidad, prestando especial atención a grupos de bajos ingresos y miembros vulnerables de la sociedad. Existe una política de provisión gratuita de servicios de salud, aun cuando las mujeres todavía deben sufragar algunos servicios. De la política de 2005 surgió una mayor atención prestada a la partería, lo cual facilitó el establecimiento de la asociación de parteras del Pakistán. En distritos seleccionados comenzó a ofrecerse capacitación y apoyo a un nuevo conjunto de parteras comunitarias y se presta atención a aumentar las cantidades de docentes en partería. Es preciso ampliar las actividades para subsanar las carencias en el currículo de capacitación y en la provisión de servicios de partería.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	184.753; 36
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	19.899; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	45.740; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,0
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	30
Nacimientos por año (000)	5.295
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	14.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	42
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	46
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	10.277
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	7.030
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	37; 28
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	67; 40

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	260
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	39
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	27
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	20
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	61; 28
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	25
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	89

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	54.706
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	2.933
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	242; 44
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 18
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	9 019
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	7.166
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	10 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	2.281; 1.368 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 93 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	26 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	48 ●

▶ **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	1.000
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

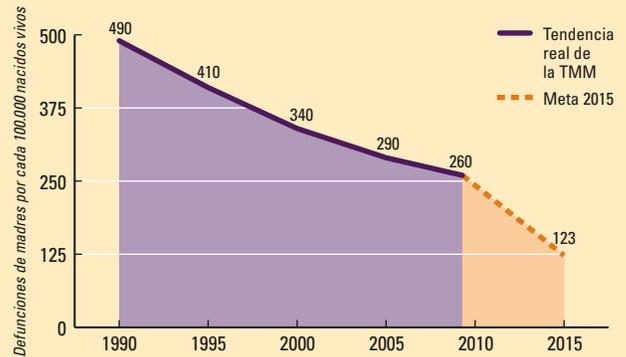
▶ **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	-
Las investigaciones son confidenciales	-
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

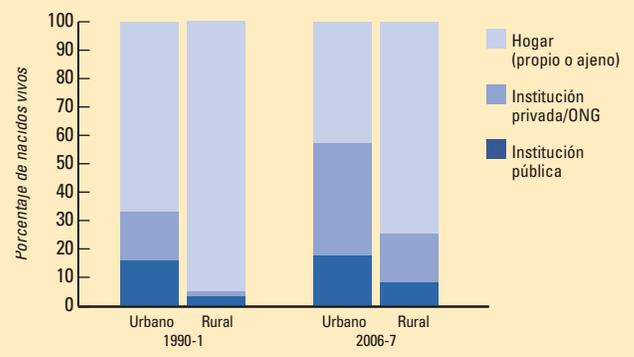
▶ **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	-

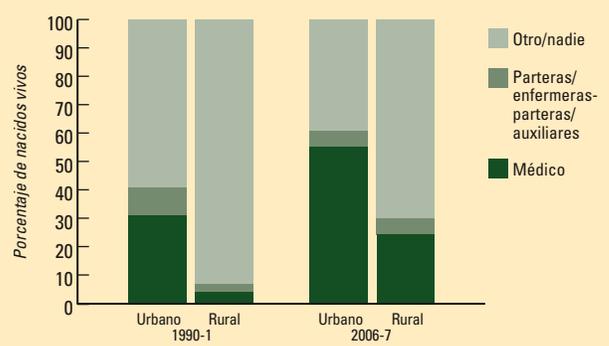
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



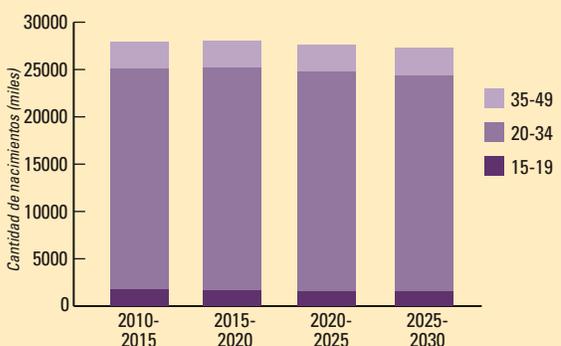
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Papua Nueva Guinea

Papua Nueva Guinea, parte de una de las más extensas islas del Pacífico, posee una población con diversidad cultural y en acelerado crecimiento, predominantemente joven y rural. La tasa de fecundidad total sigue siendo alta. Tras una reducción de solamente 26% desde 1990, la actual tasa de mortalidad materna figura entre las más altas del Pacífico Occidental. La proporción de partos atendidos por personal cualificado es baja, debido principalmente a la aguda escasez de parteras, la deficiente accesibilidad, el déficit de establecimientos que atienden el parto y los bajos niveles de confianza en los servicios públicos. El actual Plan Nacional de Salud 2011-2020 responde a las necesidades de contar con servicios de salud a nivel comunitario. Están en curso planes para subsanar el déficit de personal de partería, fortaleciendo las instituciones de formación en partería. Actualmente no hay programas de educación en partería con ingreso directo y la única educación disponible es en secuencia (un programa de un año de estudios en partería tras tres años de educación en enfermería).

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	6.888; 13
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	722; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.723; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,1
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	31
Nacimientos por año (000)	206
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	530
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	26
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	15
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	43.942
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	239
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	–; –
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	64; 56

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	250
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	53
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	26
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	70
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	79; 55
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	69

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	292
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	225
Obstetras	16
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	12; 7
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	87; 75 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 94 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	5 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	37 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

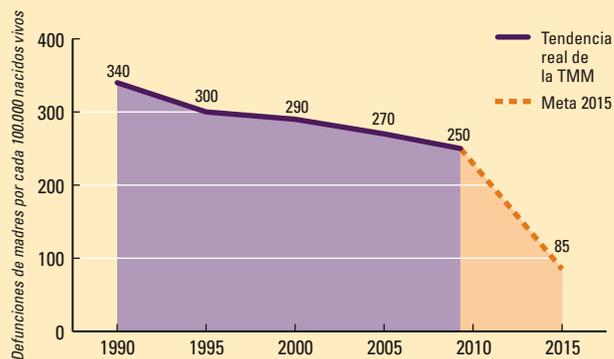
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	584
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	26
Establecimientos por 1.000 partos	–

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



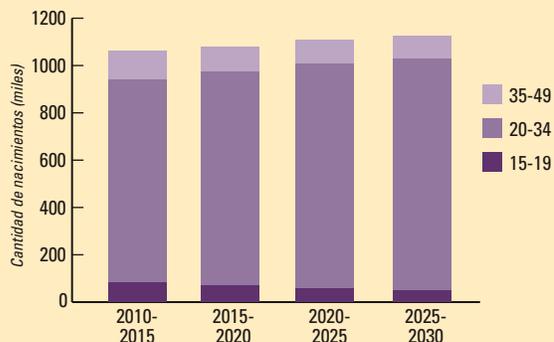
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

República Centroafricana

La República Centroafricana tiene diversidad étnica y una baja densidad de población. El país está superando la inestabilidad resultante de conflictos armados internos, que agravó la situación económica ya débil y el limitado acceso a los servicios sociales básicos, incluidos los de atención de la salud. Las tasas de fecundidad total y de fecundidad de los adolescentes en particular, son altas, y la utilización de anticonceptivos sigue siendo baja. La mortalidad materna permanece a nivel muy alto y no ha disminuido desde 1990, debido en particular a la alta prevalencia del VIH/SIDA. La salud materno-infantil es una prioridad del Plan nacional de salud. Se ha establecido un programa de educación en partería con ingreso directo, pero las egresadas tal vez no encuentren trabajo en el sector público. Todavía no se han preparado reglamentaciones y procedimientos de registro para la práctica de partería. Se han establecido programas de educación permanente; pero están concentrados mayormente en zonas urbanas. La Asociación Nacional de Parteras y Enfermeras-parteras es una activa promotora del desarrollo profesional.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	4.506; 39
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	483; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.098; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,8
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	35
Nacimientos por año (000)	153
% de nacimientos registrados	49
Cantidad de defunciones maternas	1 300
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	45
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	28
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	43.775
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,5
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	162
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	18; 10
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	69; 41

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	850
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	53
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	19
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	133
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	69; -
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	-
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	172

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	511
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	273
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	143
Obstetras	8
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	-
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	1; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	-
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	100
Cantidad de egresadas (2009)	-
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	-
Se necesita una licencia para practicar la partería	-
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	3 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	75; 45 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 27 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	13 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	26 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	100
Afiliación a ICM; ICN	No; No

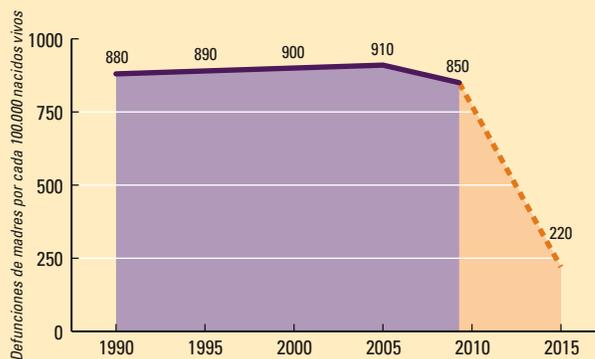
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

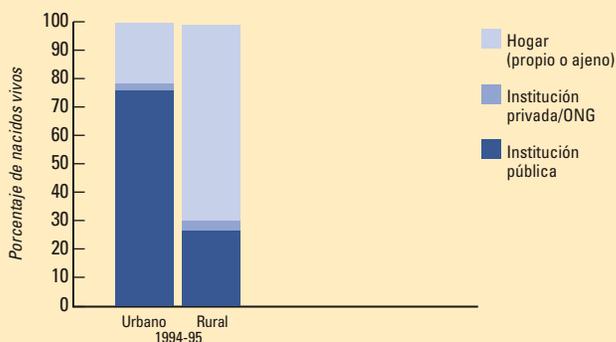
▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	316
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	127
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	62
Establecimientos por 1.000 partos	2

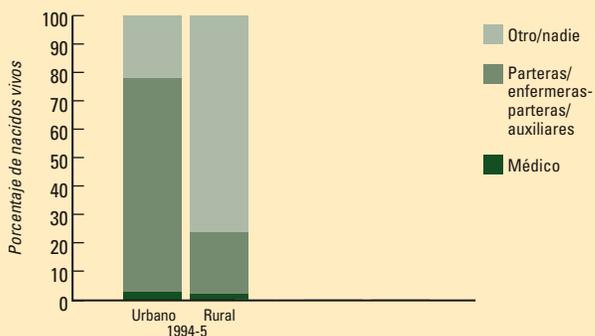
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



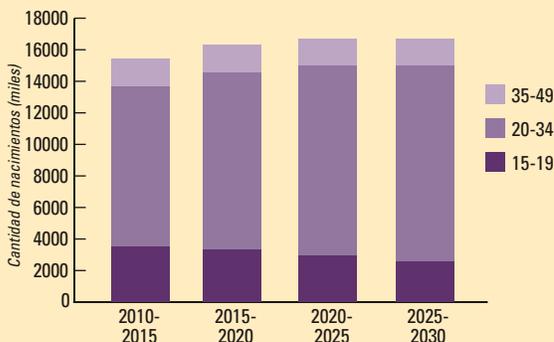
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

República Democrática del Congo

La República Democrática del Congo ha padecido conflictos e inestabilidad durante muchos años, lo cual dañó y destruyó gran parte de la infraestructura del país. Más de la mitad de su numerosa población vive en la pobreza y la tasa de fecundidad total sigue siendo alta. Se ha reducido la tasa de mortalidad materna, pero sigue siendo muy alta. Se formuló y presupuestó un plan de campaña para mejorar la salud materna y neonatal, pero todavía no está en pleno funcionamiento a nivel de distrito. El Plan de Recursos Humanos para la Salud no considera concretamente al personal de partería. En las seis escuelas de enfermería que actualmente funcionan en el país se imparte un programa combinado de enfermería y partería. Escasean los profesores de partería y los docentes disponibles están sumamente concentrados en Kinshasa. En respuesta a la pronunciada escasez de parteras, el país prevé establecer mayor cantidad de escuelas de partería, pero hay escasez de docentes, los cuales están concentrados en la capital.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	67.827; 35
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	7.533; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	15.345; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,0
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	45
Nacimientos por año (000)	2.859
% de nacimientos registrados	99
Cantidad de defunciones maternas	19.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	51
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	32
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	253.297
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,6
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	3.983
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	45; 25
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	78; 56

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	670
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	74
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	21
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	127
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	85; 47
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	24
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	199

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	5.758
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	No disponible
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	38; 9
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	82
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	1.163
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	1.313; 854 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 24 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	15 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	26 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	–; –

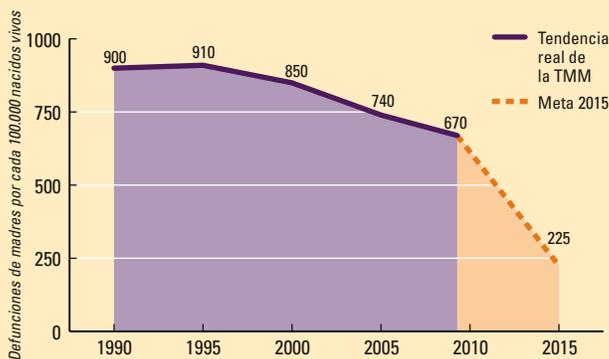
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	No
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	–

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



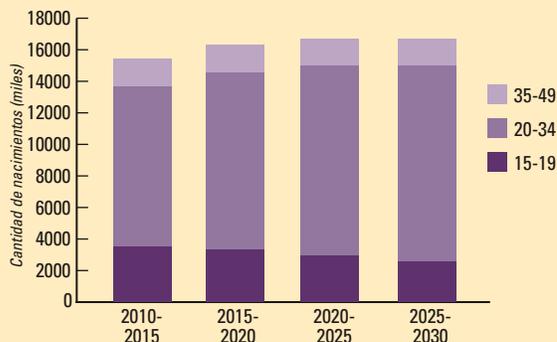
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

República Democrática Popular Lao

La población de la República Democrática Popular Lao, en su mayoría, reside en zonas rurales. Los factores geográficos, la diversidad cultural, la baja densidad de población y los altos niveles de pobreza contribuyen a un acceso muy limitado a los servicios de salud. En los últimos cinco años se han logrado reducciones en la tasa de fecundidad total y aumentos en la utilización de anticonceptivos. En comparación con 1990, la tasa de mortalidad materna disminuyó en 51%, pero sigue siendo muy alta. Una evaluación realizada en 2008 mostró que de los agentes de salud, un 80% posee competencias limitadas para brindar asistencia a las mujeres en el embarazo y el parto. Se preparó el Plan Nacional de Atención del Parto por Personal Capacitado, a fin de educar y apoyar al personal, y crear así efectivos de personal de partería más competente. Las parteras egresadas se asignan a puestos de trabajo en centros de salud para que proporcionen servicios y realicen tareas de difusión a nivel comunitario. Un sistema de salud consolidado contribuirá a reforzar un ámbito de trabajo propicio para el nuevo grupo de parteras.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	6.436; 33
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	762; 12
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.667; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	27
Nacimientos por año (000)	170
% de nacimientos registrados	59
Cantidad de defunciones maternas	980
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	22
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	17
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	3.094
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	360
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	48; 39
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	82; 63

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	580
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	20
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	32
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	110
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	35; -
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	40
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	61

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	343
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	208
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	174
Obstetras	69
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	381
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	16; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	-
Cantidad de egresadas (2009)	-
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	75; 49 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 49 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	5 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	38 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	No
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	-; -

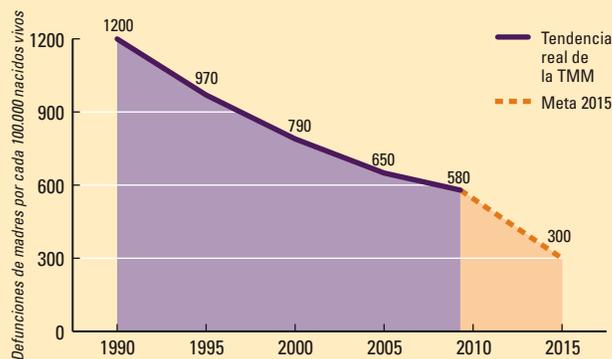
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	150
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	46
Establecimientos por 1.000 partos	-

Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



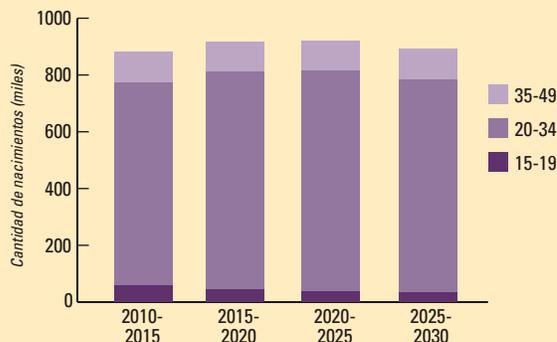
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

República Unida de Tanzania

La población mayormente rural y en acelerado crecimiento de Tanzania tiene una alta tasa de fecundidad y una baja tasa de utilización de anticonceptivos. Ha mejorado la salud de la infancia en Tanzania continental y en Zanzíbar, pero la tasa de mortalidad materna sigue siendo muy alta, con solamente una reducción moderada desde 2005. La alta prevalencia del VIH contribuye a esta situación. Se ha instaurado una política de acceso gratuito a los servicios de salud materna. El Plan estratégico del sector de salud incluye concretamente al personal de partería y asigna prioridad a acrecentar la cantidad de personal de partería que posea conocimientos para salvar vidas y otras competencias. El Plan propugna establecer incentivos para retener a las parteras, especialmente las que ejercen la profesión en zonas remotas. La gran mayoría de las parteras tienen capacitación como enfermeras-parteras. En virtud de la "Ley de partería y enfermería 2010" se inició el otorgamiento oficial de licencias a las profesionales y la acreditación de las instituciones de formación. Están en curso varias innovaciones para mejorar la calidad de la educación en partería, pero el déficit de profesores capacitados limita su puesta en práctica.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	45.040; 26
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	4.758; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	10.271; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	42
Nacimientos por año (000)	1.750
% de nacimientos registrados	8
Cantidad de defunciones maternas	14.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	34
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	1.194.172
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.739
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	7; 5
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	79; 66

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	790
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	43
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	26
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	139
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	76; 62
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	22
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	111

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.720
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	140
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	84; 46
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	4.095
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvar vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2
Complicaciones del parto por día; rurales	758; 531
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 23
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	31

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	4.965
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

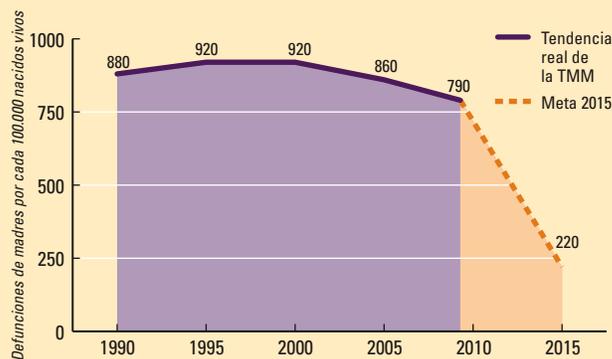
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

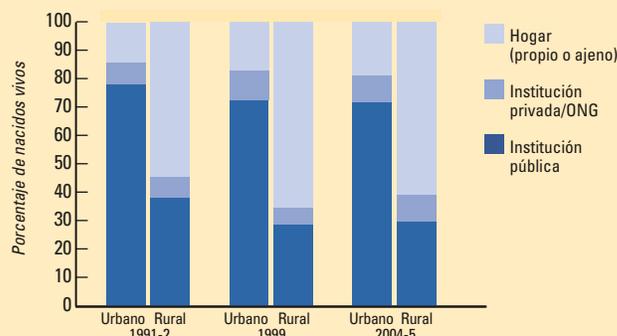
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	—

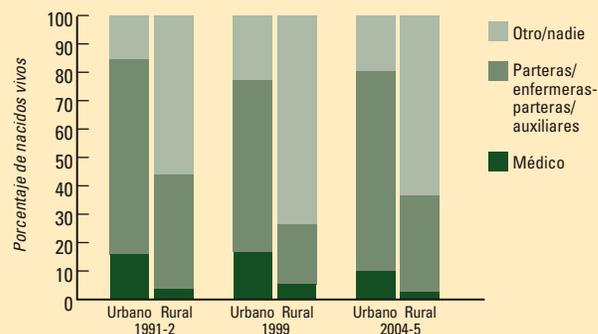
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



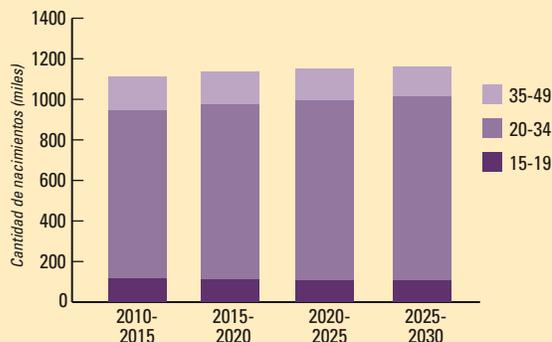
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Rwanda

En los últimos años, Rwanda ha logrado evidentes progresos hacia la reconstrucción de su sociedad. Aumentó la utilización de anticonceptivos modernos, pero la tasa de fecundidad total sigue siendo alta y la población crece aceleradamente. Se han instaurado medidas para contrarrestar la propagación del VIH y promover la autonomía de la mujer. Se ha reducido sustancialmente la mortalidad materna, especialmente en el último decenio, pero la tasa sigue siendo alta. La Estrategia Nacional de Desarrollo de la Salud asigna prioridad a la salud materna y neonatal, y gracias al Plan de seguros, los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos. Rwanda ha comenzado a desarrollar cabalmente su personal de parteras, además de las enfermeras-parteras, y es preciso formular reglamentaciones para la profesión de partería. La capacitación antes de ingresar en el servicio aumentará gracias al compromiso del Gobierno de quintuplicar la cantidad de parteras, pero el país todavía no produce una cantidad suficiente de parteras competentes. Las principales limitaciones son la carencia de escuelas especializadas en partería y la escasez de docentes.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	10.277; 19
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.059; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.584; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	41
Nacimientos por año (000)	395
% de nacimientos registrados	82
Cantidad de defunciones maternas	2.200
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	33
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	23
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	294.457
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,5
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	586
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	23; 21
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	75; 66

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	540
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	52
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	36
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	43
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	96; 24
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	38
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	117

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	1 658
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	550
Obstetras	20
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	15.000
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	6; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	150
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	180
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	–
Las parteras tienen un título protegido	–
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	–
Se necesita una licencia para practicar la partería	–
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	4 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	180; 144 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 35 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	30 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

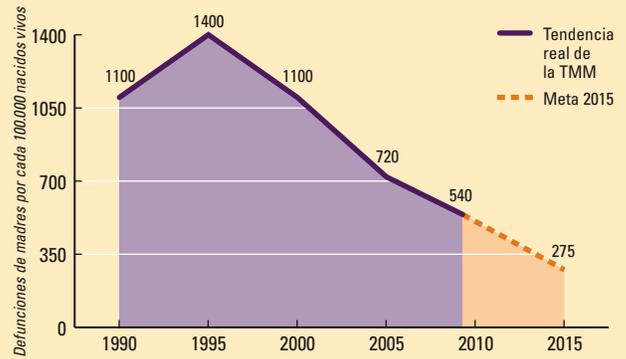
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

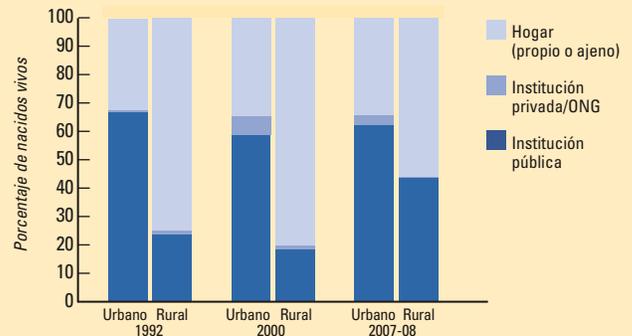
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	430
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	44
Establecimientos por 1.000 partos	–

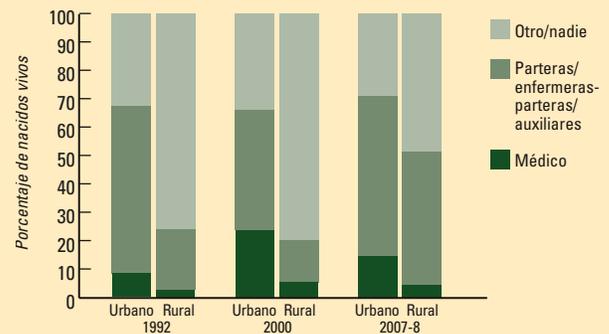
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



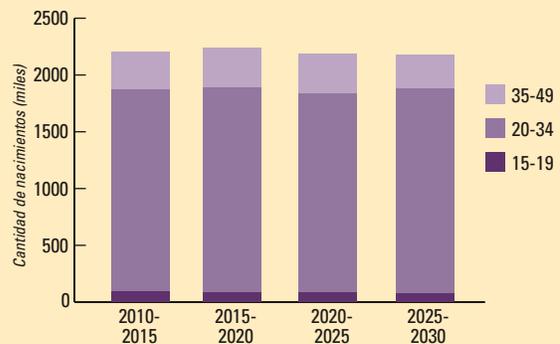
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Senegal

El Senegal ha logrado progresos en cuanto a mejorar el acceso a la educación y hay mayor equidad entre niños varones y niñas en cuanto a la matriculación escolar. La tasa de fecundidad ha disminuido lentamente, pero sigue siendo alta; la tasa de uso de anticonceptivos es baja. Aun cuando algunas aldeas están abandonando la mutilación/corte genital femenino, se sigue practicando ampliamente. En los últimos 20 años se ha reducido considerablemente la tasa de mortalidad materna, pero sigue siendo alta. Está en vigor el Plan nacional de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, y la política de exención del pago de servicios de atención del parto en establecimientos de salud, incluidas las operaciones cesáreas, ha acrecentado la utilización de dichos servicios desde 2005. En general, hay escasez de personal de salud capacitado (inclusive parteras, obstetras, anestesistas y pediatras), particularmente en las zonas rurales. Se ha ampliado el papel de las parteras a fin de aumentar el acceso a servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia y servicios de planificación de la familia. Se están ensayando mecanismos para asignar y retener a las parteras en zonas rurales.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	12.861; 42
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.449; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.162; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,8
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	38
Nacimientos por año (000)	468
% de nacimientos registrados	55
Cantidad de defunciones maternas	1.900
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	31
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	34
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	166.830
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,5
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	450
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	34; 27
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	52; 33

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	410
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	52
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	12
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	96
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	87; 40
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	32
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	95

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	990
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	60
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	14
Obstetras	126
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	1 603
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	–

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	136; 126
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2
Complicaciones del parto por día; rurales	200; 110
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 46
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	16
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	33

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	Sí; –

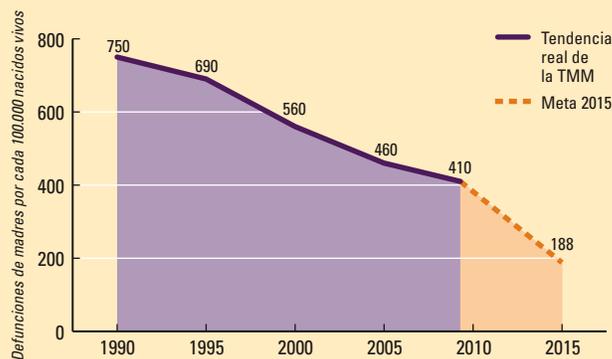
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

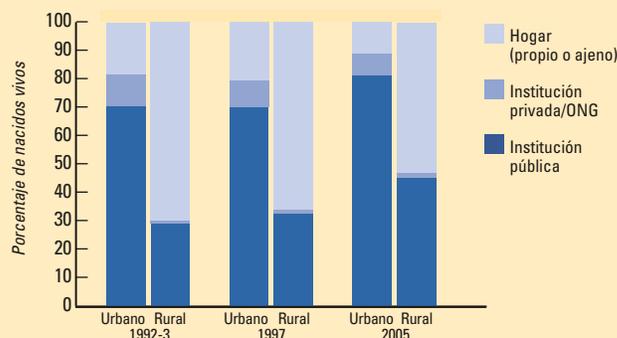
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	2.381
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	1.273
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	39
Establecimientos por 1.000 partos	5

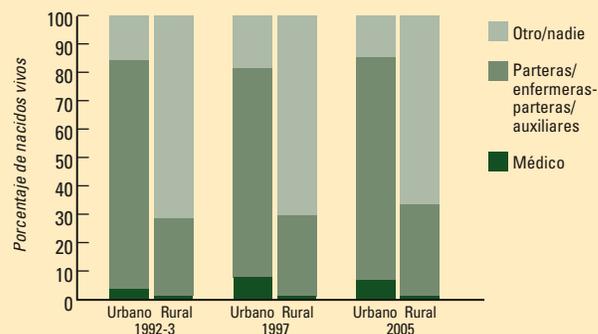
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



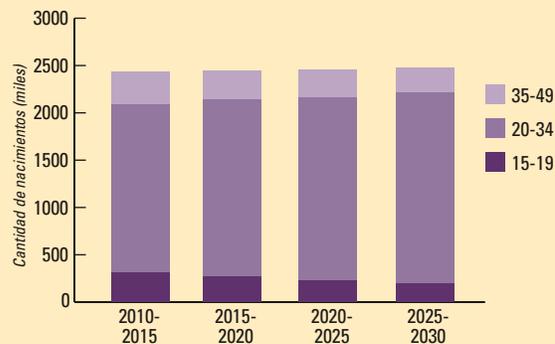
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Sierra Leona

Durante la guerra, que duró casi diez años y finalizó en 2002, quedó destruida gran parte de la infraestructura de salud, pero se está rehabilitando. Hay grandes disparidades en el acceso a la atención básica de la salud entre las ciudades y las zonas rurales, donde vive la mayoría de la población. La tasa de utilización de anticonceptivos es baja y la de fecundidad, persistentemente alta. En los últimos 20 años, disminuyó ligeramente la tasa de mortalidad materna, pero sigue siendo alta. En 2010 se emprendió la Iniciativa de atención gratuita de la salud y se introdujo un conjunto básico de servicios de salud esenciales para madres y recién nacidos en que se asigna mayor importancia a los servicios de partería. Se reconoce que subsanar la escasez de parteras tiene la máxima prioridad. Se ofrece educación en partería como capacitación ulterior de enfermeras diplomadas. Recientemente se revisó el currículo para ajustarlo a las competencias indicadas por la ICM. No obstante, las parteras tropiezan con dificultades prácticas, entre ellas la falta de supervisión y apoyo, así como de medicamentos y equipo. La distribución desigual de los servicios y los profesionales suscita problemas y tiene importancia crucial establecer estrategias eficaces de asignación y retención del personal a fin de asegurar una cobertura suficiente y una adecuada combinación de aptitudes del personal.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	5.836; 38
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	590; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.456; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,2
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	40
Nacimientos por año (000)	221
% de nacimientos registrados	48
Cantidad de defunciones maternas	2.200
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	49
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	30
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	99.256
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	340
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	42; 28
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	52; 29

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	970
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	42
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	8
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	143
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	87; 56
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	28
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	198

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	111
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	—
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	—
Obstetras	—
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	—
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	2; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 24
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	—
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	225
Cantidad de egresadas (2009)	41
Los programas de educación en partería están acreditados	—

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	—
Las parteras tienen un título protegido	—
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1
Complicaciones del parto por día; rurales	100; 62
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 21
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	14
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	25

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	250
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

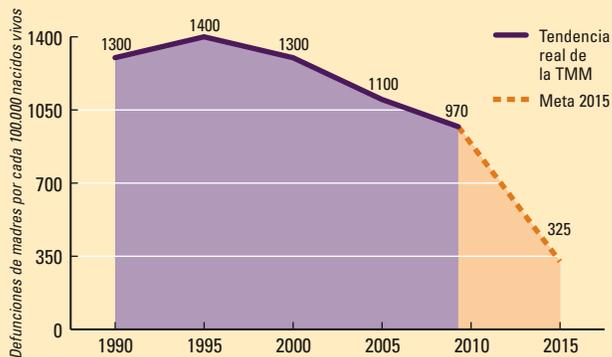
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

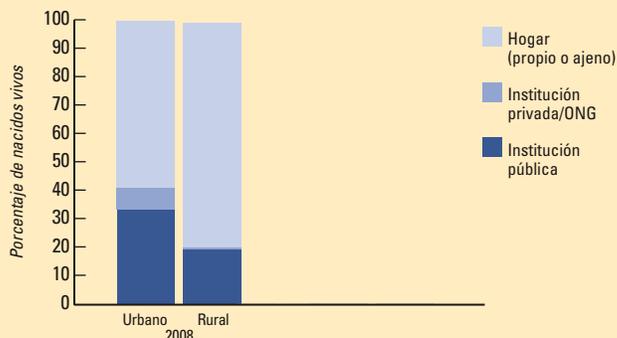
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	–
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	17
Establecimientos por 1.000 partos	–

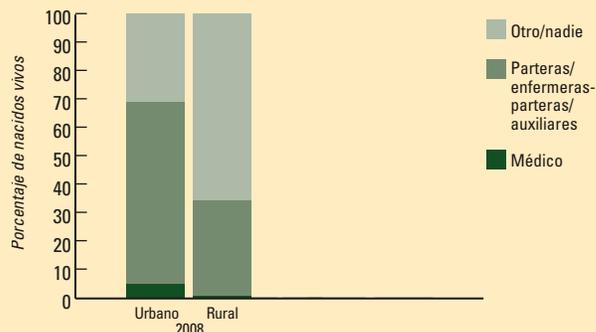
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



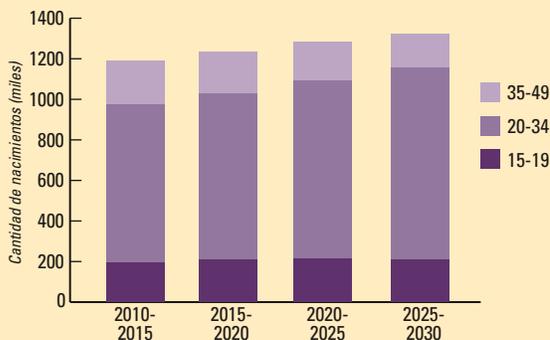
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Somalia

La inestabilidad política, la división de facto del país en tres entidades políticas y la agravación de la crisis humanitaria han tenido profundos efectos sobre la calidad y la disponibilidad de servicios de salud, dejando a muchos habitantes de Somalia sin acceso a atención básica de la salud. La infraestructura debilitada, sumada a las deficientes tasas de alfabetización, la escasez de servicios de salud y las dificultades de acceso a esos servicios, han contribuido al deterioro de los indicadores de salud. La intensificación de las hostilidades en la región centromeridional está perjudicando las medidas de asistencia humanitaria, mientras que la situación es mucho más favorable en Somalilandia. Se estima que la mortalidad materna ha aumentado en los últimos 20 años y que la tasa actual es extremadamente alta. Las enfermeras y las parteras reciben capacitación en atención obstétrica de urgencia básica pero carecen de facultades para recetar medicamentos que salvan vidas, lo cual suscita problemas, particularmente en regiones aisladas. Una de las numerosas medidas que deben adoptarse para mejorar el estado de salud de madres y recién nacidos es mejorar las oportunidades y perspectivas de carrera de enfermeras y parteras.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	9.359; 37
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	937; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.151; 23
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	44
Nacimientos por año (000)	392
% de nacimientos registrados	3
Cantidad de defunciones maternas	4.800
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	53
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	30
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	1.131
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	No
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,1
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	832
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	11; 5
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1.200
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	33
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	15
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	123
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	26; 6
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	180

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	429
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	No disponible
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	No disponible
Obstetras	No disponible
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	No disponible
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	8; 2
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 18
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	180
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	No

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	–
Las parteras tienen un título protegido	–
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1	●
Complicaciones del parto por día; rurales	178; 130	●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 14	●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	14	●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	29	●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	350
Afiliación a ICM; ICN	No; No

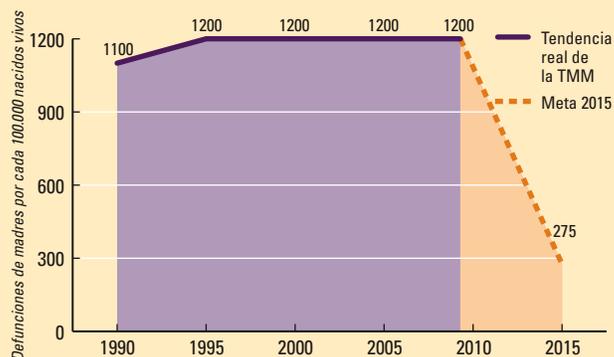
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	No disponible
Establecimientos por 1.000 partos	–

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



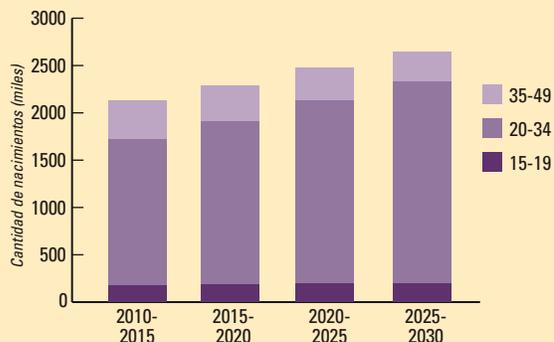
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Sudáfrica

En comparación con la mayoría de los demás países de la región, Sudáfrica tiene indicadores de salud más favorables, aun cuando subsisten algunos problemas de la era del apartheid. Aproximadamente la mitad de la población vive en la pobreza. Las enfermedades infecciosas son comunes y la epidemia de VIH sigue siendo la mayor del mundo. La tasa de fecundidad total es una de las más bajas de la región y la utilización de anticonceptivos aumentó sustancialmente. Pero la mortalidad materna casi se ha duplicado en comparación con 1990, debido en gran parte al VIH y el SIDA. Las "Directrices Nacionales sobre Salud Materna" y las "Directrices para Salvar Vidas: Políticas y Gestión" indican la atención que debe ofrecerse a los diversos niveles de los servicios de salud materna y establecen claras pautas de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad. La partería es una especialidad de la enfermería. Es preciso mejorar la calidad de la atención, particularmente en zonas remotas, donde se necesita apoyo adicional para impedir la desaparición espontánea de puestos de trabajo. La experiencia exitosa de servicios a cargo de parteras en las provincias meridionales marca el rumbo de una opción con alta eficacia en función de los costos, en que las parteras pueden practicar su profesión plasmando plenamente su potencial.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	50.492; 62
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	4.994; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	13.623; 27
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	22
Nacimientos por año (000)	1.090
% de nacimientos registrados	78
Cantidad de defunciones maternas	4 500
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	19
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	21
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	1.099.712
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	4,9
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	710
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	93; 97
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	90; 88

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	410
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	91
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	60
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	54
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	92; 56
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	15
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	65

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	36.892
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	No disponible
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	13
Obstetras	1.057
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

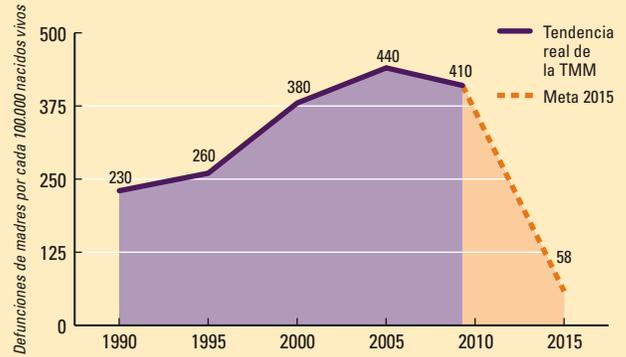
Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	125; 8
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	2.667
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

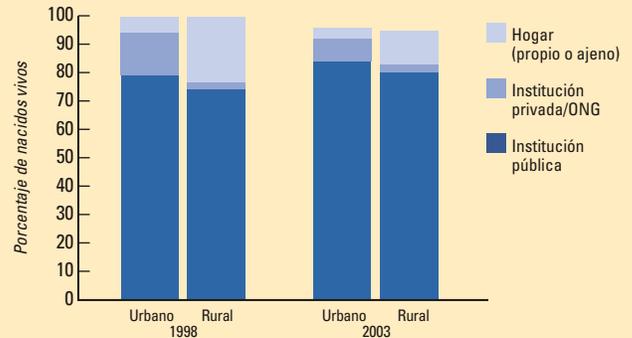
Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



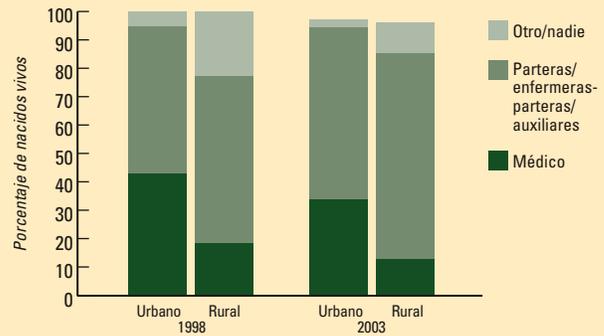
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



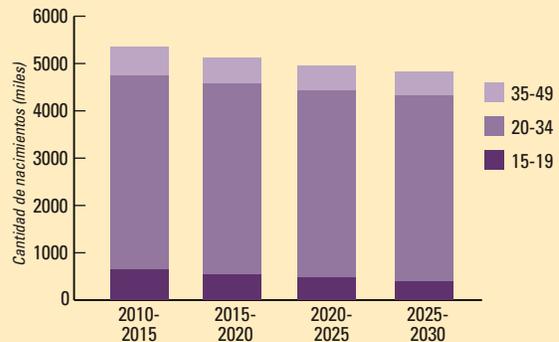
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	—
Complicaciones del parto por día; rurales	452; 172
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 100
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	10
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	30

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	72.000
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	430
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	229
Establecimientos por 1.000 partos	—

Sudán

Muchos años de conflicto interno en el Sudán han diezmando la infraestructura y el personal de lo que fue en el pasado un excelente sistema de salud. Los estados meridionales están al borde de la secesión para transformarse en una república independiente, el Sudán Meridional. Esta reseña abarca el país, excluida la parte meridional. La población es rural en dos terceras partes y está muy dispersa, con más del 60% en situación de pobreza. En las zonas rurales, un 50% carece de acceso a atención obstétrica de urgencia. La tasa de mortalidad materna es muy alta y no ha disminuido apreciablemente desde 1990. Quienes dispensan la mayoría de los servicios, las parteras de aldea, están insuficientemente capacitadas, escasamente remuneradas y deficientemente apoyadas. La débil retención del personal en zonas rurales es un agudo problema. La educación en partería se resiente debido a la falta de docentes competentes y de recursos en las escuelas. Pese a numerosas dificultades, el Sudán se está esforzando mucho por asignar prioridad a los servicios de salud materna y neonatal en sus políticas nacionales. Se ha formulado una estrategia nacional para ampliar la escala de los servicios de partería y se ha establecido un nuevo marco reglamentario para la profesión.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	43.192; 40
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	4.692; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	10.662; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,2
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	31
Nacimientos por año (000)	1.295
% de nacimientos registrados	33
Cantidad de defunciones maternas	9.700
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	37
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	24
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	33.127
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	No
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,1
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	2.057
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	40; 36
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	79; 60

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	750
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	49
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	8
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	72
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	64; -
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	-
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	109

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	905
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	-
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	-
Obstetras	300
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	12.965
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	36; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	-
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	-
Cantidad de egresadas (2009)	683
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	1 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	586; 352 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 32 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	11 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	34 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	No
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	No; No

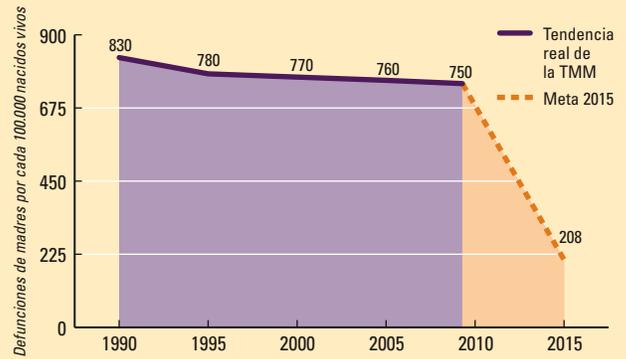
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	4.040
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	42
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	135
Establecimientos por 1.000 partos	3

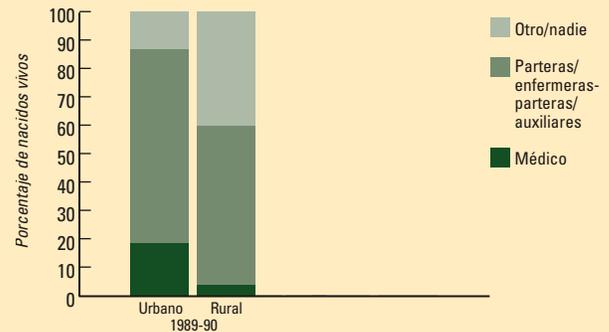
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



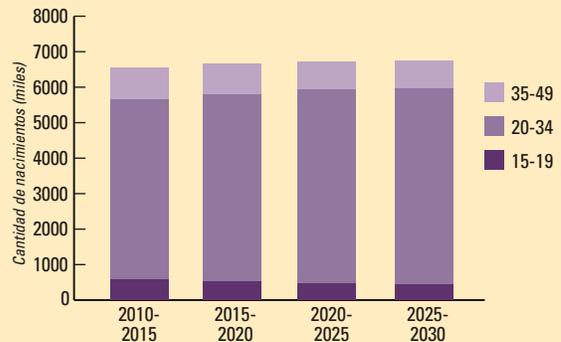
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Tayikistán

Cuando alcanzó su independencia en 1991, Tayikistán era el país más pobre entre las repúblicas del Asia Central. Una prolongada guerra civil afectó el desarrollo económico y social, lo cual deterioró la situación de la salud. Según se estima, un 22% de la población vive en la pobreza. La tasa de fecundidad total sigue siendo alta y la de utilización de anticonceptivos es baja. No obstante, la salud materna está mejorando, pues entre 1990 y 2008 se redujo a la mitad la tasa de mortalidad materna. Las parteras están distribuidas de manera desigual entre las ciudades y las zonas rurales y entre dispensarios de atención primaria de la salud y hospitales, con notable desaparición espontánea de puestos de trabajo en las ubicaciones remotas. Con frecuencia, las pacientes deben sufragar los servicios. La enseñanza de la partería suele estar a cargo de personal médico y no de parteras experimentadas y estas últimas suelen trabajar como asistentes de obstetras y no como profesionales autónomas. En 2010, el Ministerio de Salud efectuó un estudio de las defunciones maternas a fin de obtener pruebas objetivas sobre los problemas básicos que es preciso subsanar.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	7.075; 26
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	848; 12
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.899; 27
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	28
Nacimientos por año (000)	191
% de nacimientos registrados	–
Cantidad de defunciones maternas	120
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	24
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	12
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	76.297
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	7,0
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	187
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	90; 78
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	100; 100

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	64
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	88
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	38
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	27
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	89; 49
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	–
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	64

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	3.898
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	No disponible
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	1.255
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	23; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	3.707
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	85
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	3.230
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	— ○
Complicaciones del parto por día; rurales	84; 62 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 430 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	2 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	40 ●

▶ ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	520
Afiliación a ICM; ICN	No; No

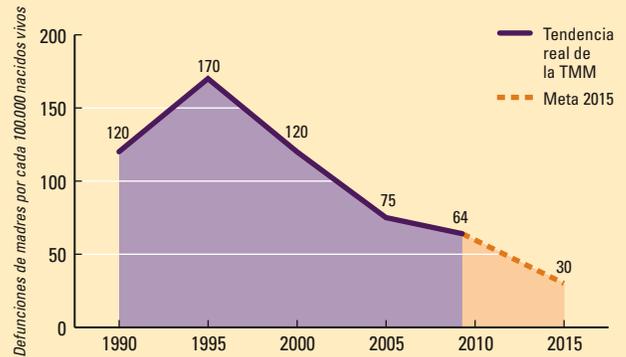
▶ POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

▶ SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	208
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	106
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	74
Establecimientos por 1.000 partos	1

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



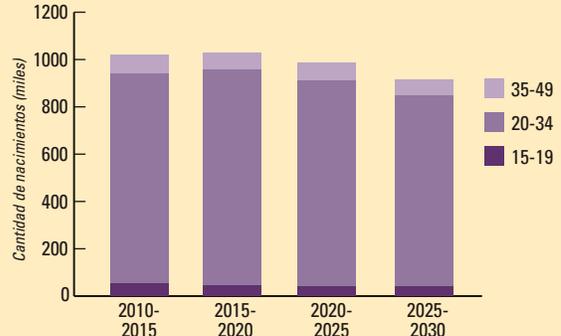
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Timor-Leste

La mitad de la pequeña, pero rápidamente creciente, población de Timor-Leste sigue viviendo en la pobreza. El acceso poco equitativo a los servicios de salud se debe a factores geográficos y económicos y también al déficit de profesionales. Durante la guerra civil, la infraestructura quedó gravemente dañada, pero se están restaurando los establecimientos de salud y las carreteras. La utilización de anticonceptivos es baja y la tasa de fecundidad es una de las más altas del mundo. Después de 1990, disminuyó sustancialmente la mortalidad materna, pero la tasa sigue siendo alta. La Estrategia Nacional de Salud Reproductiva 2004-2015 incluye la formación de personal de salud cualificado y el acceso a atención obstétrica y neonatal de urgencia. Hay una escuela de partería que ofrece un programa de tres años con ingreso directo. Se reconoce la partería como profesión autónoma y se autoriza a las parteras a practicar todas las competencias esenciales indicadas por la ICM. En 2011 se está estableciendo la Asociación de Partería de Timor-Leste. Para ampliar la escala de los servicios de partería de calidad se requiere un mejor acceso a los establecimientos y una continua estabilidad política.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	1.171; 28
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	131; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	257; 22
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,5
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	40
Nacimientos por año (000)	43
% de nacimientos registrados	53
Cantidad de defunciones maternas	160
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	27
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	14
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	71
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	2,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	77
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	55; 55
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	–; –

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	370
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	18
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	10
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	59
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	61; 30
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	4
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	60

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	367
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	95
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	12
Obstetras	–
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	2; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	97
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	134
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



INDONESIA

Dili

TIMOR-LESTE

OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA

Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	8
Complicaciones del parto por día; rurales	19; 13
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 44
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	48

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	-; -

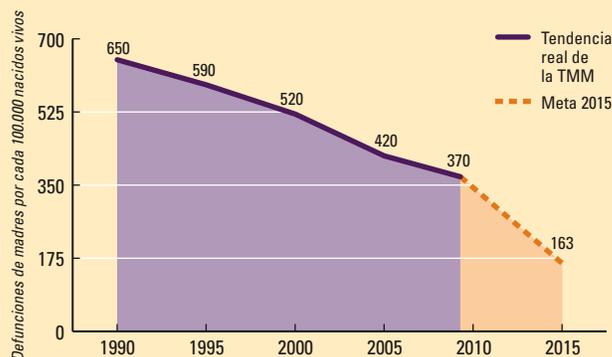
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	71
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	62
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	6
Establecimientos por 1.000 partos	2

Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



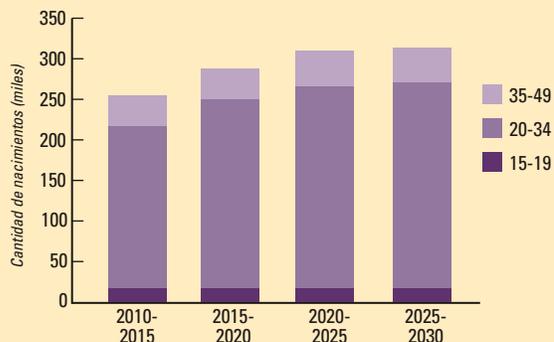
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. ¹Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. ²Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. ³Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Togo

Después de obtener la independencia en 1960, el desarrollo del Togo ha dependido en gran medida del apoyo externo y ha padecido choques, como inundaciones y altos precios de los alimentos. El país tiene una población relativamente joven, con un importante porcentaje de habitantes urbanos (40%) y una alta tasa de fecundidad en la adolescencia. La condición de la mujer está mejorando, aun cuando sigue sujeta a restricciones jurídicas y sociales. A lo largo de los años, fue disminuyendo la tasa de mortalidad materna, aun cuando sigue siendo alta. La mayor parte del personal de partería está ubicado en las ciudades y hay una aguda carencia de parteras y de establecimientos que dispensen atención obstétrica de urgencia en las zonas rurales. Además, el país también tiene problemas para retener a su personal de salud, que en los últimos años ha ido migrando en grandes cantidades. Durante varios años estuvo en curso la formulación y aplicación de un plan para reducir la mortalidad materna.

▶ INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	6.780; 43
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	735; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	1.689; 25
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	4,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	33
Nacimientos por año (000)	211
% de nacimientos registrados	78
Cantidad de defunciones maternas	740
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	32
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	25
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	42.101
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,3
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	242
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	54; 28
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	77; 54

▶ INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	350
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	62
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	17
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	89
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	84; 46
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	32
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	100

▶ PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	413
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	938
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	277
Obstetras	60
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

▶ EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	4;1
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	–
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	840
Cantidad de egresadas (2009)	243
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

▶ REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	2 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	95; 54 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 67 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	32 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	2.554
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

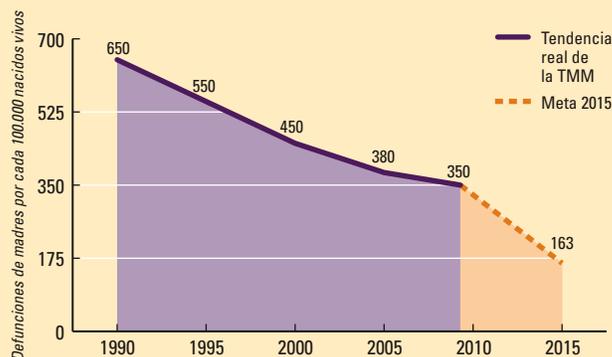
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	-
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	No

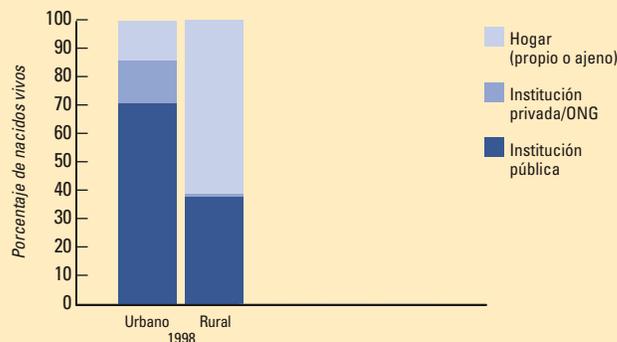
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	503
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	120
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	33
Establecimientos por 1.000 partos	2

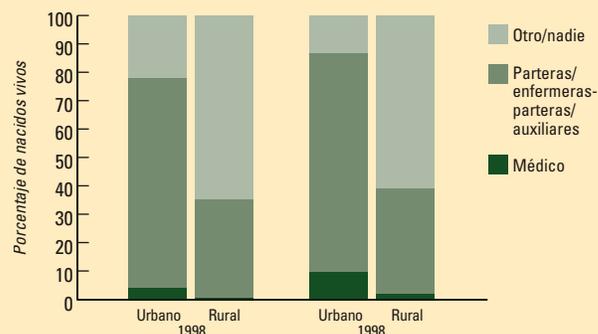
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



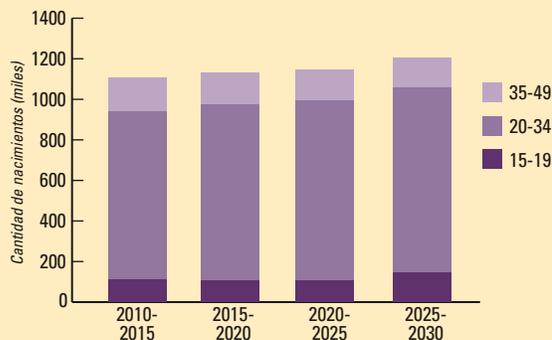
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Uganda

Dado que solamente un 13% de su población vive en zonas urbanas, Uganda es un país predominantemente rural, con altas tasas de fecundidad y bajas tasas de uso de anticonceptivos, y su población figura entre las de más acelerado crecimiento en el mundo. Desde 1990 disminuyó en un 36% la tasa de mortalidad materna, pero sigue siendo alta. El Gobierno ha asignado prioridad a la salud maternoinfantil y ha emprendido un plan de campaña para reducir la mortalidad materna y neonatal. Aun cuando hay en general escasez de docentes de partería, numerosas personas están recibiendo formación. En muchas instituciones públicas de educación ya no se ofrece el tradicional programa de formación en partería de tres años de duración. Se está preparando nuevo curso de licenciatura en ciencias de enfermería y partería. Se alienta a las parteras registradas a que participen en programas de educación permanente, a fin de actualizar sus aptitudes. El Consejo de Enfermeras y Parteras de Uganda está promoviendo activamente la capacitación en partería.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	33.796; 13
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	3.808; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	7.345; 22
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	6,3
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	46
Nacimientos por año (000)	1.448
% de nacimientos registrados	21
Cantidad de defunciones maternas	6.300
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	31
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	25
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	968.157
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	2.021
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	27; 23
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	82; 67

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	430
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	42
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	24
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	159
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	94; 47
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	41
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	130

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	9.701
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	144
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	53; 38
Duración de los programas de educación en partería (meses)	18 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	1.527
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	>100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	4.605
Cantidad de egresadas (2009)	1.453
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	7 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	653; 555 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 35 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	24 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	5.154
Afiliación a ICM; ICN	Sí; Sí

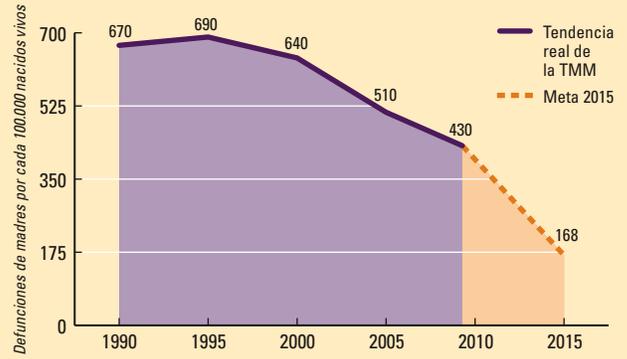
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

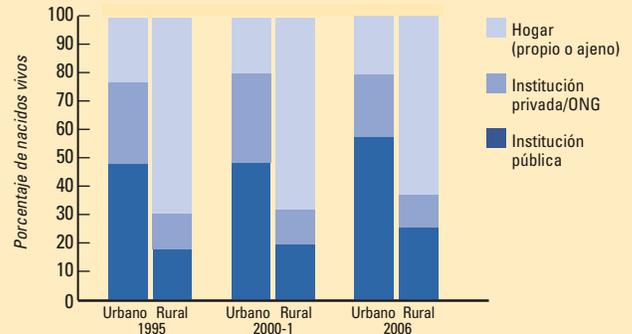
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	2.471
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	853
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	164
Establecimientos por 1.000 partos	2

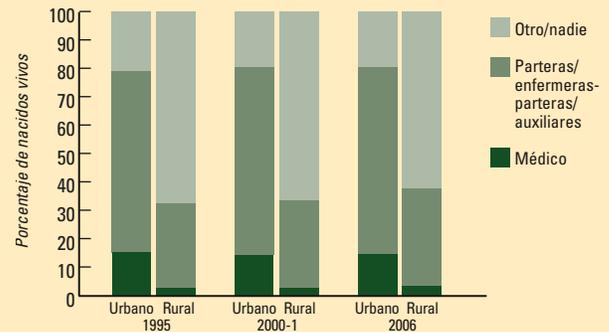
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



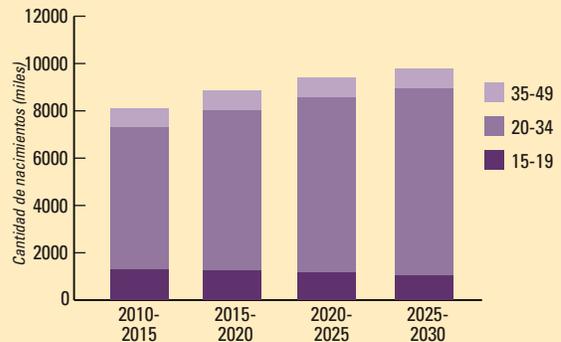
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Uzbekistán

Uzbekistán, el país más populoso del Asia central, padece altos niveles de desempleo. Un 46% de la población vive en la pobreza y son motivo de preocupación el estancamiento económico, los conflictos internos, el descontento social y la emigración en gran escala, particularmente de jóvenes profesionales cualificados. Hay disparidades regionales en el ingreso y la utilización de servicios básicos de salud. La mortalidad materna no ha disminuido apreciablemente después de 1995. Se ha formulado una política nacional de servicios de salud materna y neonatal y se ha establecido una política de gratuidad de los servicios de salud materno-infantil. La partería es considerada una especialidad de la enfermería. Se ha introducido un sistema de formación en dos niveles, a fin de mejorar la calidad de la partería, y el nuevo currículo incluye las competencias establecidas por la ICM. Un problema en el ámbito de trabajo es la falta de un claro deslinde de responsabilidades y tareas entre obstetras y parteras durante el parto.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	27.794; 36
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	3.182; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	7.944; 29
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,6
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	22
Nacimientos por año (000)	551
% de nacimientos registrados	100
Cantidad de defunciones maternas	170
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	17
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	6
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	414.346
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	13,4
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	–
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	102; 101
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	100; 99

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	30
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	100
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	65
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	26
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	99; 79
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	14
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	38

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	24.100
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	5.000
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	98; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	4 000
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	4 000
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	— ○
Complicaciones del parto por día; rurales	265; 169 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 1400 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	1 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	48 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	150.000
Afiliación a ICM; ICN	No; —

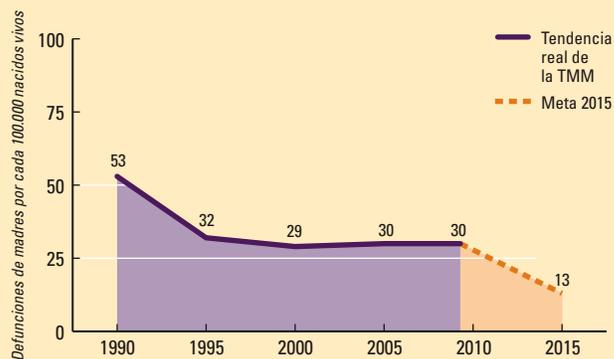
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	No
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

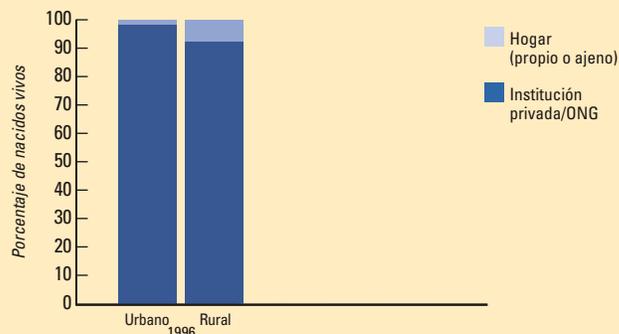
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	240
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	220
Establecimientos por 1.000 partos	—

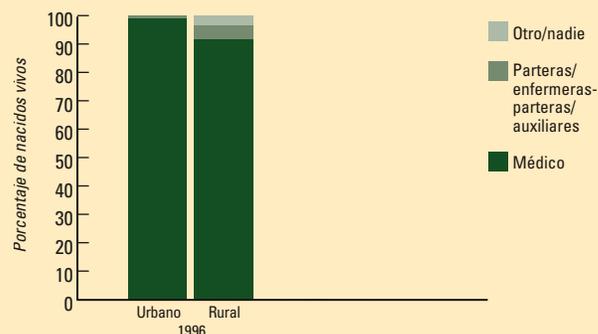
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



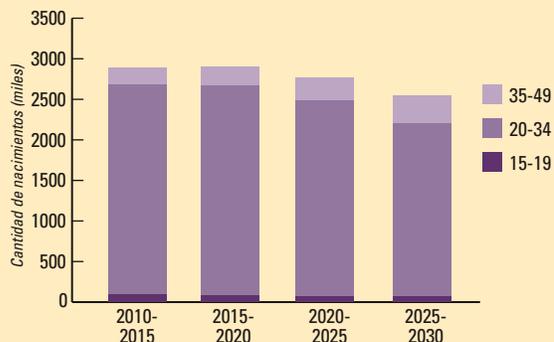
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Viet Nam

Viet Nam, país densamente poblado, está experimentando un rápido crecimiento económico que redundó en más altos estándares de vida y una nutrida migración desde zonas rurales hacia las ciudades. En los últimos 20 años, una vigorosa política de población ha conducido a una sustancial disminución en las tasas de fecundidad, acompañada de una mejora en los indicadores de salud. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 66% y el país está en vías de alcanzar las metas del ODM 5. No obstante, la mortalidad materna sigue siendo sustancialmente más elevada en las regiones remotas, donde viven minorías étnicas. Una vez que se ejecute plenamente en esas zonas el Programa de salud materna y neonatal, se prevé que se lograrán mayores adelantos. El país posee varias escuelas de partería y un fuerte personal de partería. Hace tres años se estableció un nuevo programa de ingreso directo y tres años de duración. Un reciente decreto estipula la obtención obligatoria de licencias de todos los profesionales de salud. La mayor colaboración entre instituciones educacionales y lugares de capacitación práctica, así como entre los docentes y los mentores en los establecimientos de salud, contribuirá a fortalecer los programas de formación.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	89.029; 30
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	9.044; 10
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	25.325; 28
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	2,1
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	17
Nacimientos por año (000)	1.498
% de nacimientos registrados	88
Cantidad de defunciones maternas	840
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	12
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	14
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	480.814
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	–
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	2,2
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	1.012
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	70; 64
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	95; 90

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	56
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	88
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	80
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	35
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	91; 29
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	5
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	24

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	35.162
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	1.801
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	–
Obstetras	5.000
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	101.508
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

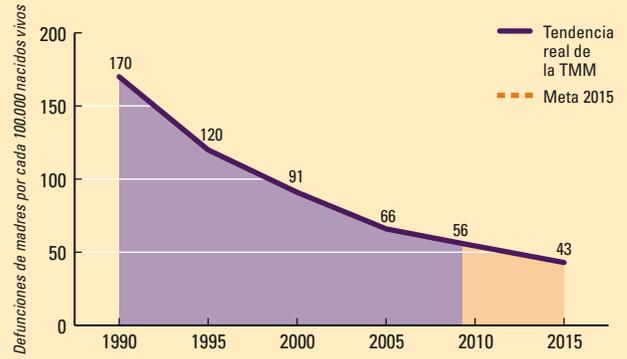
Programas de educación en partería (ingreso directo; combinados; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	72; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	–
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	1.649
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	3.912
Cantidad de egresadas (2009)	1.644
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	No
Se necesita una licencia para practicar la partería	No
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No

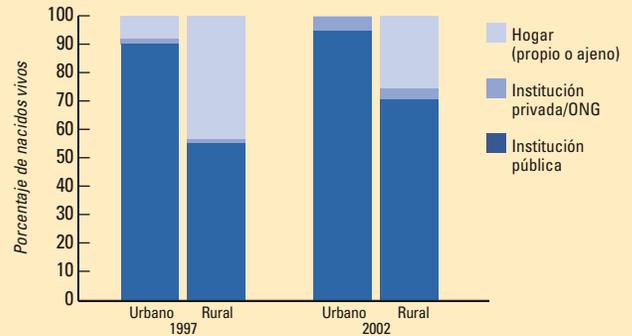


Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015

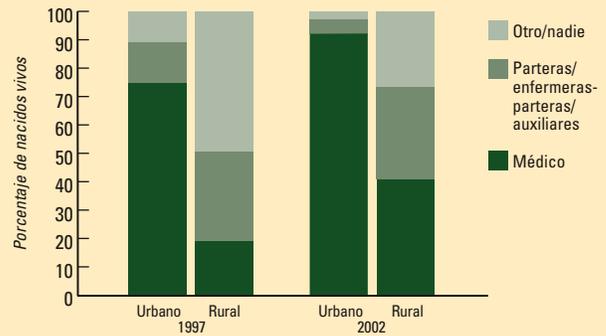


OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	—
Complicaciones del parto por día; rurales	658; 461
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 850
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	52

Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	—
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

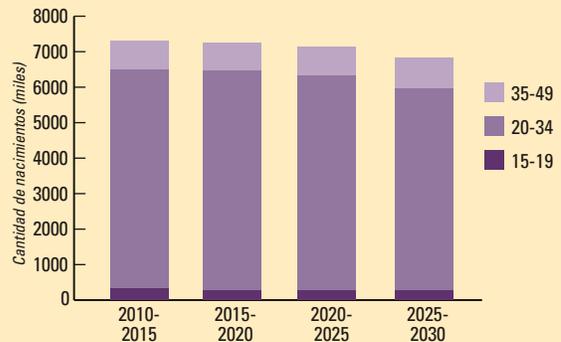
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Parcialmente
Cantidad de nacimientos (miles)	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	11.085
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	10.324
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	591
Establecimientos por 1.000 partos	7

Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Yemen

En el Yemen, uno de los países menos adelantados, casi un 42% de la población vive en la pobreza y un 75% vive en zonas rurales. La tasa de fecundidad total figura entre las más altas del mundo. Aproximadamente un 44% de la población tiene menos de 15 años de edad, lo cual refleja la alta tasa de crecimiento demográfico en todo el país. La tasa de analfabetismo femenino es alta. El país ha progresado hacia los ODM relacionados con la salud y la tasa de mortalidad materna se ha reducido en un 61% en comparación con 1990. No obstante, sigue siendo baja la proporción de partos atendidos por personal cualificado. La primera prioridad de la política nacional de salud materna, neonatal e infantil es fortalecer los recursos humanos cualificados, principalmente el personal de partería que trabaja en la comunidad y en los establecimientos que dispensan servicios. Hay dos programas educacionales con ingreso directo que capacitan a parteras comunitarias y parteras que trabajan en establecimientos. Las políticas prestan especial atención a las necesidades de mujeres, recién nacidos y niños residentes en zonas remotas, pero para ponerlas en práctica será necesario que haya estabilidad política.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	24.256; 32
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	2.896; 12
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	5.763; 24
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,2
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	37
Nacimientos por año (000)	840
% de nacimientos registrados	22
Cantidad de defunciones maternas	1.800
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	29
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	23
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	4.211
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	1,0
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	2.222
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	61; 30
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	79; 43

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	210
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	36
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	28
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	80
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	47; 11
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	39
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	70

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	4.287
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	—
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	205
Obstetras	—
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	—
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	—

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; No; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	22; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24 a 36
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	293
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	—
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	—
Cantidad de egresadas (2009)	288
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	—
Las parteras tienen un título protegido	—
Hay una definición reconocida de partera profesional	No
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	—
Se necesita una licencia para practicar la partería	—
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	No



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	399; 272 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 91 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	4 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	44 ●

► **ASOCIACIONES PROFESIONALES**

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	–
Afiliación a ICM; ICN	–; –

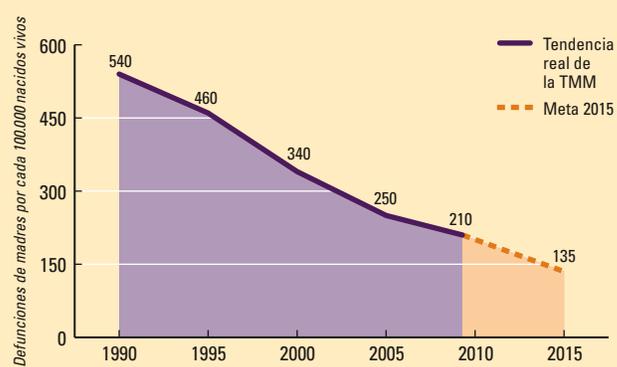
► **POLÍTICAS**

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	–
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	–
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	No
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Parcialmente

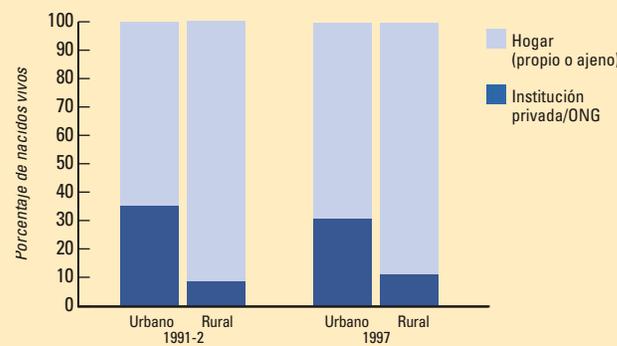
► **SERVICIOS**

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	–
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	520
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	67
Establecimientos por 1.000 partos	–

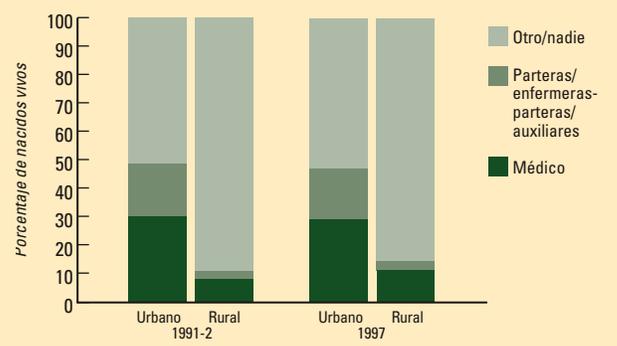
Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015



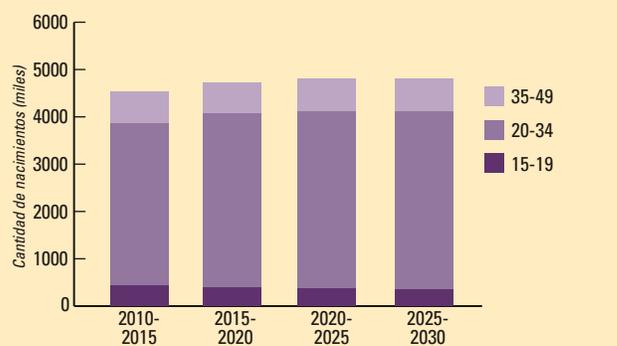
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

Zambia

En el último decenio, Zambia, país sin litoral del África meridional, ha logrado un cierto grado de estabilidad después de años de disturbios posteriores a la independencia. Aun cuando aumentó sustancialmente la utilización de anticonceptivos, la tasa de fecundidad total y, particularmente, la tasa de fecundidad en la adolescencia, siguen a un nivel muy alto. También es muy alta la prevalencia del VIH/SIDA y un 37% de las defunciones de madres se deben al VIH. Después del decenio de 1990, aumentó pronunciadamente la mortalidad materna y la tasa se mantiene a alto nivel. Mejorar la salud materna y neonatal ha pasado a ser una prioridad política. El Plan Nacional de Recursos Humanos de Salud 2010 refleja el compromiso del Gobierno en pro de aumentar la densidad de parteras y la calidad de su educación. Se ha establecido un nuevo programa de ingreso directo. Se está elaborando un nuevo modelo de asociación profesional. Se están desarrollando oportunidades de carrera para el personal de partería en materia de docencia e investigación. Las parteras desempeñan una función fundamental en la prevención y la atención de los casos de infección con el VIH, incluida la prevención de la transmisión de la madre al hijo.

► INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	13.257; 36
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.442; 11
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	2.940; 22
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	5,8
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	43
Nacimientos por año (000)	539
% de nacimientos registrados	10
Cantidad de defunciones maternas	2.600
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	35
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	26
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	532.484
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Sí
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,8
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	603
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	50; 41
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	81; 61

► INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	470
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	47
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	41
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	151
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	94; 60
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	27
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	145

► PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	2.821
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	911
Obstetras	<i>No disponible</i>
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	Sí

► EDUCACIÓN EN PARTERÍA

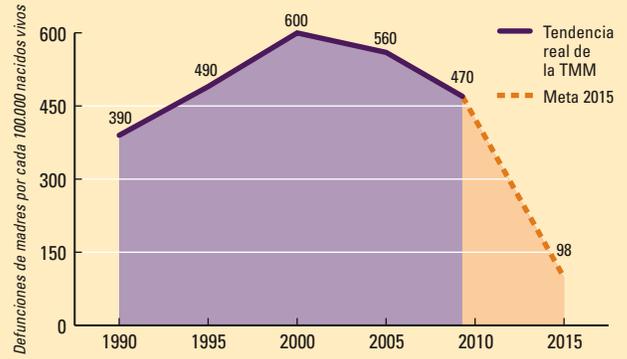
Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	Sí; Sí; No
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	15; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	24 a 48
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	210
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	100
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	–
Cantidad de egresadas (2009)	–
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

► REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	Sí
Las parteras tienen un título protegido	Sí
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí

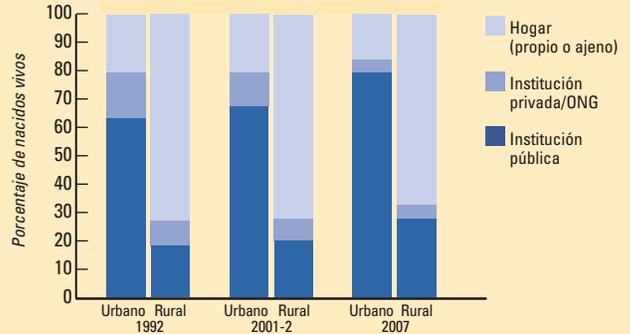


Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2015

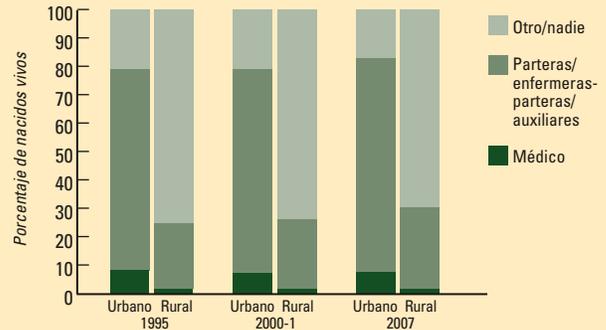


OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	5 ●
Complicaciones del parto por día; rurales	246; 157 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 38 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	12 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	25 ●

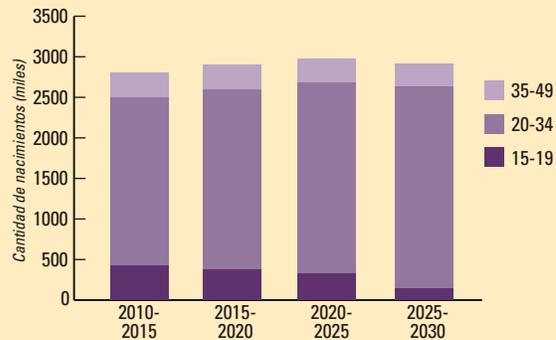
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "—" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	200
Afiliación a ICM; ICN	No; Sí

POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Sí
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	No
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	No
Las investigaciones son confidenciales	No
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	Sí

SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	—
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	212
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	1.330
Establecimientos por 1.000 partos	—

Zimbabwe

La economía de Zimbabwe, así como sus servicios básicos y su sistema de salud, comenzaron a deteriorarse en el decenio de 1990 y la situación humanitaria sigue siendo crítica. La falta de agua potable y adecuado saneamiento ha suscitado brotes de cólera y escasez de alimentos. La población, gravemente afectada por la epidemia de VIH, tiene una baja tasa de crecimiento debido a la reducida esperanza de vida al nacer. Aumentó la utilización de métodos anticonceptivos y está comenzando a declinar la prevalencia del VIH/SIDA. No obstante, desde 1990 se ha duplicado la tasa de mortalidad materna y más de la mitad de todas las defunciones maternas se relacionan con el VIH. La salud materna y neonatal es un componente esencial de la Política de Salud de Zimbabwe. En circunstancias de escasez de recursos, son prioridades fundamentales abordar el déficit de personal y acrecentar la retención. La partería se considera una especialidad de la enfermería y no una profesión autónoma. El déficit de docentes en las escuelas de partería afecta la calidad del apoyo y la supervisión de que disponen las estudiantes. Las asociaciones de partería abogan por mejoras en las condiciones de trabajo.

INDICADORES DEL PAÍS*

Población total (000); % urbana	12.644; 38
Población de adolescentes (15 a 19 años) (000); % del total	1.656; 13
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 19 años) (000); % del total	3.246; 26
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)	3,4
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por 1.000)	30
Nacimientos por año (000)	377
% de nacimientos registrados	74
Cantidad de defunciones maternas	3.000
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	29
Tasa de mortinatalidad (por 1.000)	20
Cantidad de embarazadas con pruebas de detección del VIH	175.223
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto de intervenciones básicas para salvar vidas	Parcialmente
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	0,9
Estimación del déficit de personal para alcanzar 95% de partos atendidos por personal cualificado para 2015	360
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (varones; niñas) %	43; 39
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (varones, mujeres) %	94; 89

INDICADORES DE ODM

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	790
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	80
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (%)	60
Tasa de natalidad en la adolescencia (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	101
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (%)	–; –
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (%)	13
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	93

PERSONAL DE PARTERÍA¹

Parteras (incluidas enfermeras-parteras) ²	8.244
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería ³	–
Médicos generalistas con algunas competencias de partería	768
Obstetras	16
Trabajadores de salud comunitaria con alguna capacitación en partería	–
Existe un registro actualizado de parteras con licencia profesional	No

EDUCACIÓN EN PARTERÍA

Programas de educación en partería (ingreso directo; combinado; en secuencia)	No; No; Sí
Cantidad de instituciones de educación en partería (total; privadas)	17; 0
Duración de los programas de educación en partería (meses)	12
Cantidad de estudiantes admitidas (primer año)	247
Estudiantes admitidas en relación con el total de plazas disponibles (%)	–
Cantidad de estudiantes matriculadas en todos los años (2009)	300
Cantidad de egresadas (2009)	227
Los programas de educación en partería están acreditados	Sí

REGLAMENTACIÓN

Hay legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	No
Las parteras tienen un título protegido	No
Hay una definición reconocida de partera profesional	Sí
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	Sí
Se necesita una licencia para practicar la partería	Sí
Las parteras están autorizadas a recetar medicamentos que salvan vidas	Sí



OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA	
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	- ○
Complicaciones del parto por día; rurales	166; 103 ●
Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida	1 en 42 ●
Tasa de mortinatalidad en el parto (por cada 1.000 partos)	9 ●
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de menores de cinco años	32 ●

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Existe una asociación de parteras	Sí
Cantidad de profesionales de partería representados por asociación	-
Afiliación a ICM; ICN	Sí; No

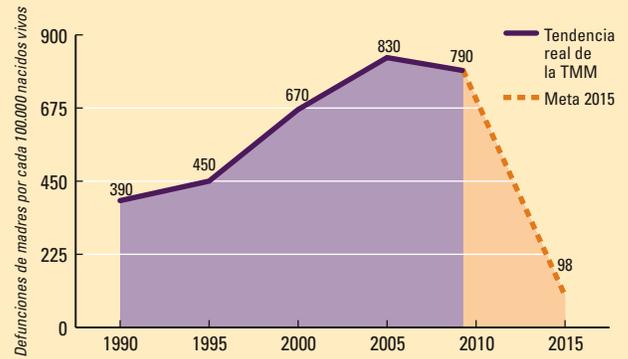
POLÍTICAS

Hay un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	No
El plan tiene un presupuesto	Sí
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Sí
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Sí
Se auditan e investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Sí
Las investigaciones son confidenciales	Sí
Es obligatorio registrar todos los nacimientos	Sí
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (sector público)	-

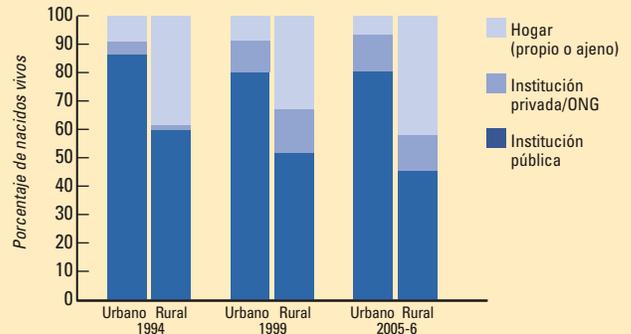
SERVICIOS

Cantidad de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	No disponible
Cantidad de establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (EmONC)	No disponible
Cantidad de establecimientos que ofrecen EmONC integral	64
Establecimientos por 1.000 partos	-

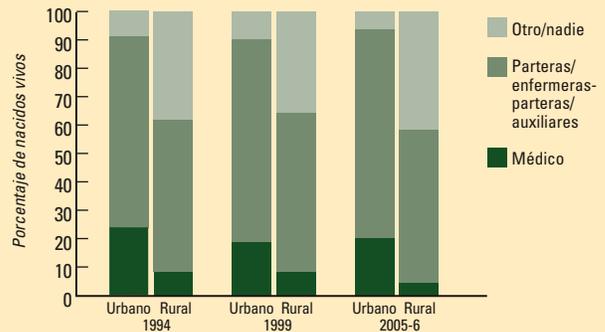
Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2015



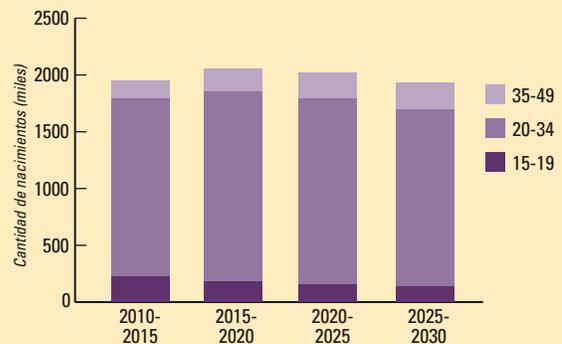
Lugar del parto: urbano o rural



Quiénes atienden el parto: urbano o rural



Proyección de la cantidad de nacimientos, por edad de la madre



Nota: En el Anexo 2 figura una lista completa de fuentes de datos, todas las cuales corresponden a 2008, a menos que se aclare otra cosa. Cuando los países encuestados responden que no se dispone de datos, se indica "No disponible". En todos los demás casos, se utiliza "-" para denotar una respuesta nula o datos que requieren mayor verificación. *Estimaciones de 2008 basadas en datos aportados por los países y extraídos del Atlas mundial de la OMS sobre personal de salud. *Se incluyen parteras, enfermeras-parteras y enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que ejercen la profesión ni la definición de partera por la ICM. *Parteras auxiliares y enfermeras-parteras auxiliares.

ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO – RESPUESTAS A LA ENCUESTA POR PAÍSES

Un especial agradecimiento a los directores de las Oficinas del UNFPA en los países y a su personal por facilitar la tarea de recopilar las respuestas a la encuesta por países. Todas las contribuciones se agradecen profundamente. En la lista a continuación figuran los nombres de los encuestados que desean figurar en el informe. Se ha hecho todo lo posible para que esta lista sea tan completa como sea posible; y hacemos llegar nuestras sinceras excusas a cualquier encuestado cuyo nombre se haya omitido involuntariamente.

Afganistán: Feroza Mushtary, Arie Hoekman, Tahir Ghaznavi

Bangladesh: Roshoun Ara Begum, Anna Af Ugglas Nygren, Shuriya Begum, Hashina Begum

Benin: Anatole Dougbe, Arlette Akoueikou, Laurence O. Monteiro, Marie-Elise Dossou, René Darate Madopa, Sidonie Acclassato, Vincent Faby, Yollande Johnson, Bokossa Euloge, Philomène Sansuamou, Quenum P. Alban, Marcelle H. Totchenou

Bhután: Diki Wangmo, Kinga Pemo, Nima Sangay, Pem Zam, Tandin Pemo

Bolivia (Estado Plurinacional de): Alberto Castro, Elmer Balderrama, Haydee Padilla, Jaime Nadal, Lilian Calderon, Ana Maria Maldonado, Elva Olivera

Botswana: Aisha Camara Drammeh, Boitumelo Thiipe, G.V. Molefe, Greetha Fernga, K. Maupo, Kabo Tautona, Kebabeg Segosebe, Khumo Modisemang, Letsema Oagile, Lucy Maribe, M. Madziba, Motshedi Sabone, O. Mathala, Sarah M. Masale, T. Kgosisesele

Burkina Faso: Claire Couliadiaty, Djénéba Sanon, Nabila Sawadogo, Kadidiatou Carine Gngango, Ilboudo Ramata Edwige, Honorine Kabre/Yabre, Ouedraogo Moussa, Ouedraogo Bénou, Cécile Somba, Aoua Zerbo, Brigitte Thiombiano

Burundi: Sylvain Misago, J. Berchmans Barumbanze, Jérôme Nderagakura, Sophie Ngendakubwayo, Bernadette Nkanira, Rose Simone Ndayiziga, Yolande Magonyagi

Camboya: Phom Sam Song, Tung Rathavy, Kathryn Hinchliff, Sam Sochea, Sokun Sok

Camerún: Engozo Anne, Philomène Mbassi, Odette Etame, Lucas Mbofung, John Yap

Chad: Djalbord Fatimatou Mahamat, Maï Service Toussikreou, Lam Taokissam

Comoras: Abdelkader Said Ali, Mahamoud Said, Sett Fatima Tadjiddine

Côte d'Ivoire: Affoué N'guessan, Aminata Kangouté, Drogon Monique, Edith Boni-Ouattara, Eliane Dogore, Gansa Antoinette, Genevieve Saki-Nekouressi, Helene Gnsahié, Josephine Loba, Kouamé Hortanse, Liagui Hamadou Ouattara, Mamadou Ball, Monique Assoumou, Ouattara Liagui Hamadou, Tiemoko Oulaï Mahoua Tidé Bamba

Djibouti: Issa Kane, Mounira Ali, Aicha Djama

Etiopía: Dorothy Lazaro, Dr. Muna, Entisar Ahmed, Muna Abdullah

Gabón: Bora Kawende, Yolande Vierin Nzame, Aline Piedecocq Defry, Rachel Ibinga Koula, Yvonne Lydia Mokossa

Gambia: Bintou Suso, Omar F. S. Ceasay, Momodou Lamin Darboe, Abdoulie Bah, Musa. M. M. Sowe, Sainey Sanneh, Dawda Ceasay, Thomas A.B. King, Michelle N. Sarr, Saihou Sanneh, Beatrice Haffner

Ghana: George Kumi Kyeremeh, Frederica Hanson

Guinea: Kadiatou Sy, Aissatou Toure, Apolinaire Delamou, Assy Camara, Boubacar Sall, Goma Onivogui, Maimouna Diallo, Samba Dioumessy, Hadja Mariama Diop Sylla, Kadiatou Keita, Mariétou Sow, Adama Manian Condé

Guinea-Bissau: Alfa Umuro, Antonieta Martins, Candida Lopes, Maram Mane, Albino Mário Basafim, Maria Aramata Injai, Nilza Fonseca

Guyana: Shamdeo Persaud, Constance Tinnie-Wayne, Derven Patrick, Donneth Kellman, Beverley Barnett, Gloria Saygon, Grace Bond, Janice Woolford, Joan Stewart, Mandy Lafleur, Maria Francois, Narine Singh, Noel Holder, Ruth Benjamin, Tarramattie Barker, Tracy Gentle

Haiti: Almaïda Augustin Aurénil, Marie Quettely Chevalier, Marie Rachelle Pierre, Rodeny Ifrène Gabriel, Michel Brun, Agnes Jacobs

India: Sunanda Gupta, Sanjay Gupte, Yasmin Zaveri Roy, Dinesh Argawal

Indonesia: Lucas Hermawan, Melania Hidayat, Asmadi Jaya, Jezhekiel Panjaitan, Mr. Masfuri, Ms. Fahrina, Harni Koesno, Rustini Floranita, Ms. Yumiarti

Kenya: Joyce Lavussa, Shiphrah Kuria, Elizabeth Oywer, Lucy Gitonga, Mary Onsomu, Mary Gathitu

Liberia: Cecelia Morris, Philderald Pratt, Lucy Barh, Maybe Garmai Livingstone, Jacob Lawuobahsumo, Olive Hunter

Madagascar: Louise Régine Rahantanirina, Amélie Jeannine Raharinirina, Omega Ranorolala, Edwige Ravaomanana, Stella Aimée Ravelonarivo, Amélie Rasoaniaretana Tatavy, Eugene Kongnyuy

Malawi: Address Malata, Dorothy Ngoma, Evelyn Chilemba, Fannie Kachale, Juliana M. Lunguzi, Kondwani Mkandawire, Martha Mondwiwa

Malí: Dicko Fatoumata Mäïga, Haou Diallo, Koumare Dionouma Camara, Seckou Diarra, Oumou Keita

Marruecos: Rouahi Nabila, Fatima Ouasmani, Hanane Masbah, Harrizi, Khadija Habibi, Lamia Allam, Mennana Boukalouche, Mahomed Lardi

Mauritania: Ahmed Ould Mohamedou, Demba Amadou Mbow, Amina Ndiaye, Mohamed Ould Cheibany, Papa Yakham Diagne, Salem Naji Ould Moussa, Thierno Ousmane Coulibaly

Mozambique: Alicia Carbonell, Olga, Atalia Da Cruz, Carlos Bambo, Nazir Amade, Evelia Marole, Lenia Siteo, Amir Modan

Myanmar: W. San Yi, Win Myint, Thwe Thwe Win

Nepal: Kiran Bajracharya, Tara Pokhrel, Dr. Marasini, Shilu Aryal, Indra Rai, Ishwori Devi Shrestha, Kiran Bajracharya, Kristina Castell, Ms Krishna Devi Prajapati, Tara Pokhrel

Nicaragua: Aleyda Paz Rivera, Cruz Bertilda Olivas Palacios, Darlene Omeir Taylor, Darling Chávez Madrigal, Elvis Ramón Soto, José Humberto Mario Aguilar, Juan Francisco Rocha López, Margarita Guevara Doña, María Luisa Castilla Espinoza, Miguel Estopiñán, Paula Nubia Orozco, Roger Montes Flores, Wendy Idiáquez Mendoza, Zeneyda Quiroz Flores

Níger: Aissata Abdou, Basso Oumarou, Nassirou Ousmane, Yaroh Asma Gali, M. Boubacar Tchiombiano, M. Moussa Hassane Massalatchi, Hadja Rakia Kanta, Maiga Aissa Ali Diallo, Oumarou Zoulahatou Mata, Rakia Maifada, Zaratou Gao Oumarou, Madi Nayama

Nigeria: Alice Chukwuocha, Ayua George, Bolaji Oladejo, Christiana Ijehede, Joko Ibrahim, Kofu Koyejo, Olatokunbo Olanipekun, Oluibunmi Asa, Onuekwusi Nkiru, Rosemary Nnamdi-Okagbue, Anas-Kolo

Pakistán: Farooq Akhtar, Mobasher Malik, Imtiaz Kamal

Papua Nueva Guinea: Gilbert Hiawalyer, Lahui Geita, Mary Kililo

República Centroafricana: Eugene Serdouma, Fleurie Mamadou-Yaya, Gilbert Dimanche Nzil'koue, Rose Folokette, Soumouk Aguide, Suzanne Onambele

República Democrática del Congo: Christophe Kitsita, Brigitte Kini, Dr. Salumu, Henriette Eke Otshitshi, Abili Malunga, Josue Desire Bapitani Basuana, Freddy Kahodi, Komba Djeko, Patrice Samukungu, Norbert Basosila Lolofo, Passy Laini, Pierre Shamwol, Samukungu Mawanga, Yabili Malunga, Koudaogo Ouedraogo, Antoinette Kingwaya

República Democrática Popular Lao: Della Sherratt, Tanja Vesivalo

República Unida de Tanzania: Amalberga Kasangala, Koheleth Winani, Eunice Chege, Gustav Moyo, Mary Hadley, Ndementia Vermand, Rita Noronha, Theopista John, Vumilia Bettuel Mmari, Jokha Juma, Julitta Onabanjo, Felsiter Bwana, Rita Noronha

Rwanda: Consolee Maribori, Julie Kimonyo, Lilian Magera, Uwayezu Agnes, Alphonse Munyakazi, Daphrose Nyirasafali, Félix Sayinzoga, Andre Gitembagara, Mary Murebwayire, Sylvie Gaju

Senegal: Selly Kane, Marième Fall

Sierra Leona: Joan H. E. Shepherd, Hannah Valcarcel (Coker), Pity F. Kanu, Peter Sikane

Somalia: Fouzia Mohamed Ismail, Ahmed Qule

Sudáfrica: Mickey Masasa, Carol Mohamed, Meisie Lerutla

Sudán: Sheikh El Din Ibrahim, Anas Jabir, Wifag Mabrouk

Sudán Meridional: Chuof Giek Nyuot, Robert Loba, Ulrika Rehnstrom, Alexander Dimiti, Bilha Achieng Achieng, Fikru Abebe, Gillian Butts-Garnett, Janet Michael, Petronella Wawa, Samson Paul Baba, Sophia Nyame

Tayikistán: Nargis Rakhimova, Karl Kulesa, Raquel Wexler

Timor-Leste: Hayfa El Amin, Lidia Comes, Basilio Martins Pinta, Duarte Ximenes, Marcelo Amaral, Isabel Gomes, Isabelita Madeira Soares, Natalia De Araujo

Togo: Ablavi Ketemepi, Epse Folly, Adjowa Héloïse D'Almeida, Akouété Ayéssou, Kassouta N'tapi, Kokou Kekeh, Tété Guedehoussou, Yawo Degbey, Bassan Lamboni, Manzama Esso Bloulouféi, Tchaa Kadjanta, Yawo Mensah Damessi, Kafui Gblokpor Epse Aledji

Uganda: Alice Nabuloli, Barbara Mukasa, Charles Isabirye, Hitimana Lukanika, Jacinto Amandua, Jennifer Wanyana, Irene Akena, Ismail Ndifuna, John Wakida, Juliet Nassiwa Twesigye, Mary Namusisi, Miriam Sentongo, Patrick Bateganya, Primo Madra, Janet Jackson

Uzbekistán: Barno Zuhurova, Feruza Fazilova, Ilmira Anarbaeva, Mohir Ahmedov, Nigora Karabaeva, Ravshan Azimov, Rikhsi Salikhodjaeva

Viet Nam: Dat Van Duong, Huyen Thi Thanh Le, Ornella Lincetto

Yemen: Bothaina Attal, Aziz Al Kaff, Mona Almuhammad, Najiba Al-Shawafi, Sameera Taher, Soad Kassem, Samira Taher, Aziz Al Kaff, Najiba Abdulghani

Zambia: Mirriam Libetwa, Bertha Chipepo, Christopher Mulenda, Chrstine Mutati, David Mbewe, Eleanor J. Msidi, Reuben Kamoto Mbewe, Annie Nakambale Mwale, Esther Jembe Chikopela, Janness Namusokwe Chilumba, Julia Muyunda Shachakanza, Kapulu Kadimba Chishimba, Ruth Bweupe, Elisabeth Kalunga

Zimbabwe: Agnes Makoni, Edwin Mpeta, Grace Danda, Linda Gwazai, M.N. Mthobhi, Margaret Nyandoro, Basile Tambashe

INTRODUCCIÓN

1. Secretario General de las Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños. Nueva York: Naciones Unidas, 2010.
2. Naciones Unidas. Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Nueva York: Naciones Unidas, 2010.
3. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. El logro de la equidad en la salud: desde las causas profundas hasta los resultados equitativos. Declaración Provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
4. OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
5. OMS. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
6. Lawn J, Cousens S, Zupan J para *The Lancet Neonatal Survival Steering Team*. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365: págs. 891 a 900.
7. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, y otros. *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis*. *Lancet* 2011; 377: págs. 1319 a 1330.
8. *Stillbirths: An executive summary for The Lancet's series*. 14 de abril de 2011. Disponible en: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf>
9. OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Tendencias de la mortalidad materna: 1990–2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
10. *Stillbirths: An executive summary for The Lancet's series*. 14 de abril de 2011. Disponible en: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf>
11. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
12. *The Lancet Maternal Survival Series*. 30 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/maternal-survival>
13. OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial. Declaración conjunta sobre la salud materna y neonatal. 25 de septiembre de 2008. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemotherhood/docs/jointstatement_mnh.pdf
14. Bhutta ZA, Lassi ZS, Mansoor N. *The systematic review on human resources for health interventions to improve maternal health outcomes: Evidence from developing countries*. *Pakistan: Aga Khan University*, 2010.
15. OMS. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia - Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
16. OMS. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
17. Ronsmans C, Chowdhury ME, Dasgupta SK, y otros. *Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study*. *Lancet* 2010; 375: págs. 2024 a 2031.
18. Bartlett LA, Mawji S, Whitehead S, y otros, y *Afghan Maternal Mortality Study Team*. *Where giving birth is a forecast of death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002*. *Lancet* 2005; 365: págs. 864 a 870.
19. En momentos de imprimire el presente informe, se prevé que ambas resoluciones han de ser consideradas por la Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2011.
20. WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9, WHA48.8 y WHA49.1. WHA54.12 y WHA59.27.
21. OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial. *Joint country support for accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care*. 22 de julio de 2008. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf
22. Grupo de Estudios FIGO-ICM. *Maternity care in the world: International survey of midwifery practice and training*. Oxford: Pergamon Press, 1966.
23. Disponible en <http://www.unfpa.org/public/lang/en/news/events/pid/5248>
24. Disponible en http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf
25. Puede obtenerse más información en: <http://www.everywomaneverychild.org/>
26. En momentos de imprimirse el presente informe, esa labor está en curso con el apoyo del Grupo de Impulsores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
27. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
28. Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. *World Population Prospects 2010 Data Revision*. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
29. Cálculos adaptados de: 1) OMS. Tendencias de la mortalidad materna 1990-2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010; 2) Cousens S, Blencowe H, Stanton C, y otros. *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis*. *Lancet* 2011; 377: págs. 1319 a 1330; 3) Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, y otros, por cuenta del *United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation y del Child Health Epidemiology Reference Group*. Tasas de mortalidad neonatal para 193 países. Resumen de los métodos y resultados para 2009. *World Health Statistics*, 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011; y 4) Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, y otros, *The Lancet's Stillbirths Series steering committee*. *Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?* *Lancet* 2011; 377: págs. 1448 a 1463.
4. White P, Levin L. *The potential of private sector midwives in reaching Millennium Development Goals*. Bethesda, MD: *Private Sector Partnerships-One project*, Abt Associates Inc, 2006.
5. Rolfe B, Leshabari S, Rutta F y Murray SF. *The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania*. *Health Policy and Planning* 2008; 23: págs. 137 a 149.
6. Madhavan S, Bishai D, Stanton C, Harding A. *Engaging the private sector in maternal and neonatal health in low and middle income countries*. *Future Health Systems Working Paper 12*, 2010. Disponible en: <http://www.futurehealthsystems.org/publications/workingpapers/workingpaper12.pdf>
7. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Declaración conjunta de la OMS, ICM y FIGO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
8. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, y otros. *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: págs. 203 a 210.
9. Harvey SA, Blandón YC, McCaw-Binns A, y otros. *Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward*. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: págs. 783 a 790.
10. Ariff S, Soofi SB, Sadiq K, y otros. *Evaluation of health workforce competence in maternal and neonatal issues in public health sector of Pakistan: An assessment of their training needs*. *BMC Health Services Research* 2010; 10: pág. 319.
11. Hussein J, Bell J, Nazzari A, y otros. *The skilled attendance index: proposal for a new measure of skilled attendance at delivery*. *Reproductive Health Matters* 2004; 12: págs. 160 a 170.
12. *Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems*. *Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health*. *Lancet* 2008; 371: págs. 1284 a 1293.

PARTE 1

1. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press, 1992.
2. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, y otros. *Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington DC: Banco Mundial, 2003.
3. Koblinsky MA (compilador). *Reducing maternal mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*. Washington DC: Banco Mundial, 2003.

13. Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG y Thompson JB. *Competence and competency: core concepts for international midwifery practice*. *Intl Journal of Childbirth* 2011; 1: págs. 4 a 12.
14. OMS. *Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
15. La OMS prepara actualmente recomendaciones sobre la optimización de la función de los agentes de salud para la consecución de los ODM 4 y 5, que se darán a conocer en 2012.
16. Ranson MK, Chopra M, Munro S, y otros. *Establishing human resources for health priorities in developing countries using and participatory methodology*. Ginebra: *Alliance for Health Policy and Systems Research*/Organización Mundial de la Salud, 2008.
17. OMS. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
18. ICM. *Essential competencies for basic midwifery practice 2010*. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
19. Ibidem.
20. Maclean GD. *The challenge of preparing and enabling 'skilled attendants' to promote safer childbirth*. *Midwifery* 2003; 19: págs. 163 a 169.
21. OMS MPS on behalf of PMNCH *Priority Action 4. Mapping of maternal and newborn health recommendations in national health policies in 24 countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
22. OMS. *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives (WHO/JRH/HPN/08.6)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
23. ICM. *Global standards for midwifery education 2010*. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/MIDWIFERY%20>
24. Ibidem.
25. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 10. 1976.
26. Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG y Thompson JB. *Competence and competency: core concepts for international midwifery practice*. *Intl Journal of Childbirth* 2011; 1: págs. 4 a 12.
27. ICM. *Global standards for midwifery regulation 2011*. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>
28. Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. Taller sobre asociaciones profesionales de agentes de salud y su papel en el logro de los ODM 4 y 5. Informe sobre la reunión. Ouagadougou, Burkina Faso: PMNCH, 2008.
29. Secretario General de las Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños. Nueva York, septiembre de 2010. Disponible en: http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf
30. Riley PL, Zuber A, Vindigni S, y otros. *Information systems to monitor human resources for health: a systematic review*. De próxima publicación.
31. Broek A, Gedik F, Del Poz M, y otros. *Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey*. *Human Resources for Health Observer*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
32. WHA59.23 *Rapid scaling up of health workforce production* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/e/Resolutions-en.pdf (página 30).
33. WHA57.19 *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
34. WHA63.16 *OMS global code of practice on the international recruitment of health personnel* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-P2-en.pdf (página 31);
35. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J, y otros. *Developing a nursing database in Kenya*. *Health Services Research* 2007; 42: pág. 3.
36. Spero JC, McQuide PA, Matte R. *Tracking and monitoring the health workforce: A new human resources information systems (HRIS) in Uganda*. *Human Resources for Health* 2011; 9: pág. 6.
37. UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2009*. Nueva York: UNICEF, 2009.
38. Ronsmans C, Graham WJ on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. *Maternal Mortality: who, when, where, and why*. *Lancet* 2006; 368: págs. 1189 a 1200.
39. Lawn JE, Kinney M, Lee ACC, y otros. *Reducing intrapartum-related deaths: Can the health system deliver?*. *Intl Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 107: págs. S123 a S142.
40. Bhutta ZA y otros. *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn, and child survival*. *Lancet* 2010; 375: págs. 2032 a 2044.
41. *Burden, determinants and functioning health systems, RMNCH evidence series*, DFID. Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/Global-Issues/Emerging-policy/Reproductive-maternal-newborn-health/?tab=2>
42. Mahler H. *The safe motherhood initiative: a call to action*. *The Lancet* 1987; 365: págs. 668 a 670.
43. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. *Health Professions Network Nursing and Midwifery Office*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
44. OMS. *Sexual and reproductive health core competencies in primary care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
45. Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. *Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists?* *Human Resources for Health* 2008; 6: pág. 21.
46. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. *Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010; Issue 11*. Art. No.: CD007754.
47. Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, y otros. *Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86: págs. 452 a 459.
48. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004: págs. 8 y 9.
49. Chen PCY. *Social background, customs and tradition*. En: Wallace HM, Ebrahim GJ (compiladores). *Maternal and child health around the world*. Londres: Macmillan, 1981: págs. 71 a 75.
50. Sibley M, Sipe A, Armelagos GJ, y otros. *Traditional birth attendant training effectiveness: A meta-analysis*. *Academy for Educational Development, SARA Project, 2002*.
51. Estado de la Salud en el Mundo 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
52. Nyanza S. *Traditional birth attendants in rural Gambia: beyond health to social cohesion*. *African Journal of Reproductive Health* 2007; 11: págs. 43 a 56.
53. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia - Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
54. Un establecimiento de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia se designa como primer nivel de remisión de pacientes en caso de complicaciones. Se limita a intervenciones médicas, excluida la cirugía, y su personal está integrado por parteras y a veces, también un médico (no especialista). Está en condiciones de ofrecer siete funciones fundamentales: administración de antibióticos por vía parenteral; administración de medicamentos uterotónicos (oxitócicos por vía parenteral); administración de anticonvulsivos por vía parenteral en la preeclampsia y la eclampsia; extracción manual de la placenta; extracción de productos retenidos de la concepción, (es decir, aspiración manual al vacío); asistencia al parto vaginal; reanimación básica del recién nacido.
55. Un establecimiento de atención obstétrica y neonatal integral de urgencia (de segundo nivel, para atender complicaciones que requieren cirugía además

- de intervenciones médicas, y su personal está integrado por parteras y obstetras, además de un anestesista y, a veces, un pediatra). Incluye las siete funciones fundamentales precedentemente enumeradas y dos funciones adicionales: transfusión de sangre y operación cesárea.
56. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia - Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
 57. Con el apoyo del programa Evitar la Muerte y Discapacidad Materna (AMDD), basado en la *Mailman School of Public Health, Columbia University*, en la ciudad de Nueva York.
 58. Edwards G, Byrom S (compiladores). *Essential midwifery practice: public health*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
 59. Hatem M, Sandall J, Devane D, y otros. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*. Art. No.: CD004667.
 60. Sandall J, Homer C, Sadeler E, y otros. *Staffing in maternity units: Getting the right people in the right place at the right time*. *The King's Fund*, 2011.
 61. Wiyongse CS. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women: RHL commentary*. *The WHO Reproductive Health Library*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
 62. Rosskam E, Pariyo G, Hounston S, Aiga H. *Midwifery workforce management and innovation*. Documento de antecedentes preparado para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. Inédito, 2011.
 63. Fauveau V, Sherrat D, de Bernis L. *Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists?* *Human Resources for Health* 2008; 6: pág. 21.
 64. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
 65. UNFPA-ICM. *Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health*. Iniciativa conjunta UNFPA-ICM en apoyo al llamamiento de una década de acciones en pro de los recursos humanos para la salud efectuado en la Asamblea Mundial de la Salud, 2006.
 66. Matthews Z, Brookes M, Stones W, Hosssain MB. *Village in the city: Autonomy and maternal health seeking among slum populations of Mumbai*. En: Kishor S (ed). *A focus on gender: Collected papers on gender using DHS data*. Calverton, Maryland USA: ORC Macro, 2005.
 67. Temin M, Levine R. *Start with a girl: A new agenda for global health. A girls count report on adolescent girls*. Washington, D.C.: Centre for Global Development, 2009.
 68. OMS. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
 69. Kirrin-Gill MS, Pande R, Malhotra A. *Women deliver for development*. *The Lancet* 2007; 370: págs. 1347 a 1357.
 70. Gwatkin DR, Bhuyia A, Victoria CG. *Making health systems more equitable*. *The Lancet* 2004; 364: págs. 1273 a 1280.
 71. Knutsson A. *To the best of your knowledge and for the good of your neighbour. A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia*. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 2004.
 72. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (compiladores). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: APAD-Karthala, 2003.
 73. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, y otros. *Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors*. *Medical Health Care Philosophy* 2010; 13: págs. 49 a 58.
 74. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, y otros. *Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; págs. 10 a 25.
 75. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD003766.
 76. *Cultural adaptation of maternity services*. UNICEF, 2007. *Humanization of Childbirth, JICA & Brazil MOH, 1996-2001*.
 77. Doyal L. *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
 78. Andaleeb SS. *Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country*. *Social Sciences and Medicine* 2001; 52: págs. 1359 a 1370.
 79. Petterson KO, Christensson K, Gomes de Freitas EG, Johansson E. *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* 2004; 25: pág. 3.
 80. Browner D, Hill K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. USAID TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., 2010.
 81. OMS. *Maternity waiting homes: a review of experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
 82. Thomas D. *Review of the equity and access programme*. Kathmandu: SSMP, 2008.
 83. Rosato M, Laverick G, Howard-Grabman L, y otros. *Community participation: Lessons for maternal, newborn, and child health*. *Lancet* 2008; 372: págs. 962 a 971.
 84. Kerber K, de Graft JE, Bhutta ZA, y otros. *Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery*. *Lancet* 2007; 370: págs. 1358 a 1369.
 85. *Engage the health workforce*. *The Lancet* 2009; 374: pág. 1966.
 5. Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, y otros. *A conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation*. *The Lancet* 2010; 375: págs. 2009 a 2023.
 6. Fauveau V. *New indicator of quality of emergency obstetric and newborn care*. *Lancet* 2007; 370: pág. 1310.
 7. Hodges S, Koblinky M, Say L, Bailey P, Fauveau V. *Maternal health global benchmark indicators: Time for review?* Septiembre de 2010.
 8. Información proporcionada por los encuestados en Togo.
 9. Afganistán, Guyana, Liberia, Myanmar, Pakistán, Somalia y Zambia.
 10. Bhután, Guyana, Kenya, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, Sudán y Zimbabwe.
 11. Los estándares mundiales para la educación en partería establecidos por la ICM (2010) no incluyen los programas combinados de enfermería y partería.
 12. Necochea E, Bossemeyer D. *Standards-based management and recognition: A field guide*. *JHPIEGO*, 2005.
 13. Se pueden utilizar medicamentos antibióticos, anticonvulsivos y uterotónicos para proporcionar tratamientos que salvan vidas en casos en sepsis, eclampsia y hemorragia de posparto, respectivamente. Son las tres causas principales de defunción derivada de la maternidad y de grave morbilidad materna.
- ## PARTE 3
1. Loudon I. *Death in childbirth: An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press, 1992.
 2. *Development and use of the Lives Saved Tool (LiST): A model to estimate the impact of scaling up proven interventions on maternal, neonatal and child mortality*. *International Journal of Epidemiology* 2010; pág. 39: (suppl 1).
 3. Fox, MJ, Martorell R, van den Broek N, Walker N (compiladores). *Technical inputs, enhancements and applications of the Lives Saved Tool (LiST)*. *BMC Public Health* 2011; pág. 11: (Suppl 3).
- ## PARTE 2
1. Datos nacionales incluidos en estadísticas e informes por países y bibliografía publicada. En la introducción se presenta una breve descripción de la encuesta. Diversos colaboradores contribuyeron a los análisis técnicos y la preparación de documentos de antecedentes.
 2. Véase el Anexo 3 donde figuran la metodología y las estimaciones.
 3. Estado de la Salud en el Mundo 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
 4. Campbell J, Oulton JA, McPake B y Buchan J. *Removing user fees?*

4. *Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results.* Informe final. Mayo de 2011.

DOCUMENTOS DE ANTECEDENTES SOBRE TEMAS REGIONALES, NACIONALES Y TÉCNICOS

Este icono remite a los documentos de antecedentes sobre temas regionales, nacionales y técnicos. A continuación figura la lista completa de más de 70 contribuciones. Cada uno de los documentos de antecedentes está disponible en el CD-ROM adjunto, y también en línea en: www.stateoftheworldsmidwifery.com.

1. Arulkumaran S. Organization of midwifery services in Sri Lanka
2. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Reseña general de la partería en Portugal
3. Columbia R and Wexler R. *Midwifery in Eastern Europe and Central Asia*
4. Bonilla H. *The State of Chile's Midwifery*
5. Labandera A. *Midwifery in South America*
6. Lie S. *Maternal and newborn health in Norway*
7. Nordfjell A. *300 years of midwifery in Sweden*
8. Panayiotou N y Hadgigeorgiou E. *Midwifery in Cyprus*
9. Seguranyes G. *The state of midwifery in Spain*
10. Sherratt D. *A history of midwifery*
11. Sherratt D. *Midwifery in Lao People's Democratic Republic*
12. da Silva AM y Cerejeira I. *Midwifery in Portugal*
13. Teurnier F. *La sage femme en France*
14. Uz MH y Bassir M. *The midwifery profession in Iran*
15. Zammit N y Borg Xuereb R. *Overview of midwifery in Malta*
16. Toure K. *2010 Global Strategy commitments pertaining to midwives and others with midwifery competencies*
17. Fauveau V. *The key is not numbers, it's quality!*
18. Cummings R, Chiwawa E y Williams S. *Zimbabwe: improving midwifery skills in rural areas*
19. Stevenson D y Campbell J. *Translating policy into practice: lessons from Zambia*
20. Carr C, Currie S y Shalla U. *Pre-service midwifery education in Tanzania*
21. Friedman H. *How much does it cost to educate midwives?*
22. Friedman H y Liang M. *Costs of pre-service midwifery education*
23. Ghérissi A, Brown JM y El-Adawy M. *Midwifery education in North Africa and the Middle East*
24. Ghérissi A. *Tunisia's evolving midwifery education programme*
25. ten Hoop-Bender P. *Transformative Education*
26. Lal G. *South Sudan launches three-year direct entry diploma in midwifery*
27. Lugina H y Maclean G. *Promoting midwifery research in Africa*
28. Sebikali B y Murphy C. *Strengthening pre-service education system for midwives and nurses in Mali and Rwanda*
29. Stilwell B y Arscott-Mills S. *Training auxiliary nurse midwives in Jharkhand State, India*
30. Carr C. *Re-establishing midwifery in Afghanistan: supportive regulatory and accreditation structures*
31. Colegio de Obstetras del Perú. *Sistema Nacional de Desarrollo Profesional de Obstetricia - SINADEPRO*
32. International Council of Nurses. *Nature and scope of practice of nurse-midwives*
33. Moyo N. *ICM Guidelines on how to use the Member Association Capacity Assessment Tool (MACAT)*
34. Toure K. *Regional workshops bolster professional associations*
35. Boucar M. *Niger: improving the quality of maternal care*
36. Brunne V. *Midwives in the AIDS response*
37. Farooq S. *Reproductive health and the political conflict in Somalia*
38. Hurley L. *Auxiliary midwives use active management of third stage labour to improve safe delivery in Mali*
39. Namusisi M. *Testimony from a midwife in Uganda*
40. Carr C. *Role of midwives in newborn resuscitation*
41. Sharma V. *Delivery of midwifery services in South Sudan*
42. Sing C, Tang PL y Sham A. *Continuous midwifery care team in Kwong Wah Hospital, Hong Kong*
43. Azfar P. *Midwives and gender in Afghanistan*
44. Campbell F. *Addressing maternal mortality in Afghanistan*
45. Colegio de Obstetras del Perú. *Parto vertical en el Perú: contribuye a mejorar la salud y reducir la mortalidad materna*
46. Gandhi M, Bedford J y Williams S. *Ethiopia: the effect of cultural context on uptake of facility birth*
47. Hancart Petitot P. *Traditional midwives and the reduction of maternal mortality*
48. Jaffré Y. *Popular conceptions of childbirth, matron practices and midwife training*
49. Clow S. *Out-of-hospital midwifery units in the Cape Peninsula, South Africa*
50. Fung S. *Midwife-led Initiatives: Midwife Clinic (CCDS), Princess Margaret Hospital, Hong Kong*
51. Confederación Internacional de Matronas. *Midwife-led Initiatives - Mamamoto*
52. Occhinerio T. *Midwifery led care in Nunavik, Canada*
53. Dao B, Zerbo A y Hounton S. *Burkina Faso: Master's degree in midwifery key to career development*
54. Dolea C. *WHO – global policy recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*
55. van Lerberghe W. *Maternal health benchmarks*
56. Oulton J. *Needed: positive practice environments*
57. Pakenham-Walsh N, Jacob S y otros. *Meeting the information and learning needs of midwives*
58. Prual A. *Déclaration obligatoire et investigation des morts maternelles au Maroc*
59. Roskam E, Pariyo G, Hounton S y Aiga H. *Midwifery workforce management and innovation*
60. Spero J y McQuide P. *Data show high level of attrition in Uganda*
61. Windau T. *Stories of midwives from around the world*
62. Edwards G. *United Arab Emirates: a survey of women's views about midwifery*
63. Smith J, Azfar P y Currie S. *Midwifery as women's empowerment in Afghanistan*
64. Ganges F. *Midwives and civil society: The White Ribbon Alliance experience*
65. Baravilala W. *Midwifery in the Pacific*
66. Dennis-Antwi JA. *The State of Midwifery in English Speaking Africa*
67. Hussein J. *Who is a midwife? A South Asian perspective*
68. Ibinga Koula R y Ghérissi A. *Midwifery in francophone African countries*
69. Lewis D. *Midwifery in the Caribbean*
70. Mathai S y Sherratt D. *Midwifery in Asia*
71. Matthews Z. *State of the World's Midwifery 2011 - Regional analysis paper*
72. Land S. *Achieving skilled attendance in the Americas through strengthening midwifery and nursing.*

ANEXO 1: SIGLAS, ABREVIATURAS Y GLOSARIO

Acreditación: Un sistema oficial utilizado a fin de evaluar, aplicando criterios específicos, la competencia de un agente de salud para desempeñarse eficazmente y en condiciones de seguridad en la esfera de sus funciones. Este término también puede aplicarse a una institución, como una escuela de capacitación, que haya sido reconocida oficialmente por haber satisfecho determinados criterios o estándares.

Agentes de salud comunitarios de partería: Promotores de la salud, con base en la comunidad, que asisten a los profesionales competentes en la práctica de la partería, particularmente ayudando a las mujeres a procurar y recibir asistencia de personal cualificado, a fin de asegurar un menor riesgo en el embarazo, el parto y el puerperio. En algunos países, este grupo incluye a parteras tradicionales a las que se ha impartido capacitación.

Asociación (o Sociedad, o Colegio): Grupo organizado de personas que tienen una práctica profesional común, intercambian información, y comparten objetivos de promoción de las perspectivas de carrera, formación en el servicio, promoción y otras actividades. Habitualmente, defiende los intereses de la profesión y de los profesionales.

Certificado de acreditación: Documento emitido por un consejo, una junta o una institución reguladora, en que se da fe de que el profesional está en condiciones de practicar, no se ha probado que haya tenido conductas no profesionales y no es objeto de investigación por fallas en la praxis profesional.

Código de ética: Conjunto de normas o estándares que rigen la conducta de una persona o la conducta de los miembros de una profesión.

Competencias: El conjunto de conocimientos, aptitudes, actitudes, comportamientos y experiencia práctica requeridos/necesarios para ejercer una práctica profesional de manera apropiada y eficaz y de conformidad con los estándares vigentes. Las competencias esenciales para la práctica básica de partería son las establecidas conjuntamente por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la OMS.

Conocimientos prácticos: Aptitudes adquiridas mediante la capacitación o la experiencia para realizar determinadas acciones o tareas. Se suele asociar con determinadas tareas o técnicas, particularmente las que requieren la utilización de las manos o el cuerpo.

Consejo o Junta: Autoridad responsable de la reglamentación y el otorgamiento de licencias a una determinada profesión y de asegurar que el público esté protegido contra la incompetencia o el comportamiento no ético de los profesionales. Esa entidad puede ser pública, privada o de composición mixta y está autorizada por la ley o por el gobierno a reglamentar la profesión, en beneficio de los usuarios.

Establecimientos de atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (BEmONC): Establecimientos de salud periféricos con salas de maternidad que regularmente practican las siete funciones fundamentales: administración por vía parenteral de medicamentos antibióticos, anti-convulsivos y oxitócicos, extracción manual de la placenta, extracción de productos retenidos con aspiración manual al vacío, asistencia instrumentada del parto, incluso mediante extractor al vacío, reanimación del recién nacido con mascarilla. Esas funciones incluyen la estabilización de las madres y los recién nacidos que presentan complicaciones antes de su traslado a un hospital y durante dicho traslado.

Establecimientos de atención obstétrica y neonatal integral de urgencia (CEmONC): Establecimientos de salud con sala de maternidad que regularmente practican las siete funciones fundamentales precedentemente indicadas, y dos funciones fundamentales adicionales: cirugía de urgencia (operación cesárea) y transfusión de sangre incontaminada (también puede incluir reanimación del recién nacido con técnicas de avanzada).

ODM 5: Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados en 2000 por los líderes mundiales durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas con el propósito de lograr un desarrollo equitativo en todo el mundo para 2015. El ODM 5 atañe a mejorar la salud materna reduciendo en tres cuartas partes la mortalidad derivada de la maternidad entre 1990 y 2015, y asegurando la asistencia de todos los partos por personal cualificado. En 2005, la comunidad internacional agregó una segunda meta al ODM 5: acceso universal a la salud reproductiva.

Partera: Persona que satisface la *definición de partera* elaborada por la ICM, que ha sido educada y formada para adquirir idoneidad en las *competencias esenciales para la práctica básica de la partería*, demuestra competencia en la práctica de la partería y está legalmente autorizada a utilizar el título de partera. Las competencias de la partera abarcan la

SIGLAS Y ABREVIATURAS

BEmONC	Atención obstétrica y neonatal básica de urgencia
CEmONC	Atención obstétrica y neonatal integral de urgencia
CHW	agente de salud comunitario
DHS	Encuestas Demográficas y de Salud
EmONC	Atención obstétrica y neonatal de urgencia
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
ICM	Confederación Internacional de Matronas
ICN	Consejo Internacional de Enfermeras
LIST	Instrumento de salvación de vidas
MICS	Encuesta Basada en Indicadores Múltiples
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio/Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental/organizaciones no gubernamentales
PMNCH	Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño
PMNS	Servicio Península para la Madre y el Recién Nacido
SBA	agente cualificado de atención del parto
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

esfera de la salud reproductiva y la promoción general de la salud, la prevención, el asesoramiento de la mujer y la ampliación de los medios de acción de la mujer o empoderamiento de la mujer.

Parteras auxiliares: Profesionales de la salud que contribuyen a proporcionar atención de la salud materna, particularmente durante el parto, y poseen algunas de las competencias en partería, aun cuando no están plenamente cualificadas/licenciadas (en la India se les otorga una licencia).

Partería: El arte y la ciencia de brindar asistencia a una mujer antes del trabajo de parto, durante éste y durante el parto y el posparto. Aun cuando esta definición está circunscrita al proceso del alumbramiento, se reconoce a escala mundial que la partería comprende un conjunto mucho más amplio de actividades, inclusive todos los aspectos de la salud reproductiva.

Personal de partería: Los profesionales de la salud cuya función primordial es ofrecer servicios de salud a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, así como la atención de posparto para madres y recién nacidos. Esta definición incluye a las parteras y otros profesionales competentes en la práctica de la partería, como enfermeras-parteras y médicos con competencias pertinentes (y en algunos países, enfermeras-parteras auxiliares). Esos profesionales también se denotan con la expresión *personal cualificado de atención del parto*.

Reglamentación: Estipulaciones para el control de la práctica profesional de conformidad con las leyes, las políticas, los estándares y la ética. La reglamentación puede aplicarse a la educación, a la práctica, a la gestión de la profesión, a la promoción de las perspectivas de carrera, etc.

Salud materna y neonatal: A los fines del presente informe y de conformidad con el consenso H4+ (OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial, ONUSIDA) la salud materna y neonatal abarca la salud de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto. También incluye la salud y la supervivencia del feto durante el trabajo de parto y del recién nacido en las primeras horas y los primeros días, período durante el cual el profesional cualificado para la atención del parto se encarga mayormente de la salud del recién nacido (y, en circunstancias privilegiadas, el neonatólogo). Esta definición operacional difiere de la de salud del recién nacido que abarca el período desde el nacimiento hasta el fin de la cuarta semana posterior al nacimiento (salud neonatal, mortalidad neonatal).

Sindicato: Una modalidad de asociación profesional que puede reunir a más de un tipo de agente de salud, generalmente en forma independiente del gobierno, cuyo propósito es defender los intereses de los trabajadores. En algunos países, la asociación profesional se denomina Sindicato.

ANEXO 2: DICCIONARIO DE DATOS

Indicador	Definición del indicador	Fuente de datos
OBSERVATORIO DE LA PARTERÍA		
Parteras por cada 1.000 nacidos vivos	Número de parteras (incluidas enfermeras-parteras y enfermeras que poseen todas las competencias de partería), expresado como proporción en relación con cada 1.000 nacidos vivos por año en un país dado.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo/OMS</i> , Atlas del Personal de Salud en el mundo/División de Población de las Naciones Unidas
Complicaciones del parto (obstétricas y del recién nacido) previstas por día (estimación); zonas rurales	Cálculo estimativo del número de complicaciones obstétricas y neonatales por día que el país debe prever para proporcionar atención sobre la base del número de partos y la hipótesis de que, en promedio, un 15% de todos los embarazos y partos presentan una complicación grave que debe ser atendida por una partera o un médico a fin de evitar la transición (transformación, agravación) que finaliza con muerte o discapacidad.	UNFPA 2011 (inédito)
Riesgo de defunción materna a lo largo de toda la vida	Posibilidad de defunción por causas derivadas de la maternidad durante la etapa de procreación en la vida de una mujer, expresada en términos de probabilidades.	OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial – Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2008
Tasa de mortinatalidad durante el parto (por cada 1.000 alumbramientos)	Número de mortinatos durante el parto (defunciones fetales después del comienzo del trabajo de parto), expresado como proporción en relación con cada 1.000 alumbramientos por año en un país dado.	Serie sobre mortinatalidad de la revista <i>The Lancet</i> , 2011
Mortalidad neonatal como porcentaje de la mortalidad de niños menores de cinco años	Porcentaje de mortalidad neonatal en relación con la mortalidad de niños menores de cinco años.	OMS/UNICEF – <i>Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)</i>
DIAGRAMAS Y GRÁFICOS		
Tendencias de la mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos): 1990-2015	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos durante un lapso determinado, y proyecciones para 2015 equivalentes al 25% de los valores de 1990 (según la meta del ODM 5 de reducción en tres cuartas partes).	OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial – Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2008
Lugar donde las mujeres dan a luz: urbano en comparación con rural	Distribución de los nacidos vivos por lugar del parto y por estrato urbano/rural.	Encuestas Demográficas y de Salud
Quién presta asistencia a los partos: zonas urbanas en comparación con rurales	Distribución de nacimientos de niños vivos por tipo de asistencia durante el parto y por estrato urbano/rural.	Encuestas Demográficas y de Salud
Proyección del número de alumbramientos, por edad de la madre	Proyección del número de alumbramientos (variante mediana) en un período dado, clasificado por grupo de edades de la madre. Se refiere a períodos quinquenales desde el 1º de julio del año inicial hasta el 30 de junio del año final. Los datos se presentan en miles.	División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas- <i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
INDICADORES POR PAÍSES		
Población total (miles)	Población que vive <i>de facto</i> en un país, una zona o una región al 1º de julio del año indicado. Las cantidades se presentan en miles.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Porcentaje de población urbana	Porcentaje de población que vive <i>de facto</i> en zonas clasificadas como urbanas según los criterios utilizados para cada zona o país. Los datos corresponden al 1º de julio del año indicado.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Población de adolescentes (15 a 19 años de edad) (miles); porcentaje del total de la población	Población de 15 a 19 años de edad que vive <i>de facto</i> en un país, zona o región al 1º de julio del año indicado. Las cantidades se presentan en miles.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 49 años de edad) (miles); porcentaje del total de la población	Población femenina de 15 a 49 años de edad que vive <i>de facto</i> en un país, zona o región al 1º de julio del año indicado. Las cantidades se presentan en miles.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Tasa de fecundidad total (número de hijos por mujer)	Promedio del número de hijos que tendría una mujer a lo largo de su etapa de procreación si tuviera hijos de conformidad con la tasa estimada para diferentes grupos de edades en un lapso especificado.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Tasa de natalidad (cifras brutas) (por cada mil habitantes)	Número de alumbramientos de niños vivos en un lapso determinado dividido por los años-persona vividos por la población en ese período. Se expresa como número de alumbramientos por cada 1.000 habitantes.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Nacimientos por año (miles)	Cantidad media de nacimientos en un lapso dado. Se refiere a períodos quinquenales desde el 1º de julio del año inicial hasta el 30 de junio del año final. Los datos se presentan en miles.	<i>World Population Prospects: The 2008 Revision</i>
Porcentaje de nacimientos registrados con respecto al total de nacimientos	Porcentaje de niños menores de cinco años (registrados en el momento de efectuarse la encuesta) cuya partida de nacimiento fue vista por el entrevistador o cuya madre o persona encargada declara que el nacimiento se ha registrado.	UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009 (MICS, DHS, otras encuestas nacionales y sistemas de registro civil)
Cantidad de defunciones maternas	Cantidad anual de defunciones derivadas de la maternidad en un país dado (descrito como defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de un lapso de 42 días tras la terminación del embarazo, independientemente de la duración del embarazo y del lugar del parto, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o con la atención recibida, o agravada por el embarazo o por la atención recibida, pero no por accidentes o causas incidentales)	OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial – Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2008
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	Cantidad de defunciones durante los primeros 28 días completos de vida, por cada 1.000 nacidos vivos, en un año dado.	OMS, Estadísticas de la Salud en el Mundo 2011
Tasa de mortinatalidad (por cada 1.000 alumbramientos)	Tasa de defunción fetal en el útero entre la 28a. semana de gestación y el parto.	Serie sobre mortinatalidad 2011, de la revista <i>The Lancet</i>
Número de embarazadas que recibieron pruebas de detección del VIH	Número de embarazadas que recibieron pruebas de detección del VIH y fueron notificadas de sus resultados, durante el embarazo, durante el trabajo de parto y el parto y durante el período de posparto (<72 horas), inclusive aquellas cuya reacción serológica al VIH ya se conocía.	OMS/ONUSIDA/UNICEF <i>Towards Universal Access – Progress Report 2010</i>
Las parteras están autorizadas a administrar un conjunto básico de intervenciones que salvan vidas	Hay políticas nacionales aprobadas que autorizan a las parteras a encargarse de las siete funciones fundamentales siguientes de BEmONC: administración por vía parenteral de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos; extracción manual de la placenta; extracción de productos de la concepción retenidos; asistencia al parto vaginal; reanimación del recién nacido.	Datos especialmente compilados por la OMS para OMS/UNICEF – <i>Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)</i>

Indicador	Definición del indicador	Fuente de datos
Densidad de parteras, enfermeras y médicos por 1.000 habitantes	Cantidades totales de parteras, enfermeras y médicos en relación con el total de la población (se ha reconocido que el valor mínimo aceptable de densidad es 2,3)	OMS Atlas del Personal de Salud en el Mundo
Cálculo estimativo del déficit de personal para lograr hacia 2015 un 95% de partos atendidos por personal cualificado	Estimación del número total de personal cualificado de atención del parto que es necesario agregar al personal de salud para lograr la cobertura del 95% de atención del parto para el año 2015.	OMS, <i>Making Pregnancy Safer – Human Resource Projection Tool for maternal and newborn health</i>
Matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas) (masculina, femenina) (porcentaje)	Porcentaje de niños matriculados en la escuela secundaria, independientemente de su edad, con respecto a las cantidades totales de niños con las edades oficialmente establecidas para asistir a la escuela secundaria.	UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2011, Cuadro 5
Tasa de alfabetización (15 y más años de edad) (masculina; femenina) (porcentaje)	Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que pueden comprender, leer y escribir una breve oración simple sobre su vida cotidiana.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
INDICADORES DE ODM		
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	Número de defunciones de madres por cada 100.000 nacidos vivos durante un lapso especificado, por lo general un año.	OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial – Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2008
Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado (porcentaje)	Porcentaje de alumbramiento de nacidos vivos atendidos por personal de salud cualificado en un lapso dado.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos) (porcentaje)	Porcentaje de mujeres casadas o en uniones de entre 15 y 49 años de edad que actualmente utilizan, o cuyo compañero sexual está utilizando, al menos un método moderno de anticoncepción, independientemente del método utilizado.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
Tasa de natalidad en la adolescencia (alumbramientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad)	Cantidad anual de alumbramientos de mujeres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres en ese grupo de edades. Representa el riesgo de procreación entre las adolescentes.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
Cobertura de atención prenatal (al menos una visita; al menos cuatro visitas) (porcentaje)	Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por razones relacionadas con el embarazo, proporcionada por personal de salud cualificado, al menos una vez durante el embarazo y al menos cuatro veces durante el embarazo, como porcentaje de los alumbramientos de niños vivos en un lapso dado.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
Necesidad insatisfecha de planificación de la familia (porcentaje)	Número de mujeres con necesidad insatisfecha de planificación de la familia expresado como porcentaje del total de mujeres en edad de procrear que están casadas o en una unión. Las mujeres con necesidad insatisfecha son las que, siendo fecundas y teniendo actividad sexual, no están utilizando ningún método anti-conceptivo y declaran que no desean tener más hijos o que desean aplazar el nacimiento de otro hijo.	Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). <i>World Contraceptive Use 2010</i> (POP/DB/CP/Rev2010).
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.	Naciones Unidas – Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
PERSONAL DE PARTERÍA		
Parteras (incluidas enfermeras-parteras)	Cantidad de parteras en un país dado; incluye enfermeras-parteras y estimaciones de la cantidad de enfermeras con competencias de partería. Esas cantidades no necesariamente reflejan el número de parteras que practican la profesión ni de las que se ajustan a la definición de partera proporcionada por la ICM.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo/OMS, Atlas del Personal de Salud en el Mundo
Otros profesionales de la salud con algunas competencias de partería	Cantidad de auxiliares que atienden partos en establecimientos de un país dado (incluye enfermeras-parteras auxiliares).	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo/OMS, Atlas del Personal de Salud en el Mundo
Médicos generales con algunas competencias de partería	Cantidad de médicos generales con algunas competencias de partería en un país dado.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Obstetras	Cantidad de obstetras en un país dado.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Agentes de salud comunitarios con alguna formación en partería	Cantidad de agentes de salud comunitarios que han recibieron formación en algunas aptitudes de partería en un país dado.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Existe un registro actualizado de parteras con licencia	Se dispone en un registro nacional de profesionales de la partería licenciados en un sistema de información electrónica “actualizado” (es decir, se actualizan los registros al menos una vez por mes).	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
EDUCACIÓN EN PARTERÍA		
Programas de educación en partería (ingreso directo; ingreso combinado; ingreso en secuencia)	Hay programas de ingreso directo para la educación en partería (es decir, exclusivamente para cursos de partería y no formando parte de otros estudios, como programas de enfermería), independientemente de si son ofrecidos por instituciones públicas o privadas; hay programas combinados de enfermería y partería, independientemente de si son ofrecidos por instituciones públicas o privadas; hay programas educacionales en secuencia—educación en partería después de egresar de cursos de enfermería—independientemente de si son ofrecidos por instituciones públicas o privadas.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Cantidad de instituciones que imparten educación en partería (total); número de instituciones privadas	Cantidad total de instituciones educacionales que en algún momento en 2010 ofrecían un programa de educación en partería; número de instituciones educacionales privadas que en algún momento en 2010 ofrecían un programa de educación en partería.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Duración de los programas de educación en partería (en meses)	Cantidad de meses de estudio para la educación en partería (incluida educación teórica y práctica). La gama corresponde a la duración de los programas de ingreso directo, programas combinados y programas en secuencia.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo
Número de admisiones de estudiantes (en el primer año)	Número total de estudiantes matriculadas en el primer año de todos los programas de educación en partería, independientemente de si son de ingreso directo, combinado o en secuencia en programas de enfermería/partería, e independientemente de si son ofrecidos por instituciones públicas o privadas. Las cifras corresponden a nuevas matriculaciones de estudiantes que iniciaron sus estudios en 2009.	Encuesta por países para el informe Estado de las Parteras en el Mundo

ANEXO 2: DICCIONARIO DE DATOS (continuado)

Indicador	Definición del indicador	Fuente de datos
Admisión de estudiantes respecto del total de plazas disponibles (porcentaje)	Porcentaje que representa el total de estudiantes matriculados en todos los programas de educación en partería (todos los años de estudios), en relación con la suma total de plazas para estudiantes disponibles en todos los programas de educación en partería (todos los años de estudios).	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Número de estudiantes matriculados en todos los años (2009)	Número total de estudiantes matriculados en programas de educación en partería. Las cifras corresponden a todos los años de estudios en 2009, tras la matriculación en primer año.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Número de graduados (2009)	Número total de estudiantes que egresaron en 2009 de todos los programas de educación en partería.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Los programas de educación en partería están acreditados	Todos los programas de educación en partería están acreditados por el gobierno o por un organismo autorizado por el gobierno.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
REGLAMENTACIÓN		
Existe legislación que reconoce la partería como profesión autónoma	En un país dado, existe legislación nacional que reconoce la partería como profesión autónoma y reglamentada.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Las parteras tienen un título protegido	En un país dado, existe un título de especialización específico para parteras (y otros profesionales con competencias de partería) como grupo profesional.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Existe una definición reconocida de partera profesional	En un país dado, se reconoce oficialmente una definición aprobada por el gobierno de partera profesional.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Un organismo gubernamental reglamenta la práctica de la partería	En un país dado, existe y está en funcionamiento un órgano aprobado por el gobierno que reglamenta la partería.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Se necesita una licencia para la práctica de la partería	En un país dado, existe un sistema aprobado por el gobierno de otorgamiento de licencias a profesionales de la partería (antes de iniciar su práctica profesional).	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Se autoriza a las parteras a recetar medicamentos para salvar vidas	Las parteras y otros profesionales con competencias de partería están autorizados a recetar medicamentos que salvan vidas, entre ellos, anticonvulsivos, oxitócicos y antibióticos, bajo su propia responsabilidad, a fin de ofrecer tratamiento a las mujeres en la etapa prenatal, durante el parto y en el posparto.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
ASOCIACIONES PROFESIONALES		
Existe una asociación de parteras	En un país dado, está registrada una asociación profesional específicamente relativa a profesionales de la partería.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Cantidad de profesionales de la partería representadas por una asociación	Cantidad de profesionales de la partería representadas por asociaciones profesionales en las que están en condiciones de ingresar como miembros.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Asociaciones afiliadas a la ICM y/o la ICN	Asociación o asociaciones profesionales nacionales en la esfera de la salud en que los profesionales de la partería están en condiciones de ingresar como miembros que está o están afiliadas a la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y/o al Consejo Internacional de Enfermeras (ICM)	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
POLÍTICAS		
Existe un plan nacional de salud materna y neonatal que incluye al personal de partería	Hay un plan (o estrategia) nacional relativo a las intervenciones para la salud materna y neonatal.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Se han calculado los costos del plan	Hay un plan (o estrategia) nacional para intervenciones de salud materna y neonatal y se han calculado sus costos.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
El plan nacional de personal de salud incluye específicamente la partería	Hay un plan (o estrategia) nacional de recursos humanos para la salud que concretamente incluye al personal de partería.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Es obligatoria la notificación de las defunciones maternas	Se ha adoptado una política nacional que requiere que los profesionales de la salud notifiquen toda defunción materna.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Se auditan y se investigan sistemáticamente las defunciones maternas	Se ha aprobado una política nacional que incluye un proceso para auditar e investigar las defunciones maternas.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Se investigan confidencialmente las defunciones maternas	La política nacional aprobada para auditar e investigar las defunciones maternas prevé un procedimiento confidencial de investigación.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Registro obligatorio de los nacimientos	Se ha aprobado una política nacional que requiere el registro obligatorio de todos los nacimientos.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Todos los servicios de salud materna y neonatal son gratuitos (en el sector público)	En el sector público se aplica una política nacional de acceso gratuito a los servicios de salud materna y neonatal.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
SERVICIOS		
Número total de establecimientos que ofrecen atención esencial del parto	Número total de establecimientos donde se atiende el parto, inclusive los clasificados como BEmONC o CEmONC.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Número de establecimientos que ofrecen atención obstétrica y neonatal básica de urgencia (BEmONC)	Número de establecimientos de salud periféricos con sala de maternidad que practican regularmente las siete funciones fundamentales básicas: administración por vía parenteral de antibióticos, anticonvulsivos y oxitócicos; extracción manual de la placenta, extracción manual al vacío de los productos retenidos, parto asistido con instrumentos mediante extractor al vacío y reanimación del recién nacido con mascarilla. Las funciones fundamentales incluyen estabilización de las madres y los recién nacidos que tienen complicaciones antes de su traslado a un establecimiento de más alto nivel y durante dicho traslado.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Número de establecimientos que ofrecen atención obstétrica y neonatal integral de urgencia (CEmONC)	Número de establecimientos de salud con salas de maternidad que practican regularmente las siete funciones fundamentales de BEmONC y dos funciones fundamentales adicionales: cirugía de urgencia (por ejemplo, operación cesárea) y transfusión de sangre incontaminada (puede incluir también reanimación del recién nacido con técnicas de avanzada).	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i>
Establecimientos por cada 1.000 nacimientos	Número de establecimientos de BEmONC, CEmONC y otros que atienden el parto, en relación con el número de nacimientos por año.	Encuesta por países para el informe <i>Estado de las Parteras en el Mundo</i> /División de Población de las Naciones Unidas

Parteras faltantes. Cálculo del déficit

País	Cantidad de personal de partería 2010 (con ajuste descendente para una pérdida natural de puestos del 5%)	Número estimativo del personal de partería 2015 (con ajuste ascendente para una pérdida natural de puestos del 5%)	Déficit
Afganistán	2.214	9.573	7.359
Benin	1.224	2.408	1.185
Burkina Faso	3.504	4.944	1.441
Burundi	1.103	1.912	809
Camboya	1.913	2.481	567
Camerún	116	4.542	4.426
Chad	209	3.515	3.306
Côte d'Ivoire	2.425	4.794	2.368
Djibouti	130	154	24
Etiopía	1.310	20.799	19.489
Gambia	260	418	158
Ghana	3.591	5.050	1.459
Guinea	381	2.675	2.294
Guinea-Bissau	155	446	291
Haití	165	1.740	1.575
Liberia	391	1.022	630
Madagascar	2.821	4.634	1.813
Malawi	2.355	4.220	1.865
Malí	1.500	3.701	2.201
Marruecos	2.819	4.131	1.312
Mauritania	333	700	368
Mozambique	2.799	5.559	2.761
Nepal	2.731	4.760	2.029
Níger	648	5.936	5.288
Papua Nueva Guinea	277	1.350	1.073
República Centroafricana	485	992	506
República Democrática del Congo	5.470	20.055	14.585
República Democrática Popular Lao	326	1.137	811
República Unida de Tanzania	2.584	12.525	9.941
Rwanda	1.570	2.831	1.262
Senegal	941	3.086	2.146
Sierra Leona	105	1.532	1.427
Somalia	408	2.780	2.372
Sudán	860	8.321	7.462
Togo	392	1.418	1.026
Uganda	9.216	10.711	1.495
Yemen	4.073	5.860	1.787
Zambia	2.680	3.651	971
Déficit total			111.880

OBJETIVO

Efectuar un cálculo estimativo del déficit de personal de partería en 58 países, a fin de alcanzar para 2015 la meta del ODM 5 de contar con asistencia del parto por personal cualificado.

Definición para ser utilizada como instrumento de trabajo

El déficit de personal de partería se define como cantidad adicional de personal de partería necesario para alcanzar hacia 2015 una cobertura del 95% de los partos por personal de partería cualificado en los 38 países.

Hipótesis

En el análisis del déficit se supone que todos los partos, con o sin complicaciones, deben recibir asistencia de personal de partería. Además del personal de partería, se requerirá contar con médicos u otros profesionales de la salud, así como con agentes de salud de nivel intermedio, para aproximadamente entre 5% y 15% de los partos que probablemente han de experimentar complicaciones. Dichos profesionales no se consideran en el presente cálculo estimativo. En este análisis del déficit se presume que todas las parteras se están desempeñando con productividad óptima, la cual, según estimaciones de la OMS, es de 175 alumbramientos por año por cada partera (OMS 2005). Con fines de simplificación, para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo* se ajusta este valor básico de referencia de la productividad y arroja seis parteras por cada 1.000 partos por año.

Análisis del déficit

El déficit se definió como la diferencia entre la cantidad estimada de parteras necesarias para atender en 2015 un 95% de los partos, con una hipótesis de productividad de seis parteras por cada 1.000 partos por año, y la cantidad básica de referencia de parteras indicada en la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

Definición de los datos básicos de referencia (2010)

En 2011, la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo* recopiló datos sobre las cantidades y los tipos de personal de partería que ejerce la profesión. De los 58 países que respondieron a la Encuesta, 52 respondieron a las preguntas relativas al personal de partería. Para los seis restantes, que no proporcionaron cifras sobre personal de partería, se utilizó como fuente de información el Atlas de la OMS del personal de salud en el mundo.

Estimación de la cantidad de parteras necesarias (2015)

Se calculó la cantidad de personal de partería necesario para 2015 sobre la base de asegurar que un 95% de todos los partos previstos para 2015 (Naciones Unidas, 2009) en los 58 países que abarca el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*, sean atendidos por parteras (es necesario que haya seis parteras por cada 1.000 partos en cualquier año dado).

A fin de tener en cuenta la pérdida natural de puestos, se ajustó el cálculo estimativo del personal de partería necesario para 2015 agregando un 5%. En cambio, en la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo* el valor básico de referencia de la cantidad de parteras se redujo en un 5%, para reflejar la pérdida natural de puestos.

En consecuencia, para medir el déficit se calculó la diferencia entre la cantidad ajustada de parteras para 2015 y la cantidad básica de referencia ajustada en 2010.

Referencias:

Atlas del personal de salud en el mundo, 2010. www.who.int/globalatlas

Informe sobre la Salud en el Mundo. 2005. OMS, Ginebra (2005)

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision*, edición en CD-ROM.

ANEXO 4: ANÁLISIS DE VIDAS SALVADAS

País	Valor de referencia de defunciones maternas (2015)	Defunciones maternas evitadas			Valor básico de referencia de defunciones fatales (2015)	Defunciones fatales evitadas			Valor básico de referencia de defunciones de neonatos (2015)	Defunciones de neonatos evitadas			Valor básico de referencia de defunciones combinadas (2015)	Total combinado de defunciones evitadas		
		Pragmático (%)	Universal (%)	Universal (número)		Pragmático (%)	Universal (%)	Universal (número)		Pragmático (%)	Universal (%)	Universal (número)		Pragmático (%)	Universal (%)	Universal (número)
Afganistán	23000	11	54	12500	62500	10	45	28500	84000	13	56	47000	169500	12	52	88000
Bangladesh	13500	14	46	6000	124500	13	35	43500	125000	15	55	69500	263000	14	45	119000
Benin	1500	10	68	1000	10500	9	58	6000	13000	10	62	8000	25000	10	61	15000
Bhután	1500	17	52	1000	20500	17	46	9500	28500	21	56	16000	50500	19	52	26500
Bolivia (Estado Plurinacional de)	500	36	64	500	4500	32	49	2500	7000	37	57	4000	12000	35	54	7000
Botswana	<500	33	53	<500	1000	29	36	500	1000	32	50	500	2000	30	43	1000
Burkina Faso	4500	16	76	3500	22000	14	70	15500	27000	19	71	19000	53500	17	71	38000
Burundi	3500	13	51	2000	8500	12	41	3500	14500	14	53	7500	26500	13	49	13000
Camboya	1500	18	52	500	10500	15	34	3500	14000	19	52	7500	26000	17	44	11500
Camerún	5500	16	68	3500	20000	14	60	12000	26000	18	65	17000	51500	16	63	32500
Chad	7500	12	78	6000	20500	11	74	15000	25500	13	76	19500	53500	12	76	40500
Comoras	3000	17	72	2000	18500	15	67	12500	35000	20	74	26000	56500	18	71	40500
Côte d'Ivoire	4000	24	55	2500	25000	20	45	11500	34000	26	60	20500	63000	24	54	34500
Djibouti	<500	20	55	<500	500	18	40	<500	1000	20	53	500	1500	20	49	1000
Etiopía	20500	18	57	11500	124000	16	48	59500	157000	18	62	97500	301500	17	56	168500
Gabón	<500	24	52	<500	1000	18	42	500	1500	21	56	500	2500	20	50	1000
Gambia	500	26	53	<500	1500	21	44	1000	2500	27	60	1500	4500	25	53	2500
Ghana	3000	10	69	2000	19000	9	60	11500	25500	11	61	15500	47500	10	61	29000
Guinea	3500	12	64	2000	13000	12	56	7500	20000	13	67	13500	36500	12	63	23000
Guinea Bissau	1000	16	56	500	2500	14	46	1000	3000	18	59	2000	6500	16	53	3500
Guyana	<500	13	47	<500	<500	10	24	<500	1000	17	55	500	1000	15	48	500
Haití	1000	18	72	500	7500	16	58	4500	8000	19	66	5000	16500	18	63	10000
India	75000	25	53	40000	912500	23	43	391000	1164500	27	54	624000	2152000	25	49	1055000
Indonesia	11000	24	38	4500	69500	14	19	13500	85500	30	40	34500	166000	22	31	52000
Kenya	10000	21	73	7500	37000	18	66	24500	59000	25	73	43000	106000	22	70	75000
Liberia	2000	18	74	1500	4500	15	66	3000	10500	22	73	8000	17000	19	71	12500
Madagascar	4000	19	62	2500	18500	18	52	10000	34000	21	61	20500	56500	20	58	33000
Malawi	4000	16	78	3500	19500	15	73	14500	21500	21	72	15500	45000	18	73	33500
Mali	5000	24	63	3000	21000	21	57	12000	27500	27	63	17000	53500	25	60	32000
Marruecos	1000	21	45	500	13500	14	28	4000	16000	27	43	7000	30500	21	37	11500
Mauritania	500	31	57	500	3500	28	48	1500	4500	34	61	3000	8500	31	56	5000
Mozambique	6000	26	58	3500	31500	23	49	15500	44000	29	58	25500	81500	26	55	44500
Myanmar	2500	10	45	1000	23000	7	29	6500	48500	14	58	28500	74000	12	49	36000
Nepal	3500	21	54	2000	20500	21	46	9500	25500	23	58	15000	49500	22	53	26500
Nicaragua	<500	17	54	<500	2000	16	43	1000	2000	19	50	1000	4500	18	47	2000
Níger	8000	10	77	6000	27000	9	73	19500	29000	10	73	21000	64000	10	73	46500
Nigeria	62500	17	77	48000	241500	14	71	172000	338500	20	74	252000	642500	18	74	472000
Pakistán	17500	19	68	12000	255500	17	62	158000	344000	23	72	246500	617000	21	67	416500
Papua Nueva Guinea	500	17	52	500	6000	16	36	2000	5500	11	58	3000	12000	14	47	5500
República Centroafricana	1500	23	46	500	5000	20	37	2000	8500	22	52	4500	15000	21	46	7000
República Democrática del Congo	24500	23	51	12500	88000	19	39	34000	156500	25	52	82000	269000	23	48	128500
República Democrática Popular Lao	1000	15	57	500	4500	13	45	2000	4000	16	60	2500	9500	15	53	5000
República Unida de Tanzania	8500	18	77	5000	53500	14	71	26000	57500	19	74	32000	119500	17	73	63000
Rwanda	3000	16	73	2000	12000	14	68	8000	17500	17	70	12000	32500	16	69	22000
Senegal	2500	26	62	1500	14500	23	50	7000	17000	31	63	10500	34000	27	57	19000
Sierra Leona	2500	17	54	1500	8000	16	43	3500	10500	23	58	6000	21000	20	51	11000
Somalia	5500	30	53	3000	12500	29	44	5500	26000	28	58	15000	44000	29	53	23500
Sudáfrica	5000	20	45	2500	21000	16	32	7000	23000	17	39	9000	49000	17	37	18500
Sudán	12000	20	51	6000	44000	19	40	18000	58500	23	59	34500	114500	21	51	58500
Tayikistán	<500	23	47	<500	4000	17	37	1500	5000	24	55	3000	9500	21	47	4500
Timor-Leste	18000	40	61	14000	48000	37	48	34000	70000	41	70	51500	136000	40	64	99500
Togo	<500	19	46	<500	1000	17	34	500	2500	20	51	2000	15500	19	44	7000
Uganda	1000	30	58	500	6000	29	49	2000	8500	28	56	4000	15500	29	53	6500
Uzbekistán	<500	36	47	<500	1500	28	32	500	3000	31	46	1500	4500	30	41	2000
Viet Nam	1000	15	24	500	15500	4	12	2000	16500	13	32	5000	33000	9	22	7500
Yemen	2500	15	59	1500	31500	13	48	15000	34000	21	67	23000	68000	17	58	39500
Zambia	3500	17	73	2500	15500	15	67	10500	24000	18	69	16500	43000	17	68	29500
Zimbabwe	4500	43	59	2500	10500	41	49	5500	14500	42	56	8000	29500	42	54	16000
Total	410000	20	61	250500	2623500	18	49	1290500	3471000	23	60	2086500	6503500	21	56	3627500

NOTAS EXPLICATIVAS

El valor básico de referencia del número de defunciones para el año 2015 se calcula sobre la base de las tendencias y proyecciones de población elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas. Pero dichas tendencias y proyecciones se han modificado teniendo en cuenta dos hipótesis: 1) Supusimos que las actuales tasas de fecundidad se mantendrían hasta 2015; y 2) Supusimos que las más recientes tasas de mortalidad materna, tasas de mortalidad neonatal y tasas de mortalidad neonatal se mantendrían constantes e invariables. En el propio instrumento LiST se supone que los factores que impulsan la mortalidad operan de manera concomitante con la cobertura de intervenciones de salud, de modo que las tasas de mortalidad no disminuyen a lo largo del tiempo, salvo cuando cambia la cobertura.

El cálculo de la cantidad de defunciones evitadas se basa en los cambios en la cobertura de anticoncepción, así como de atención anterior a la concepción, prenatal, del parto y posnatal, todo lo cual forma parte de las competencias que se espera tengan las parteras. Las intervenciones incluidas fueron anticoncepción y atención posterior al aborto; detección y tratamiento de la sífilis; administración de múltiples suplementos de micronutrientes; tratamiento de la hipertensión, la diabetes y el paludismo

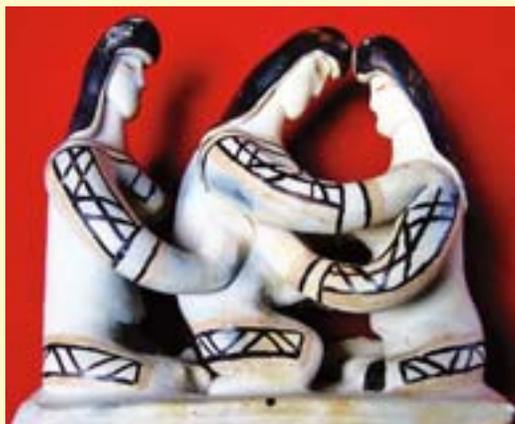
durante el período prenatal; administración de antibióticos cuando hay ruptura prematura de las membranas; atención durante el trabajo de parto y el parto, además de remisión a establecimientos de atención BEmONC o CEmONC (que pueden suplir las aptitudes de la partera en el parto), activa atención en la tercera etapa del trabajo de parto, reanimación del recién nacido durante el parto; y promoción del amamantamiento y atención posnatal preventiva después del parto.

La cobertura aumenta en progresión lineal para todas las intervenciones, en las cantidades necesarias a fin de introducir los necesarios cambios en la gestión del trabajo de parto y el parto y poder alcanzar así las metas de cobertura de partería (10% cuando la cobertura actual es < 10%; 25% cuando la cobertura actual es < 20%; 50% cuando la cobertura es < 40% y 75%/90% cuando la cobertura actual de BEmONC es > 40%). Se consideró que la tasa de fecundidad total permanecería a un nivel superior a 2,0, y se estableció un límite máximo de 99% para la cobertura en todas las demás intervenciones.

Referencias: *International Journal of Epidemiology, Supplement April 2010; BMC Public Health Supplement April 2011.*



Pese a lamentables tragedias y sufrimientos, la maternidad también está colmada de belleza. Se ha celebrado a lo largo del tiempo en las culturas folclóricas, las religiones y las producciones artísticas. Las representaciones de parteras son frecuentes.



Vincent Fauveau es el autor de todas las fotos (salvo la figura africana del ángulo inferior izquierdo, de Elisa Gleize) y están disponibles en: www.art-and-pregnancy.com.

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2011. Todos los derechos están reservados.

Las designaciones empleadas y la presentación de materiales en el presente documento no entrañan la expresión de ninguna opinión por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas ni de los copartícipes en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* con respecto a la situación jurídica u otras condiciones de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, y tampoco con respecto a la delimitación de sus fronteras o límites.

El presente volumen fue consolidado y editado de conformidad con la práctica del Fondo de Población de las Naciones Unidas y con sus requisitos. Tanto el Fondo de Población de las Naciones Unidas como los copartícipes en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin ninguna garantía, explícita o implícita, de ningún tipo. La responsabilidad por la interpretación y la utilización del material corresponde al lector. En ninguna circunstancia serán responsables ni el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ni los copartícipes en el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo*, por daños o perjuicios dimanados del uso del material.

Impreso en papel reciclado.

Con el propósito de reducir al mínimo los gastos de impresión, casi todas las publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas están disponibles gratuitamente en línea en formato electrónico, como documentos en los sistemas PDF y Word. Las solicitudes para recibir publicaciones en forma impresa serán manejadas sobre la base de la disponibilidad de los materiales y deben dirigirse a: publication@unfpa.org.

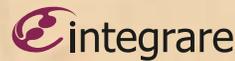
Con el apoyo de:

Coordinado por el UNFPA

605 Third Avenue

New York, NY 10158

www.stateoftheworldsmidwifery.com



ISBN: 978-0-89714-997-6

S/500/2011