

Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas

3 edición



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
Américas



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA,
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAPSMR

Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas

3ra. edición



Publicación científica CLAP/SMR 1599

Organización Panamericana de la Salud. Centro de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional en las Américas. 3 ed. Montevideo: CLAP/
SMR, 2014.

(CLAP/SMR. Publicación Científica, 1599).

1. Tocología. 2. Servicios de Salud Reproductiva. 3. Enfermería Obstétrica. 4. partería Profesional. 5. Américas. I.
Fullerton, Laura. II. CLAP/SMR. III. Título.

ISBN 978-92-75-31831-7

(Clasificación NLM: WQ160)

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Comunicaciones (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), del Departamento de Familia, Género y Curso de Vida (FGL), Organización Panamericana de la Salud; información de contacto - Casilla de Correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593 Email: postmasterCLAP@clap.ops-oms.org, Sitio CLAP/SMR: <http://www.paho.org/clap> y BVS: <http://perinatal.bvsalud.org/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

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

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

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

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

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

Diseño gráfico: Roberto Porro

Resumen ejecutivo.....	15
Introducción	17
Módulo 1: Antecedentes	19
1.1 Introducción	21
1.2 Finalidad de esta Caja de herramientas.....	22
1.3 Conceptos de salud reproductiva y maternidad segura	23
1.3.1 Salud reproductiva	23
1.3.2 La situación de la mujer	23
1.3.3 El concepto de maternidad segura	25
1.4 Breve historia de la partería. Papel actual de la partera en la salud materna, neonatal y reproductiva	27
1.4.1 La tradición de la partería en la antigüedad: aspectos de clase social y género.....	27
1.4.2 La tradición de la partería: desarrollo tecnológico y dominación del médico varón en el ejercicio de la obstetricia	28
1.4.3 La tradición actual de la partería: temas del ejercicio de la profesión	29
1.5 Definición internacional de partería	31
1.6 Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas	31
1.6.1 Módulo 1: Fortalecimiento de los servicios de partería: documentos de antecedentes	31
1.6.2 Módulo 2: Legislación y regulación de la partería: haciendo posible la maternidad segura ...	32
1.6.3 Módulo 3: Desarrollo de normas para mejorar el ejercicio de la partería	33
1.6.4 Módulo 4: Competencias para el ejercicio de la partería	33
1.6.5 Módulo 5: Desarrollo de un currículo de partería: directrices para los programas de formación de parteras	33
1.6.6 Módulo 6: Elaboración de programas eficaces para preparar a docentes de partería	34
1.6.7 Módulo 7: Supervisión de las parteras.....	34
1.6.8 Módulo 8: Seguimiento y valoración de la competencia continua para el ejercicio de la partería	35
1.6.9 Módulo 9: Desarrollo de la capacidad de partería para la promoción de la salud materna y neonatal	35
1.7 Referencias.....	36
Figura 1.1: Marco conceptual de los servicios de salud de calidad, equitativos y accesibles	39
Anexo 1.1: Enfoque de evaluación rápida para identificar la necesidad de fortalecimiento de la partería a nivel nacional	40

Módulo 2: Legislación y reglamentación de la partería por una maternidad segura	43
2.1 Introducción	45
2.1.1 El desafío	45
2.1.2 Un aporte a la resolución	46
2.2 Valor y finalidad de la legislación y reglamentación de la partería	47
2.2.1 Desarrollo de nuevas reglamentaciones.....	48
2.2.2 Adaptación de las regulaciones actuales.....	48
2.3 Establecimiento de una autoridad rectora para las parteras: modelos y estrategias	49
2.4 Reglamentaciones, reglas y guías para el ejercicio de la partería	51
2.4.1 Constitución y composición del órgano rector	51
2.4.2 Directrices para programas de formación de parteras.....	53
2.4.3 Ingreso a la práctica y otorgamiento inicial de licencias	54
2.4.4 Requisitos para la evaluación de la competencia continua	54
2.4.5 Normas de práctica	55
2.4.6 Mala conducta profesional	55
2.5 Referencias	57
Figura 2.1: Elementos del diseño de un sistema regulatorio para partería.....	61
Anexo 2.1: Logro del cambio en la legislación y regulación de partería para un cuidado de partería seguro	62
Módulo 3: Desarrollo de normas para mejorar el ejercicio de la partería	65
3.1 Introducción	67
3.2 Definición y finalidad de las normas	67
3.2.1 Definiciones.....	67
3.2.2 Finalidad.....	67
3.3 Proceso de establecimiento de las normas	68
3.4 Beneficios del uso de normas para las parteras y para la profesión	68
3.5 Uso de un enfoque basado en la evidencia para establecer y elaborar normas para la formación de las parteras y el ejercicio de la profesión	69
3.5.1 Identificar, definir y luego refinar lo que se quiere tratar en cada norma	70
3.5.2 Exploración de la evidencia	70

3.5.3 Desarrollo de un modelo a recomendar.....	70
3.5.4 Involucramiento de otros en la discusión del modelo	71
3.5.5 Aplicación de la norma.....	71
3.5.6 Seguimiento de los resultados de quienes aplican la norma	71
5.7 Examen de la experiencia, modificación de la norma según lo que indiquen esa y nuevas evidencias.....	71
3.6 Referencias.....	72
Figura 3.1: Marco para obtener cuidados de calidad.....	74
Figura 3.2: Proceso para el establecimiento de normas.....	75
Anexo 3.1: Herramienta para la auditoría de la atención neonatal.....	76
Módulo 4: Competencias para el ejercicio de la partería.....	79
4.1. Introducción.....	81
4.1.1 La partera como una asistente calificada.....	81
4.1.2 Alcance de la labor de la partera.....	82
4.2. Concepto de la competencia profesional	82
4.2.1 Definiciones teóricas y operativas.....	82
4.2.2 Los dominios de la competencia.....	83
4.3. Componentes clave del ejercicio de la partería	85
4.3.1 Conceptos clave de la partería	85
4.3.2 Modelo de atención de las parteras	86
4.3.3 Toma de decisiones basada en la evidencia.....	86
4.4. Competencias clave para el ejercicio de la partería	86
4.4.1 Conocimientos, destrezas y habilidades esenciales para el ejercicio de la partería	86
4.4.2 La evidencia que avala las competencias.....	87
4.4.3. Las declaraciones de competencia de la ICM como recurso: afirmaciones y adaptaciones .	88
4.5 Referencias.....	89
Figura 4.1: Determinantes del desempeño de los proveedores de salud según las normas	92
Figura 4.2: Un marco para la toma de decisiones.....	92
Figura 4.3: Haciendo útiles las competencias de ICM a nivel de país.....	93

Módulo 5: Elaboración de un programa curricular de partería para una maternidad segura: guías para los programas de formación de partería.....	95
5.1. Introducción.....	97
5.2. Papel de las parteras en los servicios de salud reproductiva.....	97
5.3. Filosofía de la formación de las parteras.....	98
5.4. La ética del ejercicio de la profesión.....	99
5.5. Guías para la elaboración de programas educativos.....	101
5.5.1 Finalidades del programa.....	101
5.5.2 Modos de ingresar a un programa de partería y duración del programa.....	103
5.5.3 Programas de ingreso directo a programas de partería.....	103
5.5.4 Programas de estudios de partería que se agregan a una preparación básica de enfermería.....	104
5.5.5 Programas de estudios combinados de enfermería y partería.....	105
5.5.6 Modelos de planes de estudios.....	105
5.6. Consideraciones sobre las estudiantes.....	106
5.7. Infraestructura para establecer la formación de las parteras.....	107
5.7.1 Sistema educativo y recursos.....	107
5.7.2 Órgano rector.....	107
5.7.3 Involucramiento local y regional.....	107
5.7.4 Líderes comunitarios.....	107
5.7.5 Instituto educativo.....	108
5.7.6 Experiencia de práctica clínica y centros de práctica.....	108
5.8. Docentes del programa de estudios para parteras.....	109
5.9. Recursos para la enseñanza y el aprendizaje.....	110
5.10. Métodos de enseñanza y aprendizaje.....	110
5.10.1 Métodos centrados en el estudiante.....	110
5.10.2 Aprendizaje basado en problemas.....	111
5.10.3 Reflexión.....	111
5.11. Evaluación del conocimiento y de las destrezas.....	112
5.11.1 Evaluación de la teoría.....	113
5.11.2 Evaluación del trabajo clínico.....	114

5.12. Toma de decisiones sobre el rendimiento de las estudiantes	115
5.12.1 Determinación de los patrones de aprobación y reprobación.....	115
5.12.2 Notas.....	116
5.12.3 Consideraciones de calidad en la selección de las herramientas de evaluación	116
5.13. Evaluación de la calidad	117
5.13.1 Evaluación de la calidad	117
5.13.2 Evaluación del programa por parte de los estudiantes	117
5.13.3 Auditoría de lugares de pasantías clínicas.....	118
5.14 Referencias	119
Figura 5.1: Ciclo de reflexión.....	123
Anexo 5.1: Marco para evaluar el currículo.....	124
Anexo 5.2: Pasos esenciales en el desarrollo de un currículo para asegurar que cumple con su cometido	126
Módulo 6: Desarrollo de programas eficaces para preparar docentes	
en partería.....	127
6.1 Introducción	129
6.1.1 Objetivos y razones.....	129
6.2. Directrices para programas de formación de docentes	130
6.2.1 Requisitos de ingreso.....	130
6.3. Marcos sugeridos para programas de formación de docentes en partería	132
6.3.1 Estructura del programa.....	132
6.3.1.1 <i>Un programa de educación de docentes en partería independiente</i>	132
6.3.1.2 <i>La educación de los profesores como un enfoque académico de estudio</i>	132
6.3.2 Opciones para programas de docentes en partería: mayor exploración	133
6.3.2.1 <i>Opción 1: Dos partes claramente diferenciadas: estudios de partería</i> <i>avanzada/postbásica y estudios de formación docente</i>	133
6.3.2.2 <i>Opción 2: Estudios avanzados integrados de la teoría, práctica y educación de partería</i>	134
6.4. Institución educativa, reconocimiento de la finalización y del personal requerido para el programa de profesorado en partería	135
6.4.1 Institución docente	135
6.4.2 Acreditación del aprendizaje y reconocimiento de la finalización del programa	135
6.4.3 Personal	136
6.4.3.1 <i>Estudios de partería avanzados/postbásicos que componen el programa</i>	136
6.4.3.2 <i>Componente educativo del programa de profesorado de partería</i>	136

6.5. Programa de estudios modelo para un programa de profesorado de partería.....	137
6.5.1 Programa y plantel de profesores.....	137
6.5.2 Filosofía del programa.....	137
6.5.3 Marco/modelo curricular.....	138
6.5.4 Objetivos y resultados basados en el aprendizaje.....	138
6.5.5 Contenido del programa.....	138
6.5.5.1 Estudios de partería.....	138
6.5.5.2 Estudios pedagógicos.....	139
6.5.6 Lugares de pasantía para práctica docente.....	140
6.5.6.1 Selección de instituciones para pasantías docentes.....	140
6.5.6.2 Preparación de mentoras/supervisoras.....	141
6.5.6.3 Coordinación para la práctica docente.....	142
6. Estrategias de enseñanza y aprendizaje.....	142
6.7. Estrategias de evaluación.....	143
6.7.1 Validez y confiabilidad de las evaluaciones.....	143
6.7.2 Métodos de evaluación.....	144
6.8. Evaluación de la calidad.....	145
6.8.1 Calidad de la educación.....	145
6.8.2 Evaluación del programa de formación de profesoras y de los cursos que lo componen.....	146
6.8.3 Revisión del desempeño individual.....	146
6.9. Recursos.....	146
6.9.1 Institución educativa.....	147
6.9.2 Lugares de pasantía.....	147
6.10. Opciones para ofrecer programas para profesoras de partería.....	147
6.10.1 Opción 1: Programas nacionales.....	147
6.10.2 Opción 2: Programas entre países.....	148
6.10.3 Opción 3: Participación de los países desarrollados en la formación de profesoras de partería.....	149
6.11. Desarrollo profesional continuo de las profesoras de partería.....	149
6.12.Referencias.....	150
Figura 6.1: Modelo de currículo.....	152
Figura 6.2: Ciclo de reflexión.....	153
Anexo 6.1: Contrato de aprendizaje.....	154
Anexo 6.2: Competencias de una profesora de partería.....	155

Módulo 7: Supervisión de las parteras	157
7.1. Introducción	159
7.1.1 ¿Qué es la supervisión?	159
7.1.2 Supervisión de apoyo.....	160
7.1.3 Supervisión legal de las parteras.....	161
7.1.4 Supervisión clínica	162
7.1.4.1 La mentoría.....	162
7.1.4.2 La preceptoría.....	162
7.1.4.3 Práctica reflexiva.....	163
7.1.5 Supervisión cruzada.....	164
7.2. ¿Por qué supervisar?	164
7.2.1 Apoyo para las parteras	164
7.2.2 Protección del público, madres y recién nacidos.....	165
7.2.3 Propiciando un aprendizaje permanente	165
7.2.4 Promoción de la autorregulación profesional.....	166
7.3. Beneficios de la supervisión para una organización más amplia	167
7.3.1 Apoyo a la gobernanza clínica	167
7.3.2 Apoyo a la mejora continua de la calidad.....	168
7.4. Modelos de supervisión	169
7.4.1 Supervisión de todas las parteras.....	169
7.4.2 Supervisión de las parteras que realizan partos en dependencias de salud.....	170
7.4.3 Supervisión de las parteras que trabajan en los países en desarrollo	170
7.5. Cómo planificar y desarrollar un sistema de supervisión	171
7.5.1 Brindar un marco regulatorio y normas para supervisión	171
7.5.2 Selección de supervisoras de parteras.....	171
7.5.3 Preparación de la supervisión de parteras.....	172
7.5.4 Designación de supervisoras de parteras.....	174
7.5.5 Adjudicación de carga de trabajo.....	174
7.5.6 Elección de una supervisora	174
7.5.7 Establecimiento de contacto	174
7.5.8 Responsabilidades de las supervisoras de parteras.....	175

7.6. Expectativas de la supervisión	176
7.6.1 Expectativas de las parteras	176
7.6.2 Expectativas de las supervisoras	176
7.6.3 Expectativas de las mujeres	177
7.7 Referencias	178
Anexo 7.1: Introducción de la supervisión de la partería	181
Módulo 8: Seguimiento y evaluación del mantenimiento de la competencia para el ejercicio de la partería	183
8.1. Introducción	185
8.2. Definición de la competencia profesional	185
8.2.1 definición operativa de la competencia profesional	185
8.2.2 evolución de la definición de competencia a lo largo de la carrera profesional	185
8.2.3 Distinción entre competencia, capacidad y desempeño	186
8.2.4 Relación entre la competencia y la confianza en sí mismo	186
8.2.5 Pensamiento crítico como una característica de competencia continua	187
8.3. Medición de la competencia	188
8.3.1 ¿Por qué medir la competencia?	188
8.3.2 Instancias previstas para las evaluaciones de competencia	189
8.4. Seguimiento de la competencia profesional	190
8.4.1 Distinción entre seguimiento y evaluación	190
8.4.2 Seguimiento de las competencias de partería de acuerdo a las directrices internacionales o propias del país	190
8.4.3 Modelo para el seguimiento de las competencias de partería	191
8.4.4 Métodos y estrategias para ejecutar un programa de seguimiento de la competencia profesional ...	192
8.5. Evaluación de la competencia profesional	194
8.5.1 La evaluación como un componente del proceso de seguimiento	194
8.5.2 Fuentes y recursos para las herramientas de evaluación de desempeño	195
8.6. Toma de acciones	196
8.6.1 Creación de un plan personal de aprendizaje	196
8.6.2 Aportando información sobre la partería como profesión	197
8.7 Referencias	198

Figura 8.1: Marco para la adopción de un pensamiento crítico	201
Anexo 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación	202
Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación	209
Módulo 9: Desarrollo de la capacidad de partería para la promoción de la salud materna y neonatal.....	215
9.1. Introducción	217
9.2. Estrategias basadas en mejorar la incidencia de los prestadores comunitarios	218
9.2.1 Trabajo conjunto entre las PT y otros trabajadores de la salud comunitarios - una estrategia de apoyo.....	218
9.2.2 Asistentes de partos con destrezas de partería - una estrategia intermedia	219
9.2.3 Promoción de alianzas - una estrategia para el mejoramiento	220
9.3. Fortalecimiento de los servicios de partería profesional	221
9.3.1 Promoción del concepto de partera comunitaria.....	221
9.3.2 Mejora de las destrezas del personal auxiliar de enfermería.....	222
9.4. Retención de la dotación existente de parteras	222
9.4.1 Apoyo del ejercicio de la partería en contexto	223
9.4.2 Reintegro al cuadro laboral de la partería.....	224
9.4.3 Enlentecimiento del ritmo de la migración internacional	224
9.5. Creación o fortalecimiento de la asociación profesional de parteras	225
9.6 Referencias	226
Anexo 9.1: Herramienta de Evaluación de Capacidad para Miembros de la Asociación	230
Anexos	237



Este documento es una versión regional actualizada de la publicación en inglés titulada: Strengthening midwifery toolkit. 4ed. Geneva: WHO, 2011.

Dicha actualización fue realizada por la Dra. Judith Fullerton y revisada por los siguientes profesionales de América Latina y el Caribe.

País	Nombre	Institución
Antigua	Elnora Warner	Midwifery Board
Argentina	Alicia Cillo	Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Argentina	Ema Schuler	Universidad Nacional de Entre Ríos
Argentina	Margarita Gorschnik	Universidad Nacional de Entre Ríos
Bahamas	Shirley Curtis	School of Nursing and Allied Health Professional College of the Bahamas
Bahamas	Yvonne Bain	Princess Margaret Hospital
Barbados	Rose Hutton Taylor	Barbados Community College
Bolivia	Miriam Vargas	Universidad Autónoma Juan Misael Saracho
Brasil	Nadia Zanón Narchi	Universidade de Sao Paulo
Chile	Hilda Bonilla	Universidad de Chile
Chile	Patricia Elgueta	Universidad de Chile
Chile	Ivelise Segovia	Consultora Independiente
Costa Rica	María Griselda Ugalde	Universidad de Costa Rica (UCR)
Ecuador	Marcia Robalino	Federación Nacional Obstetrices
Guatemala	Almeda Aguilar	Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Reproductiva (MSPAS)
Guatemala	Alicia Ruano	Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Reproductiva (MSPAS)
Guyana	Mandy La Fleur	Fondo de las Naciones Unidas de Población. Oficina Sub Regional (UNFPA/SRO)
Guyana	Grace Bond	Guyana Nurses and Midwives Association
Guyana	Joan Stewart	Guyana Nurses and Midwives Association
Haití	Magaret Sanon	Fondo de las Naciones Unidas de Población (UNFPA)
Haití	Agnes M. Jacobs	UNFPA
Jamaica	Iris Vassell-Murray	Jamaica Midwives Association
Nicaragua	Elizabeth Urbina Ramirez	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.(UNAN) Polisal
Panamá	Vicky Camacho	Fondo de las Naciones Unidas de Población. Oficina regional para América Latina y el Caribe(UNFPA/LACRO)
Panamá	Amarelis Quintero	Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Bioseguridad (MSP/CNB)
Panamá	Jorge Jesús Rodríguez	Ministerio de Salud
Panamá	Hilda Leal	OPS
Paraguay	Rosalía Rodríguez	Universidad Nacional de Asunción. (UNA) Instituto Dr. Andrés Barbero.
Paraguay	Luz Torres	Asociación de Obstetras de Paraguay
Perú	Mirian Teresa Solís	Confederación Internacional de Parteras(ICM)

Agradecimientos

Nombre	País	Institución
Perú	Elva Quiñones Colchado	Colegio Reg. Obstetras Lima- Callao
Perú	Hilda Baca	Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia
Perú	Zaida Zagaceta	Escuela Academico-Profesional de Obstetricia. Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos
Puerto Rico	Irene De la Torre	Universidad de Puerto Rico
Puerto Rico	Marisol Vega	Universidad de Puerto Rico
Saint Kitts and Nevis	Rondalyn Bradshaw	Nurses Association of the British Virgin Islands
Trinidad and Tobago	Marcia Rollock	Trinidad and Tobago Association of Midwives
Uruguay	Beatriz Gimenez	Asociación Obstétrica del Uruguay
Uruguay	Ana Gladys Labandera Monteblanco	Federación Latinoamericana de Obstetras. Tribunal Arbitral de la Asociación Obstétrica del Uruguay
Uruguay	Bremen de Mucio	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)
Estados Unidos de Norte América	Judith Fullerton	Consultora Independiente
Estados Unidos de Norte América	Martha Murdock	Family Care International (FCI)
Estados Unidos de Norte América	Peg Marshall	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Estados Unidos de Norte América	Joyce Thompson	Consultora Independiente
Estados Unidos de Norte América	Frances Ganges	Confederación Internacional de Parteras (ICM)
Estados Unidos de Norte América	Sandra Land	Consultora Independiente

La coordinación técnica de este documento fue realizada por el Dr. Bremen De Mucio, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva CLAP/SMR - OPS/OMS.

Resumen ejecutivo

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por fortalecer los servicios de partería surge del reconocimiento que para alcanzar una reducción eficaz y sostenible de la mortalidad tanto de madres como de recién nacidos se necesita contar con personal de la salud calificado y dotado de las destrezas propias de la partería. Hay un constante interés internacional por el papel que juega la partera en las estrategias mundiales dirigidas a mejorar la salud de la mujer.

El documento *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* se concentra particularmente en el papel y la función de las parteras (profesionales) plenamente calificadas, como un eje central para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Se han preparado directrices para ayudar a los estados miembros durante su proceso de consideración de las estrategias que lleven a un fortalecimiento de los servicios de partería. Estas directrices fueron elaboradas por expertos en las diversas áreas, aprovechando las lecciones de los países que ya han logrado desarrollar exitosamente servicios de partería de calidad accesibles a todas las mujeres. Las directrices pueden ser utilizadas para establecer o revisar los programas de partería existentes, adaptándose a las necesidades y prioridades de cada país.

Estas directrices abordan precisamente aquellos componentes esenciales de un enfoque estratégico que busca reducir la morbilidad materna y promover la salud de la mujer a lo largo de su vida reproductiva. De ahí que el módulo de introducción (Módulo 1) destaque el lugar que tienen las parteras y su profesión en el contexto de las estrategias mundiales destinadas a mejorar la maternidad segura y la condición de la mujer.

El Módulo 2 analiza la finalidad de legislar en torno a la profesión, resume los requisitos necesarios para establecer un cuerpo rector para las parteras y describe las principales funciones que tendría esa entidad. Incorpora un análisis de la legislación general que afecta la atención brindada por las parteras y la salud reproductiva, incluyendo legislaciones referentes a la discriminación de género. Finalmente brinda información de apoyo a todos los que estén abocados a la formulación de leyes o a la reforma de legislación ya existente que regula la formación de las parteras y el ejercicio de su profesión.

El Módulo 3 explora el propósito de las normas en el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de los profesionales de la salud. Paso a paso, se detalla el proceso que permite valorar la necesidad de disponer de una norma para orientar la elaboración de los programas de formación de parteras y el proceso de prestación de servicios de salud, para luego avanzar en el desarrollo, la aplicación y el seguimiento de la aplicación de la norma.

En el Módulo 4 se presentan las competencias que resultan esenciales para la práctica de una partera. Inicialmente, estas competencias fueron desarrolladas por la ICM en 1999 y luego aprobadas por el Consejo de la ICM en 2002. Los enunciados referentes a la competencia fueron actualizados y aprobados en 2010 gracias a un esfuerzo conjunto de la ICM y la OMS. Las competencias comprenden una serie de conocimientos, destrezas, capacidades y conductas profesionales que constituyen el meollo de la práctica de las parteras plenamente calificadas, según las normas de la ICM. Los países pueden usar esta lista para orientar el desarrollo de programas de estudios destinados a armar cuadros de parteras profesionales.

El Módulo 5 ofrece un marco apropiado para un programa de educación en partería con base en la comunidad,

que se puede adaptar a las necesidades de cada país. El programa de estudios ofrece una serie de vías para la formación de las parteras, aprovechando las fortalezas ya existentes en el cuerpo de enfermeras profesionales, y además ofrece opciones de ingreso directo a la profesión de partería. El contenido del curso/módulo de estudios en partería será complementado con los requisitos de los cursos adicionales del programa de grado técnico o académico en el que se inserta el programa de partería. Quienes impartan los conocimientos sobre la teoría de la partería a los estudiantes de partería, y quienes les transmitan las destrezas clínicas de la profesión deben ser fundamentalmente parteras profesionales. Los expertos en los campos afines juegan también un importante papel de apoyo. El sexto módulo de la Caja de herramientas desarrolla los elementos básicos de la teoría y práctica educativa ya presentadas en el Módulo 5 para la preparación de las estudiantes de partería. Esos elementos se reflejan en un programa de estudios que prepara a parteras en ejercicio para capacitarlas como docentes efectivas en el salón de clases y en las instancias de la práctica clínica.

El Módulo 7 se concentra en los amplios beneficios que reciben las parteras cuando se supervisa su práctica clínica. Ofrece una guía detallada para introducir la supervisión en los servicios de maternidad. Se agregan también ejemplos de la introducción de la supervisión para otros asistentes de partos calificados.

El Módulo 8 ofrece directrices a aquellos individuos y gestores de sistemas de salud que deseen establecer mecanismos que promuevan un desarrollo profesional continuo. Presenta guías y herramientas de trabajo que se pueden incorporar dentro de un proceso de mejora continua. El noveno y último módulo de esta *Caja de herramientas para fortalecer la partería reconoce que algunos países no cuentan con las capacidades necesarias para preparar parteras profesionales inmediatamente en partería y por lo tanto sugiere algunas estrategias transitorias que guíen la construcción de capacidades del personal en partería*. El módulo hace hincapié en la colaboración que se debe dar entre los diferentes cuadros de prestadores de los servicios de salud, reconociendo y manifestando respeto hacia todos aquellos que contribuyen a dar un continuo de cuidados a las mujeres, sus recién nacidos y familias.

Brindar asistencia calificada a cada uno de los nacimientos constituye un componente esencial de los programas destinados a reducir la morbilidad materna y promover la salud reproductiva. La existencia de profesionales de la salud competentes que cuenten con destrezas específicas de partería - particularmente aquellas que salvan vidas - resulta fundamental si se quiere alcanzar los objetivos internacionales en cuanto a la salud materna y neonatal. La *Caja de herramientas para fortalecer la partería* se ofrece como un recurso destinado a parteras, asociaciones de parteras, y a los responsables de las políticas sanitarias y la programación de la salud en cada país, para ayudarlos a colocar a las parteras en el centro de su estrategia principal para hacer el embarazo más seguro y la salud reproductiva una realidad.

Finalmente, hay un anexo de la *Caja de herramientas para fortalecer la partería* que proporciona dos modelos de currícula. Uno de 18 meses post-enfermería y uno de 36 meses de entrada directa. Estos modelos fueron extraídos desde un amplio conjunto de materiales que pueden ser obtenidos del sitio web de la Confederación Internacional de Matronas.

Introducción

Esta Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas está dirigida a los responsables de las políticas, líderes de la profesión de partería y sus asociaciones, docentes de partería y gestores. La Caja de herramientas busca complementar los recursos generados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Parteras (ICM) en lo referente al papel de las parteras y de la partería como profesión.

La Caja de herramientas consiste en una compilación del trabajo de muchos colaboradores, demasiados como para mencionarlos individualmente. Cada uno de sus módulos fue desarrollado originalmente por un experto en el tema, para ser luego remitido a otros colegas que aportaron sus comentarios y sugerencias. Se recibió la contribución de muchos expertos internacionales en partería que trabajan en el campo de la formación de parteras y en la práctica clínica, particularmente en localidades con bajos recursos. Asimismo, esta Caja de herramientas recibió aportes de parteras y otros expertos de la especialidad que trabajan en sus políticas, legislación, investigación y evaluación, además de la OMS y otros socios. La versión final de esta Caja de herramientas representa el trabajo colaborativo de ICM y OMS.

La finalidad de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas para el fortalecimiento de la partería* es orientar a los países en el fortalecimiento de sus servicios de partería. En particular, pretende realzar los aportes que puedan hacer las parteras a los esfuerzos de los países en pos de una salud reproductiva para todos, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a la salud materna, neonatal y de la niñez, y lograr los objetivos más generales de una maternidad segura.

Módulo 1

Antecedentes



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

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

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

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

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

1.1 Introducción

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por fortalecer los servicios de partería se encuentra motivado por el reconocimiento de que una reducción eficaz y sostenible de la mortalidad, tanto de madres como de recién nacidos, requiere la presencia de personal sanitario equipado con toda una gama de destrezas de partería. Hay un permanente interés internacional por el papel de las parteras en las estrategias mundiales para la salud de la mujer.¹

En las últimas décadas se han hecho ingentes esfuerzos por examinar las intervenciones que demuestran ser eficaces, con el fin de mejorar los resultados de los embarazos y nacimientos. De este análisis ha surgido un claro consenso en que la asistencia por personal calificado de todos los nacimientos es un componente esencial de los programas dirigidos a reducir la morbilidad y mortalidad materna y a promover la salud reproductiva (Crowe et al., 2012). En todos los casos se concluyó que de no disponerse de trabajadores de la salud con formación y competencias específicas en partería, particularmente en procedimientos de urgencia en situaciones donde hay vidas en riesgo, no se podrá alcanzar las metas internacionales referentes a la salud materna y del recién nacido.

Son varios los tipos de profesionales que combinan las destrezas y capacidades que los habilitan para desempeñarse como asistentes de parto calificados (WHO, ICM, FIGO, 2004). Estos incluyen:

- Parteras que hayan sido formadas y que hayan recibido licencia para realizar un conjunto acordado de competencias;
- enfermeras que hayan adquirido determinadas destrezas seleccionadas en partería, ya sea como parte de su currículo de enfermería o a través de educación especial en partería luego de recibirse de enfermeras;
- médicos que hayan adquirido su competencia en algún punto de su formación antes del servicio, o postbásica;
- obstetras que se hayan especializado en el manejo médico y la atención del embarazo, el parto y las complicaciones relacionadas con el embarazo.

Es así que OMS se dedica a fortalecer el sistema sanitario para asegurar que todas las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a la atención de un profesional de la salud con capacitación en partería. Los enfoques estratégicos² buscan dar apoyo a los países en sus esfuerzos por acelerar los avances hacia la obtención de las metas de desarrollo internacionales y los objetivos referentes a la salud reproductiva (UN, 2000; OMS, 2004; OMS, 2006a).

¹ Es un hecho reconocido que en algunos países se adjudica un nombre diferente a quienes desempeñan la función y el papel de parteras, tal como surge de la definición internacional de *partera* citada más adelante en este módulo. Asimismo, en algunos países la partera (o su equivalente en ese país) puede desempeñar otras tareas además de las incluidas en la definición. Con fines de simplificación, a lo largo de todo este documento se utilizará el término *partera* para referirse a cualquier persona, sea cual sea su título, e independientemente de cuál haya sido su preparación formal y su habilitación, que cumpla con la definición de partera ICM internacional.

² El Grupo de Salud de la Familia, la Mujer y la Niñez, Departamento de Salud Saterna, Neonatal, Infantil y del Adolescente.

1.2 Finalidad de esta Caja de herramientas

Este conjunto de herramientas se concentra particularmente en el papel y la función de la partera profesional como centro de la prestación de servicios de calidad en el área de la salud sexual y reproductiva. Se han preparado guías para asistir a los Estados miembros al considerar las estrategias para fortalecer los servicios de partería. Estas directrices han sido desarrolladas por peritos en diversas áreas, recurriendo a las lecciones aprendidas de los países donde se ha logrado disponer de servicios de partería de calidad a los que todas las mujeres tienen acceso. Las directrices pueden servir para establecer o revisar los programas de partería de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada país.

En estas directrices se incluyen los componentes críticos para un abordaje estratégico que busca reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, así como promover la salud de la mujer durante toda su vida reproductiva. Estos componentes incluyen:

- La redefinición del papel de la partera (Módulos 2 y 4);
- el establecimiento de una legislación propicia y un marco de políticas para el ejercicio de la profesión (Módulo 2);
- la definición de las competencias esenciales para los profesionales clínicos y docentes, así como para el sistema sanitario, que sirva de soporte a una prestación eficaz de los servicios (Módulo 4);
- el establecimiento de normas que promuevan la calidad de los servicios de partería (Módulo 3);
- la actualización de los programas educativos para estudiantes y docentes, para responder a las necesidades de la comunidad (Módulos 5 y 6);
- el desarrollo de mecanismos para la supervisión de apoyo (Módulo 7) y la valoración de la competencia continua de las parteras en el curso de su vida profesional (Módulo 8);
- las propuestas alternativas que los países puedan considerar al crear capacidades para servicios de partería de calidad (Módulo 9).

Este documento de antecedentes refuerza la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*. Considera brevemente los conceptos de maternidad segura y salud reproductiva. Presenta un breve panorama histórico del desarrollo de la partería como una manera de “estar con las mujeres”. Brinda también un marco conceptual que coloca a las parteras en una posición central como prestadoras clave de servicios de maternidad, dentro del contexto de las políticas de sistemas sanitarios y de la infraestructura que cree un ambiente propicio para el ejercicio de partería. Luego se describe el contenido de los módulos específicos y se presentan las razones por las que se apoya la directriz. En el anexo se presenta una herramienta de valoración que se sugiere como un posible abordaje, a la hora de valorar el estado de la profesión de partería en un país, que lleve a identificar las prioridades de acción.

1.3 Conceptos de salud reproductiva y maternidad segura

1.3.1 - Salud reproductiva

La salud reproductiva de la mujer es un concepto que abarca su salud desde el nacimiento hasta la menopausia.

La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o patología, que abarca todos los aspectos vinculados al sistema reproductor y sus funciones y procesos. La salud reproductiva, por lo tanto, implica que los individuos sean capaces de tener una vida sexual segura y de su agrado, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si quieren hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de los hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar a su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y que les resulten aceptables. Asimismo, deben poder elegir otros métodos para regular la fertilidad que no colidan con la ley, y tienen el derecho a acceder a servicios de atención de la salud apropiados que permitan a las mujeres pasar por el embarazo y el parto de manera segura, y que le ofrezca a las parejas la mejor oportunidad de tener hijos sanos. En línea con la definición arriba descrita de salud reproductiva, se define la atención de la salud reproductiva como la constelación de métodos, técnicas y servicios que propendan a la salud y el bienestar reproductivo, evitando y resolviendo problemas de salud reproductiva. Abarca también la salud sexual, cuya finalidad es incrementar las relaciones vitales y personales y no meramente el asesoramiento y la atención vinculados a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.'

Fuente: Programa de Acción de la CIPD, 1994

1.3.2 - La situación de la mujer

La situación de las niñas, adolescentes y mujeres en la sociedad constituye un importante determinante de su salud reproductiva. Las niñas y mujeres en países carentes de recursos sufren un mayor riesgo en su salud reproductiva. En la mayoría de los países pobres las niñas son más propensas a padecer desnutrición ya desde la infancia temprana. Es frecuente que se las amamante durante períodos más breves que a los varones. En algunos casos, es inclusive posible que las niñas y las mujeres tengan que esperar hasta que los hombres y niños de la familia hayan comido, antes de que se les permita hacer lo propio.

Habitualmente las niñas tienen menos oportunidades educativas y muchas más responsabilidades en el hogar que los niños. Es frecuente que estén expuestas a violencia, tráfico y acoso sexual, lo que las puede llevar al embarazo durante la adolescencia y/o a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). En muchos países el matrimonio temprano y los embarazos adolescentes son moneda demasiado corriente. A menudo estos eventos marcan el final del período de educación formal de las niñas. Entrañan mayores riesgos para su salud, acarreando enfermedad y discapacidad a largo plazo, pudiendo inclusive culminar con la muerte de la madre y el niño. También es común que tengan embarazos frecuentes, especialmente en circunstancias en que la situación de la mujer a menudo depende de su capacidad de tener muchos hijos, especialmente varones. Las complicaciones del embarazo y el parto son

relativamente comunes, especialmente cuando las mujeres tienen mala salud ya desde antes y no han recibido una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el período postnatal. También es probable que las mujeres deban enfrentar riesgos si deciden evitar embarazos no deseados; soportan la mayor parte de la carga de la anticoncepción y a menudo tienen que soportar las complicaciones que afectan el aparato reproductor, particularmente ITS y cáncer (Filippi y col., 2006; Keleher y Franklin, 2008; Sciarra, 2009; OMS, 2005).

Todos los jóvenes, independientemente de su género, son particularmente vulnerables a los problemas de salud reproductiva, debido en parte a falta de información y a un acceso limitado o nulo a servicios tales como planificación familiar. La rápida diseminación del VIH/sida - particularmente entre las mujeres jóvenes - ha puesto de manifiesto su vulnerabilidad y la necesidad de transmitir mensajes educativos y sensibles que den respuesta a su situación, y la necesidad de ofrecerles tecnologías y servicios que les lleguen donde sea que vivan. También vuelve a demostrar la necesidad de atacar las inequidades de género existentes (UNICEF, 2006; Briones-Vozmediano et al., 2012).

A nivel de la sociedad sería imposible mejorar el estándar de vida de toda la población sin reducir las tasas de nacimientos. Por lo tanto, los servicios de planificación familiar son de fundamental importancia para toda la población, pero para alcanzar la aceptación de la población es esencial educarla. Para que las familias puedan sentir la tranquilidad de que sus hijos ya nacidos hayan de tener una buena probabilidad de sobrevivir, es preciso mejorar los servicios médicos, y en particular la atención de la madre y el niño. A nivel familiar, una cantidad excesiva de hijos empobrece a la familia y tiene un efecto deletéreo sobre la salud de la madre; empero, en algunos países la gente considera que es importante tener muchos hijos, como una especie de seguro social para la vejez de los padres. Además, el valor de una mujer depende de su capacidad de aportar hijos vivos a la sociedad, por lo que su fertilidad cobra gran importancia. Si se lograra mejorar los resultados del embarazo y el parto, sumado a otras medidas adecuadas de regulación de la fertilidad, educación de la salud y asesoramiento, se podría eliminar estas dicotomías y ayudar a las parejas a reducir el número de hijos.

La igualdad de género es fundamental para lograr las actuales metas internacionales vinculadas a la condición de la mujer (Tyer-Viola y Cesario, 2010; Diaz-Granados et al., 2011; Payne, 2012). Las Metas de Desarrollo del Milenio para mujeres y niños y el ejercicio de la partería como una profesión están inextricablemente relacionados con la situación de la mujer. Están vinculados no solamente porque la mayoría de las parteras son mujeres (situación consolidada en muchos países desde hace muchos años), sino también porque la partería como un arte y una ciencia apunta a trabajar con la mujer y atenderla durante el proceso de su vida que afecta fundamentalmente la salud de la mujer misma, aun cuando indirectamente también incida en las vidas de los hombres y de la sociedad toda, a un nivel más amplio. Desgraciadamente, en muchos países se dan factores políticos, sociales, culturales y religiosos que sumados a estereotipos de género impiden a las mujeres el libre acceso a los servicios de salud, además de limitar sus oportunidades educativas y económicas que redundarían en un mejoramiento de su condición socioeconómica.

Para poder eliminar la discriminación de género y empoderar a las mujeres hay que aumentar su influencia en decisiones clave que se tomen a nivel del hogar, en el lugar de trabajo y en la escena política (UNICEF, 2007). El empoderamiento de las mujeres fomentaría su capacidad de actuar como sus propias defensoras para alcanzar los cambios a cada uno de estos niveles de decisión, lo que a su vez llevaría a aumentar las oportunidades de la mujer para mejorar su propia salud y bienestar personal. Entre esas instancias se incluyen:

- Igual acceso a educación primaria para ellas mismas y para sus hijos, y en particular para sus hijas;

- acceso a servicios de salud que promuevan la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, planificación familiar, aborto legal, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual) (Grimes y col., 2006; Ahman y Shah, 2011);
- reducción de los riesgos a la salud personal (por ejemplo, riesgo de contraer VIH y sida por relaciones sexuales no protegidas);
- una mejor comprensión de las complicaciones del embarazo, parto, período postnatal y neonatal; a su vez aumento de la demanda de las mujeres por tener acceso a intervenciones que salven vidas mediante la derivación y el traslado en los casos en que eso sea necesario;
- promover la postergación del matrimonio y del primer embarazo;
- fortalecer el acceso y el control de los ingresos derivados de su propio trabajo, y aumentar la incidencia de la mujer al decidir en qué gastar los ingresos del hogar (por ejemplo, alimentos, servicios de atención de la salud preventivos y curativos);
- influir sobre el desarrollo de políticas que promuevan su acceso a atención obstétrica esencial y servicios similares que promuevan una maternidad segura, y que por lo tanto protejan a la mujer del riesgo de violencia, violación, tráfico y abuso, y de prácticas muy enraizadas en su cultura que resultan perniciosas para su salud (por ejemplo, ablación de los genitales femeninos) (Cook y Ngwena, 2006; Iyer, Sen y Östlin, 2008; Mbizvo y Zaidi, 2010; Meleis, 2005; OMS, 2005; Glasier y col., 2006).

1.3.3 - El concepto de maternidad segura

La maternidad segura es un componente central de la salud reproductiva. Muchos países han iniciado esfuerzos a nivel nacional o local para mejorar y extender los servicios de salud maternos y neonatales. Algunos países han hecho avances alentadores mejorando la salud reproductiva y particularmente los parámetros indicadores de salud materna y neonatal. Casi todos los países que han logrado un cierto éxito lo han hecho a través del fortalecimiento de las capacidades de aquellos que brindan servicios de partería y atención obstétrica de emergencia. En general, las mejoras en la salud materna y neonatal han ocurrido en los lugares donde las parteras recibieron cimientos firmes en su formación profesional, donde reciben un apoyo constante en su trabajo (supervisión de apoyo y educación continua), y donde se han instaurado sistemas eficaces que crean un ambiente de trabajo positivo para el ejercicio de la partería. Estos factores crean los vínculos y los mecanismos efectivos para la derivación de mujeres y recién nacidos con complicaciones, permitiéndoles recibir atención obstétrica y neonatal esencial integral en otros centros. Estos vínculos están descritos en la Figura 1.1, dentro del marco conceptual de servicios de salud de calidad, equitativos y asequibles.

La maternidad segura no es un mero concepto, sino que implica un compromiso y un conjunto de ideales. Eso hace que su definición esté en continua evolución, maleada por aquellos que intervienen en la deliberación sobre el concepto o actuando para lograr su avance. En 1994 la OMS promulgó una definición holística de la maternidad segura.

La maternidad segura propende a lograr un nivel óptimo de salud materna y neonatal. Implica la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y el mejoramiento de la salud de los recién nacidos a través del acceso equitativo a la atención primaria de la salud, lo que comprende planificación familiar, cuidados prenatales, del parto y postnatales para la madre y el recién nacido, y acceso a la atención obstétrica y neonatal esencial.

Fuente: OMS, 1994

La Iniciativa Mundial por una Maternidad Segura fue lanzada en una conferencia internacional en Nairobi, Kenia, en 1987, bajo los auspicios de la OMS, el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Desde entonces, las parteras han trabajado en colaboración con otros profesionales, organismos, gobiernos y comunidades en pos de las metas de maternidad segura, que incluyen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) aprobados por 189 países en el año 2000 (ONU, 2000; Lozano et al., 2011). Tres de estos ODM están directamente relacionados con la salud sexual y reproductiva.

- Mejoramiento de la salud materna;
- reducción de la mortalidad infantil;
- combate al VIH/sida, malaria y otras enfermedades.

Además, hay cuatro metas más que tienen una íntima relación con la salud, incluyendo la salud reproductiva:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre en las comunidades;
- conseguir una educación primaria universal;
- promover la igualdad de géneros y el empoderamiento de las mujeres;
- asegurar la sustentabilidad ambiental.

Es mucho lo que se ha aprendido sobre la complejidad de estos problemas y sobre las dificultades que conlleva la implementación de muchas de las estrategias orientadas a mejorar la salud reproductiva. Si bien se ha hecho algún avance, todavía falta mucho por lograr, particularmente en los países de menores recursos (Ekechi et al., 2012; Stanton y col., 2007). En 2005 la OMS formuló una estrategia para acelerar los avances hacia los ODM. La estrategia de la OMS está formulada sobre el principio rector de los derechos humanos, que específicamente incluye los derechos vinculados a la autodeterminación de los individuos con respecto a su salud sexual y reproductiva. Estos derechos humanos constituyen además la esencia de la maternidad segura. Durante una reunión de delegados en la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU en 2010, se analizaron y reafirmaron esas estrategias nuevamente.

A continuación se presenta un resumen de los fundamentos de la maternidad segura.

La maternidad segura abarca las acciones colectivas de familias, mujeres y hombres que procrean, profesionales de la salud que trabajan con mujeres, sistemas sanitarios, organismos gubernamentales, donantes y responsables de las políticas, para que emprendan acciones que promuevan la salud y bienestar de las mujeres y recién nacidos durante el período de procreación, incluyendo las intervenciones y políticas basadas en la evidencia dirigidas a impedir muertes y discapacidades innecesarias.

Fuente: Thompson, 2005

1.4 Breve historia de la partería. Papel actual de la partera en la salud materna, neonatal y reproductiva

La figura de la partera es muy antigua en la historia. Surgió de la experiencia de “estar con la mujer” en el parto, como un simple acto de cuidado y compasión, que caracterizaba la manera de ser femenina, independientemente de la cultura o el momento histórico. Posteriormente en la historia, en muchos países surgió un papel más estructurado, reflejando el desarrollo del concepto de gremio, con aprendices que se capacitaban para una determinada función y condición laboral. El papel de la partera y su función han ido evolucionando hasta la fecha, hasta llegar así a ser una profesión reconocida y respetada a nivel internacional. Las responsabilidades tradicionales de las parteras se han ampliado, abarcando el contexto más amplio de la salud reproductiva, consejería y educación. La partera también se ha transformado en diferentes momentos y lugares, según la necesidad, en gestora, investigadora, educadora y defensora de derechos. Su campo de acción ahora se ha ampliado, cubriendo más allá del embarazo y el parto, para abarcar temas tales como la salud reproductiva de la adolescente, planificación familiar y atención de la mujer menopáusica. Asimismo, las parteras brindan cuidados esenciales al recién nacido y cuidan de la salud de las comunidades en las que viven y a las que atienden.

Las siguientes secciones hacen un corto relato del desarrollo de la profesión de partería, analizando sucintamente ciertos factores que siguen obstaculizando la realización del pleno potencial de la partera en su rol de agente clave para una maternidad segura.

1.4.1 - La tradición de la partería en la antigüedad: aspectos de clase social y género

El concepto de la partera surge ya en las primeras escrituras judías y cristianas, donde se las denomina *mujeres sabias*. Las esculturas prehistóricas y los antiguos dibujos egipcios ilustran ya el trabajo de las parteras, un trabajo que fue vital para la supervivencia de las mujeres y los niños de sus épocas. Eran mujeres las encargadas de los cuidados de la salud y quienes sanaban. Mezclaban, preparaban y administraban hierbas y pociones (los primeros productos farmacéuticos) buscando la curación. El conocimiento y las habilidades de las parteras se transmitieron de generación en generación a través de sus aprendices.

Los griegos y los romanos fueron los primeros en aplicar las calificaciones de la práctica de la partería, exigiendo que todas las parteras tuvieran o hubieran tenido un hijo propio. Las escrituras de Hipócrates en el siglo V a. C. incluyen

una descripción del nacimiento normal. Se piensa que Hipócrates fue el primero en organizar y dar una educación formal a las parteras (Wright, 1999).

La literatura histórica de la partería sugiere que las parteras atendían los nacimientos normales, pero que en casos de emergencia tenían que llamar a un médico hombre (o sacerdote). Sorano de Éfeso, un médico del segundo siglo d.C., escribió un tratado de obstetricia dirigido a las parteras, instruyéndolas en técnicas para el manejo de las presentaciones dificultosas recurriendo a la versión interna del feto y su extracción en podálica. En aquella época las mujeres no escribían libros, no obstante lo cual los historiadores sugieren que el conocimiento obstétrico atribuido a médicos probablemente hubiera sido extraído de relatos de las parteras que aprendían el arte de la partería y sus habilidades de intervención en base a sus propias experiencias prácticas (Sorano, en Cutter y Viets, 1964).

Por importante que pueda haber sido este trabajo para la comunidad, no era necesariamente considerado una ocupación respetable; era un oficio que quedaba a cargo exclusivamente de las mujeres, pero rara vez intervenían las mujeres de clase alta o que gozaran de una situación elevada en su sociedad. Este estigma social se mantuvo hasta pasada la Edad Media, siendo la situación particularmente propiciada por la Iglesia católica, que prohibía a los hombres presenciar partos. En el mejor de los casos la partería era vista como una profesión impura y carente de atributos sagrados, y en el peor de los casos podía asociarse con la práctica de brujería. Las curanderas se convertían en el blanco de la caza de brujas, objeto de un programa de persecución despiadada que fue promovido por la Iglesia y apoyado por las autoridades, tanto clericales como seculares (Minkowski, 1992; Vann Sprecher y Karras, 2011).

En la antigüedad y en las sociedades primitivas, el trabajo de la partera tenía un aspecto tanto técnico o manual como mágico o místico. Por ende, la partera era algunas veces admirada, otras veces temida, o reconocida como líder de la sociedad, y algunas veces torturada y hasta se le daba muerte. La partera era conocedora y diestra en un área de la vida que resultaba todo un misterio para la mayoría de la gente. Al carecer las mujeres de una educación formal, la suposición general era que el poder de la partera debía provenir de fuentes sobrenaturales, tales como una alianza con el diablo. Durante la Edad Media, el frenesí de la caza de brujas promovida por la Iglesia y las autoridades civiles derivó en la muerte de varios millones de mujeres, y, entre ellas, muchas parteras y curanderas.

Fuente: Sullivan, 2002

1.4.2 - La tradición de la partería: desarrollo tecnológico y dominación del médico hombre en el ejercicio de la obstetricia

Hasta el siglo XV, los grabados y pinturas de la época solo ilustraban mujeres atendiendo los partos. El dúo hombre-partera aparece hacia el siglo XVII, en una época en la que la profesión médica, exclusivamente masculina, comienza a controlar el ejercicio de las artes de la curación. Barbara Ehrenreich y Deirde English, en su clásico tratado *Witches, Midwives and Nurses: A History of Midwifery* (1973) (*Brujas, parteras y enfermeras: historia de la partería*) documentan el surgimiento de la profesión médica masculina bajo la protección y el patronazgo de las clases dominantes.

La formación médica fue introducida en las artes y ciencias que se enseñaban en las universidades medievales, de las que se excluía a las mujeres. La situación general de la partería y su reputación se vieron afectadas aún más negativamente, sufriendo de una continua falta de organización y de reglamentación, con poco o ningún apoyo de su capacitación y el desarrollo.

A nivel mundial hubo ciertamente algunas excepciones. Por ejemplo, las parteras en Alemania tienen una larga tradición que se remonta al siglo XII. El primer contrato profesional entre una partera y una autoridad municipal data de 1381, cuando la ciudad de Nürnberg estableció un salario, beneficios de alojamiento y fiscales para las parteras que acordaran atender a las pobres de la ciudad. El primer código profesional de parteras data de 1452 y fue escrito específicamente para proteger a las parteras de los intentos de otros grupos por influir o controlar la profesión (Scheuermann, 1995).

Louise Bourgeois es una de las parteras más conocidas de la Edad Media, gracias a que fue la partera al servicio de la corte real francesa. Posiblemente se haya graduado de la escuela de parteras que se había establecido en el Hotel-Dieu en París en 1531. Es sabido que en 1598 aprobó un examen oficial que le otorgaba la licencia para ejercer la partería. Es autora de un libro de textos sobre partería ampliamente traducido a otros idiomas (Perkins, 1996; Dunn, 2004).

Madame du Coudray, que vivió y trabajó a mediados del siglo XVIII, viajó por toda Francia capacitando a parteras en nombre del regente de la época (Gelbart, 1998). Escribió su propio texto (*Abrégé de l'art des accouchements*, 1750) y construyó un maniquí de tamaño real para la enseñanza de la obstetricia. A lo largo de 30 años Madame du Coudray instruyó a más de 10.000 estudiantes.

Sin embargo estas mujeres son excepciones en el marco de la percepción generalmente negativa que prevalecía en la época en cuanto a la competencia de las mujeres curanderas en general y de las parteras en particular. De hecho, la historia de la partería en cada uno de estos países es un paralelo de lo que pasó en los siglos de la Edad Media, cuando la Iglesia y la dominación y el control masculinos provocaban muchos reveses, poniendo en muchas instancias palos en las ruedas contra los intentos de las parteras de alcanzar una situación laboral y profesional honorable.

La introducción del fórceps obstétrico, utilizado sólo por los obstetras-parteros de sexo masculino, incidió aún más negativamente en la situación de la partería. Se atribuye a la familia Chamberlain el invento del fórceps a mediados del siglo XVII, pero la familia lo mantuvo como un secreto familiar íntimamente protegido durante muchos años. William Smellie registró su uso en Francia casi un siglo más tarde. Luego de poner el fórceps a disposición de todos los profesionales parteros hombres –y casi para ninguna mujer–, se creó una clase exclusiva de profesionales que asistían partos, quienes comenzaron a disputar más sistemáticamente la figura de la partera, denostando su conocimiento (Cahill, 2001).

Entre los desarrollos del siglo XIX, se incluyeron los primeros esfuerzos pioneros en la anestesia obstétrica, específicamente con el uso del cloroformo (Simpson, 1990), sumado a avances en la comprensión de la función de la placenta y –algo importante– el abatimiento de la fiebre puerperal (Drife, 2002). Aun así, sin demasiado acceso a la educación, en términos generales se privó a la partera de cualquier oportunidad de beneficiarse de los conocimientos recientes, creando una distancia social y económica aún mayor entre los parteros médicos hombres y las profesionales mujeres dedicadas al arte de la partería (Loudon, 2008; Allotey, 2011).

1.4.3 - La tradición actual de la partería: temas del ejercicio de la profesión

La partería como profesión tiene sus orígenes en el siglo XVII, época en la que algunos países europeos como Suecia, Francia, Bélgica y los Países Bajos comenzaron a reconocer que las asistentes de parto tradicionales necesitaban una educación especializada, asistencia en el desarrollo de sus habilidades y una supervisión apropiada. Otros países europeos, como el Reino Unido siguieron esa tendencia más adelante, ya en el siglo XIX y principios del siglo XX.

Aquí se abrieron oportunidades educativas para las mujeres. Por toda Europa se crearon institutos de partería, y por extensión el proceso también se dio en las naciones en desarrollo (Summers, 2000) (por ejemplo, la Sala Nightingale, Hospital King's College, Londres, 1862). Fue entonces que se desarrolló y se comenzó a aplicar ampliamente la reglamentación del ejercicio de la partería, en el interés de elevar los estándares de la educación y el ejercicio de la profesión (Stevens, 2002).

Las historias que narran el surgimiento de la partería en muchas naciones (fundamentalmente occidentales) invariablemente incluyen comentarios sobre la evolución, desde el modelo de aprendices para prepararse para el oficio, hasta el reconocimiento actual de la necesidad de tener cimientos educativos más formales para el ejercicio de la labor. Sin embargo, estas mismas historias reflejan la importancia de la retención de ciertos aspectos del contexto social y cultural de la práctica de la partería, oponiéndose a la transformación plena de su ejercicio en el modelo biométrico de servicios de atención de la salud obstétrica (Armstrong, 2005; Temmar y col., 2006; Woods, 2007; Loudon, 2008).

A comienzos de siglo y en el nuevo milenio, la profesión de partera ha surgido en muchas naciones como una profesión autónoma separada de otras profesiones, aun cuando en muchos países está ligada –conceptualmente y en la práctica– tanto a la enfermería como a la medicina (Dawley, 2002). En muchas otras naciones (las menos desarrolladas y varias naciones asiáticas) la partería sigue luchando contra los desafíos inherentes al cambio de concepciones, expectativas y valores requeridos para modificar un paradigma cultural tradicional. La partería sigue siendo una ocupación o un oficio, y todavía tiene que alcanzar su identidad profesional.

La Confederación Internacional de Parteras (ICM), fundada en 1919, actualmente constituye una federación de asociaciones de partería de 98 naciones a nivel mundial. La ICM y sus asociaciones miembros representan los esfuerzos organizados de las parteras en los diferentes países para hablar por ellas mismas sobre los temas que afectan a su ocupación y profesión y para que puedan manifestarse con una voz unificada sobre los asuntos que afectan la salud de las mujeres, familias y comunidades. Esto incluye la defensa del desarrollo de estrategias de salud nacionales en todos los países, las que darían a las parteras y a los médicos papeles complementarios en la atención de la maternidad, así como una participación equitativa en la definición de las políticas de salud pública (Högberg, 2004).

1.5 Definición internacional de partería

La definición de una partera formulada a continuación fue adoptada por la Confederación Internacional de Parteras (ICM) en 2011. Describe el amplio campo de aplicación del ejercicio de partería y las condiciones en las que la partera presta sus servicios de cuidado de la maternidad.

Definición Internacional de la Partera

“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, el cual está debidamente reconocido por el país en el que se encuentra; y que está basado en las Competencias Esenciales de ICM para la práctica básica de la partería y en el marco de los estándares mundiales de ICM para la educación de la partería; quien ha cumplido los requisitos de calificación para ser registrada y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia y usar el título “matrona”; y quien ha demostrado competencias en la práctica de la partería.

Foco de la práctica

La partera es reconocida como una profesional responsable que trabaja junto a las mujeres para darles su apoyo, cuidados y el asesoramiento necesario durante el embarazo, el trabajo de parto y el período puerperal, para conducir los partos bajo su propia responsabilidad y brindar los cuidados del recién nacido y el lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La partera también tiene una importante tarea en el asesoramiento y educación sobre temas de la salud, no sólo de las mujeres sino también de la familia y la sociedad. Este trabajo debería comprender la educación prenatal y la preparación de la pareja para ser padres, y puede ampliarse para cubrir la salud general de la mujer, y su salud sexual y reproductiva y los cuidados del niño.

Una partera puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo el hogar, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.

Fuente: ICM, 2011

1.6 Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas

1.6.1 - Módulo 1: Fortalecimiento de los servicios de partería: documentos de antecedentes

Este módulo introductorio pretende destacar el lugar de las parteras y de la profesión de partería en el contexto de las estrategias mundiales para mejorar los cuidados maternos y las condiciones de la mujer. La información actual sobre la mortalidad materna en el mundo indica que la razón de mortalidad materna en las regiones en desarrollo es 15 veces superior a la de los países desarrollados. El riesgo de que una mujer muera como resultado de un embarazo o del parto durante el curso de su vida es alrededor de 1 en 39 entre las mujeres del África Subsahariana, en contraste con 1 en 3800 entre mujeres en los países desarrollados. Las inequidades en el riesgo de muerte materna se dan no sólo en cuanto a la región geográfica, sino también en cuanto a la causa de muerte (Kahn y col., 2006; Ronsmans y Graham, 2006; Hogan et al., 2010; Abouzahr, 2011; WHO/UNICEF/UNFPA/ World Bank, 2012). Las mujeres mueren

fundamentalmente en torno al trabajo de parto, el parto y el período postparto inmediato. En los últimos tiempos también se ha prestado atención a las condiciones del recién nacido y el impacto que tiene la mortalidad neonatal sobre la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años (Lawn y col., 2009; Lawn et al., 2012).

El papel de los asistentes calificados para reducir estas estadísticas sumamente indeseables ha quedado claramente demostrado en varios países en desarrollo que han logrado reducir sus tasas en el curso de varias décadas (Hogan y col., 2010). Estos logros se han atribuido en gran parte a:

- La elevación de la educación de las parteras;
- la promoción de los nacimientos institucionales y el apoyo a los sistemas que incentiven la derivación y el traslado a estas dependencias;
- el desarrollo de un sistema de apoyo para la atención de la maternidad que incluya la reglamentación, el control y la supervisión de las profesiones médica y de partería.

Las causas directas principales de muerte materna (hemorragia, enfermedad hipertensiva, sepsis e infección, trabajo de parto obstruido y aborto inseguro) siguen siendo causas para las que se dispone de intervenciones eficaces para las urgencias en que pelagra la vida (Ronsmans y Graham, 2006). Por lo tanto, las parteras y otros asistentes de partos calificados juegan un papel fundamental en cualquier esfuerzo para seguir reduciendo estas tasas indeseables de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

En los diferentes módulos se ofrecen guías para los países sobre las maneras en que se puede promover y mejorar el papel de las enfermeras como prestadoras esenciales de atención calificada dentro de un ambiente propicio de cuidados. Cada módulo está dedicado a un elemento distinto que debe fortalecerse para poder tener un cuadro de parteras competentes plenamente calificadas. Todos incluyen una serie de listas de verificación o una guía de evaluación sencilla y rápida destinada a ayudar a aquellos responsables de fortalecer la partería o a aquellos que simplemente están buscando ideas de dónde comenzar. El anexo del documento de antecedentes (Módulo 1) ofrece una lista de verificaciones con la que se puede hacer una evaluación rápida de la situación (*health-check*) para la partería. Esta rápida evaluación puede ser realizada por un grupo pequeño de líderes de partería; o se puede completar individualmente, para luego reunirse a compartir ideas y buscar un consenso. La evaluación serviría de puntapié inicial para la elaboración de un cronograma para la creación de un plan de acción de 'fortalecimiento de la partería'. El *health-check* ayudará a identificar ágilmente las áreas donde haya que trabajar. Los criterios utilizados para esta rápida evaluación han sido elaborados gracias a los aportes de una gran serie de líderes profesionales en el campo de políticas, educación y gerenciamiento, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

1.6.2 - Módulo 2: Legislación y regulación de la partería: haciendo posible la maternidad segura

Es esencial contar con una legislación y reglamentación efectivas de la partería que permitan una práctica de calidad y mejores estándares de cuidado. Este módulo considera la finalidad de la legislación para la partería, resume los requisitos para establecer un organismo rector para las parteras y describe sus principales funciones. Incorpora además un examen de la legislación general que incide sobre la legislación de partería y la salud reproductiva, incluyendo la legislación concerniente a la discriminación de género. Finalmente, brinda información para ayudar a aquellos involucrados en la formulación o reforma de la legislación que regula la formación y el ejercicio de la partería. La lista

de verificaciones que se presenta en el anexo de este módulo subraya los elementos esenciales de una legislación de apoyo en un ambiente regulatorio que permitiría a las parteras y a otros trabajadores capacitados ejercer plenamente según su competencia, en el contexto de las necesidades específicas de cada país, en pos de una maternidad segura.

1.6.3 - Módulo 3: Desarrollo de normas para mejorar el ejercicio de la partería

Este módulo analiza la finalidad de las normas destinadas a mejorar la calidad de la prestación de los servicios que apuntan a obtener cuidados de salud de alta calidad. Se presenta un proceso pormenorizado para evaluar la necesidad de una norma que guíe el desarrollo de programas educativos para partería y el proceso de prestación de servicios de salud, para luego pasar a lograr el desarrollo, la aplicación y el seguimiento de dicha norma. La finalidad conceptual y el proceso de definición normativa están ligados a las normas de atención clínica ya desarrolladas y publicadas por OMS. La lista de verificación que se ofrece en el anexo del Módulo 3 es una herramienta de auditoría que puede servir para evaluar el desempeño de los cuidados clínicos, comparándolos con las normas establecidas.

1.6.4 Módulo 4: Competencias para el ejercicio de la partería

Las competencias esenciales para la práctica de la partería que se refieren en este módulo fueron desarrolladas por la Confederación Internacional de Parteras en 1999; fueron aprobadas por el Consejo de ICM en 2002, y actualizadas en 2010. La definición de las competencias surgió de un amplio proceso de consulta mundial, un estudio científico detallado de Delphi que logró un consenso para ciertas declaraciones específicas en cuanto a las tareas, una prueba de campo realizada en 17 países (2002), y una encuesta a las asociaciones que integran la ICM de 88 países (2010), quienes afirmaron la factibilidad global y la importancia en la práctica. Esas competencias respondían la pregunta “¿Qué es capaz de hacer una partera?” Las competencias abarcan las necesidades de las mujeres y los recién nacidos a lo largo del embarazo, el parto y el período postnatal e incluyen destrezas cruciales para situaciones de urgencia donde están en riesgo vidas. También abordan el papel de la partera para contribuir a la salud y el bienestar de la comunidad a la que atienden. Las competencias pretenden:

- Servir de base para elaborar un programa para la formación de parteras;
- dar instrucciones claras a las parteras sobre las competencias que necesitan para cumplir con su papel y sus responsabilidades al ejercer la profesión;
- dar instrucciones claras a los docentes sobre los conocimientos y destrezas esenciales para una partera;
- suministrar información a los gobiernos y otros responsables de tomar decisiones, ya que es frecuente que necesiten comprender mejor qué hace una partera y cómo debe ser su preparación para ejercer.

El documento de competencias de la ICM puede ser obtenido desde el sitio web de ICM; no está incluido como un anexo en este módulo. Se provee un vínculo web

1.6.5 - Módulo 5: Desarrollo de un currículo: directrices para los programas de formación de parteras

Este módulo ofrece un marco para la educación de las parteras que cada país puede adaptar según sus necesidades. El marco propone un programa educativo que prepara matronas para proveer servicios en comunidades urbanas y

rurales, dado que la evidencia ha demostrado que cuando las parteras trabajan con base en la comunidad realmente pueden hacer una diferencia en la salud reproductiva, particularmente en los países y comunidades donde la infraestructura de los cuidados de la salud está menos desarrollada, y donde hay diferencias en el acceso a la atención como resultado de las diferencias en la distribución de la riqueza (y col., 2006; Montagu et al., 2011). Se incluye algo de experiencia clínica en enseñanza y hospitales de referencia, porque las estudiantes de partería deben aprender a reconocer y manejar las complicaciones eficazmente y ser competentes en procedimientos de urgencia. El programa educativo se basa en competencias, haciendo que las estudiantes intervengan en su propio aprendizaje a lo largo del programa de formación y capacitación. El modelo de currícula y los documentos guía se incluyen como un anexo al documento *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*, más que en este módulo específico.

1.6.6 - Módulo 6: Elaboración de programas eficaces para preparar a docentes de partería

Es esencial contar con un número suficiente de profesores de partería bien preparados que sean también competentes en la práctica de la partería, para lograr una formación y capacitación efectiva de las parteras. Desgraciadamente, en muchos países en desarrollo hay una grave escasez de docentes preparados. Esto significa que los instructores de parteras a menudo son otros profesionales que no tienen una cabal comprensión de la partería, de su filosofía o su cultura, o de los roles y responsabilidades de una partera, y no son profesionales calificados de partería. Como consecuencia, no siempre se ha comprendido bien la partería; en algunos países las graduadas de partería no adquieren todas las competencias necesarias y tal vez tampoco cuentan con fundamentos sólidos de ética profesional de partería. Este módulo analiza los elementos básicos de una teoría y práctica educativa sólida que se aplica tanto a la preparación de las estudiantes que ingresen al ejercicio de la profesión (Módulo 5), como a la preparación de parteras que ya ejercen, para que pasen a ser docentes eficaces en el salón de clase y en las instancias de la práctica clínica. Entre las recomendaciones referentes al contenido del programa de formación de docentes se incluye el desarrollo de la enseñanza de un currículo, con estrategias pedagógicas y métodos de evaluación eficaces. Se incluye una serie de opciones de programas para la formación de profesoras de partería que aprovecha recursos compartidos tanto dentro de cada país como entre los países. En el anexo se incluye una lista de verificación de autoevaluación, para determinar la competencia de los docentes de partería.

1.6.7 - Módulo 7: Supervisión de las parteras

En general las parteras trabajan de manera independiente, y a menudo lo hacen en situaciones difíciles. El apoyo que los supervisores ofrezcan a las parteras les resulta sumamente positivo tanto para ellas como para las madres y sus bebés, y existen evidencias de que las parteras aprecian ese apoyo. Las parteras están capacitadas para brindar un mayor nivel de atención cuando se les da herramientas, y se las desarrolla y empodera. El papel del supervisor (la supervisora) abarca el seguimiento del trabajo de las parteras para asegurar que se mantengan las normas de seguridad y para fomentar un desarrollo educativo personal continuo. La función de los supervisores es estar disponibles para asesorar y orientar a las parteras en temas relacionados con su práctica; mediante este servicio los supervisores contribuyen a velar por la protección de las madres y bebés.

Este módulo analiza los beneficios más amplios de la supervisión. Ofrece una guía que describe paso a paso cómo introducir la supervisión en los servicios de maternidad. También se incluye un ejemplo de la introducción de la supervisión para otros cuadros de asistentes de parto calificados. En el anexo se presenta una lista de verificación para la tarea de supervisión.

1.6.8 - Módulo 8: Seguimiento y valoración de la competencia continua para el ejercicio de la partería

La evidencia que constituye la base de la alta calidad de los cuidados clínicos está en constante evolución. Para garantizar que se mantenga siempre la competencia para el ejercicio de la profesión, es preciso que cada profesional se involucre individualmente en un proceso constante de investigación y aprendizaje que ha de durar toda su vida. Este compromiso está en línea con la ética que representa los cimientos mismos del ejercicio profesional de la partería. Sin embargo, en los países de menores ingresos, donde tal vez las parteras tengan que trabajar en comunidades geográficamente remotas, lejos de los centros educativos y con acceso limitado a los recursos que hoy en día están disponibles en forma electrónica (Internet), frecuentemente su acceso a la información se encuentra aún restringido. Es posible que estas profesionales que trabajan en la comunidad lo tengan que hacer con poca supervisión y poco apoyo de otros colegas o de supervisores, por lo que adolecen de la posibilidad de reflexionar sobre la manera como uno mismo trabaja confrontando su labor con los estándares de práctica establecidos. Este módulo ofrece directrices para los individuos y para los gestores de sistemas de salud que deseen establecer mecanismos para promover la continuidad del desarrollo profesional y del proceso de mejora de la calidad. Actualmente hay dos herramientas que se desarrollaron para permitir una valoración individual y de los colegas o supervisores, como manera de evaluar la competencia continua de la práctica de la partería. Dichas herramientas se basan en *Essential Competencies for Midwifery Practice* de la ICM (ver módulo 4), y se pueden adaptar de modo tal de reflejar las competencias particulares necesarias, según la situación específica de los diferentes países.

1.6.9 - Módulo 9. Desarrollo de la capacidad de partería para la promoción de la salud materna y neonatal

El módulo final de esta *Caja de herramientas* ofrece alternativas que los países pueden considerar como estrategias provisorias mientras desarrollan su propia capacidad para el personal de partería. Ambas estrategias se asemejan, en el sentido de que definen el reclutamiento de trabajadores de la salud y distribuyen cargos en dependencias de salud en la comunidad, luego de haberles impartido una preparación adicional en habilidades en partería seleccionadas, y en particular en competencias que salvan vidas (Fauveau, 2006; Koblinsky y col., 2006; OMS, 2006 a, b). Este módulo también propone estrategias para gestionar el reclutamiento de nuevos aspirantes a la profesión y para retener a las parteras, contrarrestando el efecto adverso de la migración internacional de los integrantes de la fuerza laboral de la salud. En el anexo se presenta una herramienta de capacidad para valorar el grado de desarrollo de la o las asociaciones de partería del país

1.7 Referencias

- Abouzahr C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion?. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):117-128.
- Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(2):121-126.
- Armstrong F. The fight to care. *Australian Nursing Journal* 2005; 13(5):12-15.
- Allotey JC. English midwives' responses to the medicalization of childbirth (1671 – 1795). *Midwifery* 2011; 27(4):532-538.
- Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy* 2012; 106(1):88-96.
- Cahill H. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *J Advanced Nursing* 2001; 33(3):334-342.
- Cook RJ, Ngwena CG. Women's access to health care: the legal framework. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 94(3):216-225.
- Crowe S, Utley M, Costello A, Pagel C. How many births in sub-Saharan Africa and South Asia will not be attended by a skilled birth attendant between 2011 and 2015?. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12;4
- Dawley K. Perspectives on the past, view of the present: relationship between midwifery and nursing in the United States. *Nursing Clinics North America* 2002; 37(4):747-755.
- Diaz-Granados N, Pitzul KB, Dorado LM, Wang F, McDermott S, Rondon MB et al. Monitoring gender equity in health using gender-sensitive indicators: a cross-national study. *J Womens Health* 2011 Jan; 20(1):145-153.
- Drife J. The start of life: a history of obstetrics. *Postgrad Med* 2002; 78:311-315.
- Dunn PM. Louise Bourgeois (1563-1636): royal midwife of France. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89:185-187.
- Ehrenreich B, English D. *Witches, Midwives, and Nurses: a history of Women Healers*. The Feminist Press, New York; 1973.
- Ekechi C, Wolman Y, de Bernis L. Maternal and Newborn Health Road Maps: a review of progress in 33 sub-Saharan African countries, 2008–2009. *Reproductive Health Matters* 2012; 20(39):164-168.
- Fauveau V. . Strategies for reducing maternal mortality. *Lancet*, 2006; 368:2121-2122.
- Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet* 2006; 368:1535-1541.
- Gelbart N. *The King's Midwife: a history and Mystery of Madame du Coudray*. Berkeley: University of California; 1998.
- Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 2006; 368:1595-1607.
- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368:1908-1919.
- Hardee K, Gay J, Blanc AK. Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global Public Health* 2012; 7(6):603-617.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375(9726):1609-1623.

- Högberg U. The decline in maternal mortality in Sweden: the role of community midwifery. *Am J Public Health* 2004; 94 (8):1312-1320.
- International Confederation of Midwives. Position statement: Midwifery: an autonomous profession. The Hague: ICM; 2005.
- International Confederation of Midwives. Position statement: Definition of the Midwife. The Hague: ICM; 2011.
- Iyer A, Sen G, Östlin P. The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health* 2008; 2 (S1):13-24.
- Kahn KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- Keleher H, Franklin L. Changing gendered norms about women and girls at the level of household and community: a review of the evidence. *Global Public Health* 2008; 3(S1):42-57.
- Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; 368:1377-1386.
- Lawn JE, Lee AC, Kinney M, Sibley L, Carlo WA, Paul VK. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why and what can be done?. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 108 (Suppl 1): S5-18, S19.
- Lawn JE, Kinney MV, Black RE, Pitt C, Cousens S, Kerber K et al., Newborn survival: a multi-country analysis of a decade of change. *Health Policy Plan* 2012; 27 (Suppl 3): iii6-28.
- Loudon I. General practitioners and obstetrics: a brief history. *J R Soc Med* 2008; 101(11): 531-535.
- Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajarantnam JK, Naghavi M, Marcus JR et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011; 278(9797):1139-1165.
- Mbizvo MT, Zaidi S. Addressing critical gaps in achieving universal access to sexual and reproductive health (SRH): the case for improving adolescent SRH, preventing unsafe abortion, and enhancing linkages between SRH and HIV interventions. *Int J Gynaecol Obstet* 2010 Jul; 110 (Suppl): S3-6.
- Meleis A. Safe womanhood is not safe motherhood: policy implications. *Health Care Women Int* 2005; 26:464-471.
- Minkowski W. Women healers of the middle ages: selected aspects of their history. *Am J Public Health* 1992; 82(2): 288-295.
- Montagu D, Yarney G, Visconti A, Harding A, Yoong J. Where do poor women in developing countries give birth?: a multi-country analysis of demographic and health survey data. *PLoS One* 2011; 6(2), pp.e17155. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0017155> [Acceso 13 de marzo de 2013]
- Payne S. An elusive goal?: gender equity and gender equality in health policy. *Gesundheitswesen* 2012; 74(4):e19-24.
- Perkins W. Midwifery and medicine in early modern France: Louise Bougeois. Exeter: University of Exeter; 1996.
- Ronsmans C, Graham W. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368:1189-1200.
- Sciarra JJ. Global issues in women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 104(1):77-79.
- Scheuermann K. Midwifery in Germany: its past and present. *J Nurse-Midwifery* 1995; 40(5):438-447.
- Simpson D. Simpson and "the discovery of chloroform." *Scottish Medical J* 1990; 35(4):149-153.
- Soranus' Gynecology. Translated with an introduction by Owsei Temkin, with the assistance of Eastman N, Elderstein L, Guttmacher A. Baltimore. 1956, as cited in: Cutter I, Viets H. *A Short History of Midwifery*. Philadelphia: Saunders; 1964.

Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosocial Science* 2007; 39(1):109-120.

Stevens R. The Midwives Act 1902: an historical landmark. *RCM Midwives J* 2002; 5(11):370-371.

Sullivan N. A short history of midwifery 2002. Disponible en: <http://midwifeinfo.com/articles/a-short-history-of-midwifery> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Summers A. A different start: midwifery in South Australia 1836-1920. *Int History Nursing J* 2000; 5(3):51-57.

Temmar F, Vissandjée B, Hatem M, Apale A, Kobluk D. Midwives in Morocco: seeking recognition as skilled partners in women-centred maternity care. *Reproductive Health Matters* 2006; 14(27):83-90.

Thompson J. International policies for achieving safe motherhood: Women's lives in the balance. *Health Care Women Int* 2005; 26:472-483.

Tyer-Viola LA, Desario SK. Addressing poverty, education, and gender equality to improve the health of women worldwide. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 39(5):580-589.

UNICEF. The State of the World's Children 2007: Women and children: the double dividend of gender equality. NY: UNICEF; 2007. Disponible en: <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

United Nations. Program of Action of the United Nations International Conference on Population and Development, New York, 1994. New York: UN; 1994. 1004, Section 7.2.

United Nations. The Millennium Development Goals. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Vann Sprecher T, Karras RM. The midwife and the church: ecclesiastical regulation of midwives in Brie, 1499–1504. *Bull History Med* 2011; 85(2): 171-192.

World Health Organization, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: statement Geneva: WHO; 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591692.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013].

World Health Organization. Position paper: definition of safe motherhood. Geneva: WHO; 1994.

World Health Organization. Strategy to accelerate progress toward the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reproductive Health Matters* 2004; 13(5):11-18.

World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and baby count. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013].

World Health Organization. Making a difference in countries: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/strategic_approach_eng.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

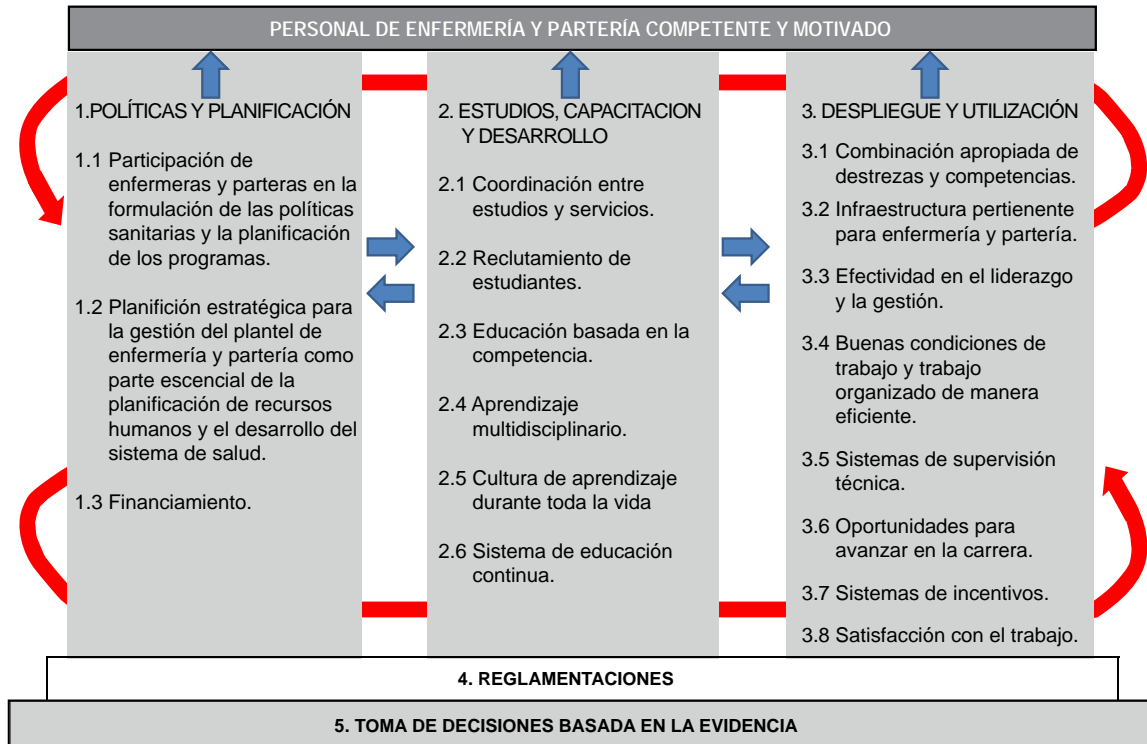
World Health Organization. The world Health Report 2006: Working together for health. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990-2010. Geneva:WHO; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Woods R. Lying-in and laying-out: fetal health and the contribution of midwifery. *Bull History Med* 2007; 81(4): 730-759.

Wright D. A brief history of midwifery: excerpted from an unpublished work: author unknown. 1999. Disponible en: http://www.shef.ac.uk/~nmhuk/midwife/timeline_midwifetimeline.html [Acceso octubre de 2007]

Figura 1.1: Marco conceptual de los servicios de salud de calidad, equitativos y accesibles



Anexo 1.1: Enfoque de evaluación rápida para identificar la necesidad de fortalecimiento de la partería a nivel nacional

Estado actual	0	1	2	3
1. Se cuenta con reglas/ legislación vigentes que enmarcan/definen la habilitación para el ejercicio de la partería.	No hay legislación referente a la habilitación para ejercer la partería.	Hay reglas pero no se aplican.	Se aplican reglas para regular la habilitación del ejercicio de la partería pero se las considera ineficaces.	Existe la habilitación para ejercer la partería tal como lo define ICM “definición de la partera” y se considera que está funcionando bien.
2. Existe un procedimiento para la renovación de la licencia que promueve el mantenimiento de la competencia continua.	No existe ningún procedimiento de renovación de licencia.	Existe un procedimiento de renovación de licencia pero no está vinculado a la demostración de competencia para ejercer.	Se están elaborando o implementando planes para asegurar que haya procedimientos de renovación de licencia ligados a la práctica competente.	Hay un procedimiento de renovación de licencia y está vinculado a la competencia continua para ejercer. El procedimiento está funcionando y se lo evalúa como efectivo.
3. Se ha desarrollado un programa de estudios para parteras y éste se basa en necesidades específicas del país (“adecuado para su propósito”).	No se han establecido normas centrales para los programas de estudios de parteras.	Se han establecido normas para los programas de estudios de parteras a nivel central, pero no existe evidencia que satisfagan las necesidades actuales del país.	Las normas curriculares han sido revisadas y están en línea con el concepto de idoneidad para su propósito; empero, se está a la espera de su aprobación o aplicación.	Se han establecido normas curriculares a nivel centrales basadas en la idoneidad para el propósito; están actualizadas, y se aplican. Se las revisa de manera regular.
4. Se han establecido normas basadas en la evidencia (BE) para el ejercicio de la partería (basadas en la competencia).	No se han establecido normas BE para la atención integral en partería.	No se han desarrollado normas BE o no existe ningún sistema para reglamentar la actualización o las auditorías.	Actualmente se están desarrollando/ aplicando normas BE.	Existen normas BE y se las audita periódicamente; se emprenden acciones en base a los hallazgos de las auditorías.
5. Se evalúan las áreas donde hacen la práctica clínica las parteras y las estudiantes para determinar si prestan servicios de calidad (cuidados definidos según estándares basados en la evidencia) y se comprueba si sirven para ofrecer a las estudiantes la experiencia clínica apropiada para adquirir competencia en partería.	No se ha hecho ninguna evaluación de las áreas clínicas.	Las áreas clínicas no ofrecen cuidado de calidad, o las experiencias requeridas para desarrollar una práctica de partería competente.	Las áreas clínicas han sido evaluadas; se brindan atención integral de partería de calidad. Empero, las áreas no ofrecen todas las experiencias requeridas para desarrollar competencia.	Las áreas clínicas ofrecen atención integral de partería de calidad y todas las experiencias que necesitan las estudiantes de partería, incluyendo una supervisión de apoyo a las estudiantes.

Cont. Anexo 1.1: Enfoque de evaluación rápida para identificar la necesidad de fortalecimiento de la partería a nivel nacional

Estado actual	0	1	2	3
6. Se han establecido normas para determinar la dotación de parteras que se necesita en cada distrito.	No se han establecido normas para los distritos, o a nivel de los distritos no se conocen las normas para las parteras.	Se están fijando normas de personal, pero la dotación actual en el lugar es inferior a la que necesitan para atender las necesidades de madres y recién nacidos en el distrito/país.	Se está elaborando o revisando un plan nacional para fijar las normas requeridas para satisfacer las actuales necesidades.	Se han establecido normas y se las está cumpliendo en todos los distritos, y solo hay déficits mínimos de personal de partería en algunas áreas.
7. Se conoce el número de parteras en puestos clínicos (tanto públicos como privados) y se las mapea según su lugar de trabajo real.	En los últimos tiempos no se ha mapeado el número de parteras en ejercicio. No se sabe realmente cuántas parteras están trabajando actualmente (incluyendo la práctica privada).	Se conoce el número de parteras en la práctica clínica, pero hay muchos cargos vacantes y no hay ningún plan realista instalado para subsanar los déficits.	Se está mapeando el número de parteras en la práctica clínica como parte de un plan nacional para atender las necesidades y subsanar los déficits.	Se dispone de un mapa realista de todas las parteras y ese mapa es conocido a nivel nacional y de distritos. Se están haciendo esfuerzos especiales para atender las necesidades de cargos vacantes de larga data difíciles de llenar.
8. Se dispone de suficientes docentes de partería según las normas establecidas para la relación estudiante - docente (R E: D).	No se han acordado normas R E: D, o las existentes no son realistas.	Se ha establecido una R E: D realista, pero no se la aplica en la mayoría de las áreas.	Se está elaborando un plan para subsanar los déficits de docentes de partería; ese plan se basa en una R E: D realista.	Se ha establecido una R E: D realista, y se la aplica en la mayoría de las áreas.
9. Hay un programa para la preparación de las parteras en funcionamiento para garantizar que los docentes de parteras sean competentes en todos los aspectos de la práctica y la formación de las parteras, incluyendo estrategias pedagógicas y de aprendizaje, y han sido adecuadamente preparados para sus cargos.	No se ha determinado el número de cargos docentes de parteras necesarios, y/o los cargos de docentes de parteras no se asignan en base a si han completado exitosamente un programa de preparación de profesores especialistas/ cursos de formación.	Muy pocos docentes de partería han recibido capacitación y han sido evaluados como competentes en todos los aspectos de partería, así como competentes para enseñar.	Se está elaborando/ aplicando un plan para garantizar que todos los docentes de partería sean competentes como para enseñar la materia.	Todos los docentes de partería completaron con éxito su preparación en la especialidad como docentes de partería.
10. Existen recursos para la enseñanza y el aprendizaje (E y A).	No hay recursos para E y A en todas las escuelas o centros de formación de partería.	En la mayoría de los centros hay recursos limitados para E y A pero la mayoría están desactualizados.	En el país existen planes para desarrollar material para E y A de calidad apropiada, para que esté disponible en todos los centros.	En el país hay material para E y A suficiente, variado y de calidad apropiada, y está disponible y en uso en todos los centros.

Cont. Anexo 1.1: Enfoque de evaluación rápida para identificar la necesidad de fortalecimiento de la partería a nivel nacional

Estado actual	0	1	2	3
11. Se han hecho las descripciones de los cargos a todos los niveles de servicio (incluyendo la comunidad); se los actualiza/revisa periódicamente, e incluyen declaraciones sobre el estándar mínimo de calidad de la práctica de partería requerida por quien ocupe el cargo.	No hay descripciones específicas de los cargos para la persona que brinde cuidados, o no hay descripciones preparadas para los cargos a todos los niveles de servicio.	Las descripciones de los cargos de partera clínica son demasiado vagas, no especifican las necesidades particulares de la partería, o están desactualizadas.	Se están revisando o actualizando las descripciones de los cargos, para asegurar que se cubran los aspectos específicos de la práctica de partería, incluyendo estándares de cuidados y práctica basados en la evidencia.	Se cuenta con descripciones específicas de la práctica de partería; están basadas en la prestación de estándares de cuidados basados en la evidencia en todas las áreas, incluyendo la comunidad.
12. Hay un programa instaurado de actualizaciones/ en el servicio. (prescrito por la asociación de parteras y/o desarrollado en conjunto con el organismo rector de partería).	No está previsto hacer actualizaciones ni entrenamientos en el servicio o en el puesto de trabajo.	Se dispone de actualizaciones limitadas a algunas parteras en ejercicio en algunas áreas.	Se está desarrollando un plan para implementar un programa regular de actualización para todas las parteras en ejercicio en todas las áreas, incluyendo las rurales de difícil acceso.	Todas las parteras en ejercicio participan en un programa de actualización regular. Todas han recibido cierta actualización en los últimos tres años.
13. Se han previsto programas de educación continua (PEC) para fortalecer la capacidad de partería en el país, para ofrecer liderazgo y para mejorar la carrera; la estrategia está funcionando bien.	No hay o son muy limitadas las previsiones para que las parteras en ejercicio participen en PEC/programas educativos avanzados, y/o programas de desarrollo de la investigación, gestión, políticas o liderazgo.	Se están considerando programas de educación avanzada (PEC) para parteras en ejercicio, para aumentar su capacidad de planificación y provisión de servicios de calidad, incluyendo investigación y gestión de servicios.	Se están desarrollando o aplicando planes que aumentarán el acceso a PEC/ programas educativos avanzados, incluyendo gestión e investigación en partería.	Las profesionales de partería a todos los niveles de servicio tienen oportunidad de participar de lleno en los PEC o programas educativos avanzados, incluyendo estudios de especialistas en partería a nivel de maestría y doctorado, con programas de especialista de partería en liderazgo, gestión, investigación y desarrollo de políticas.

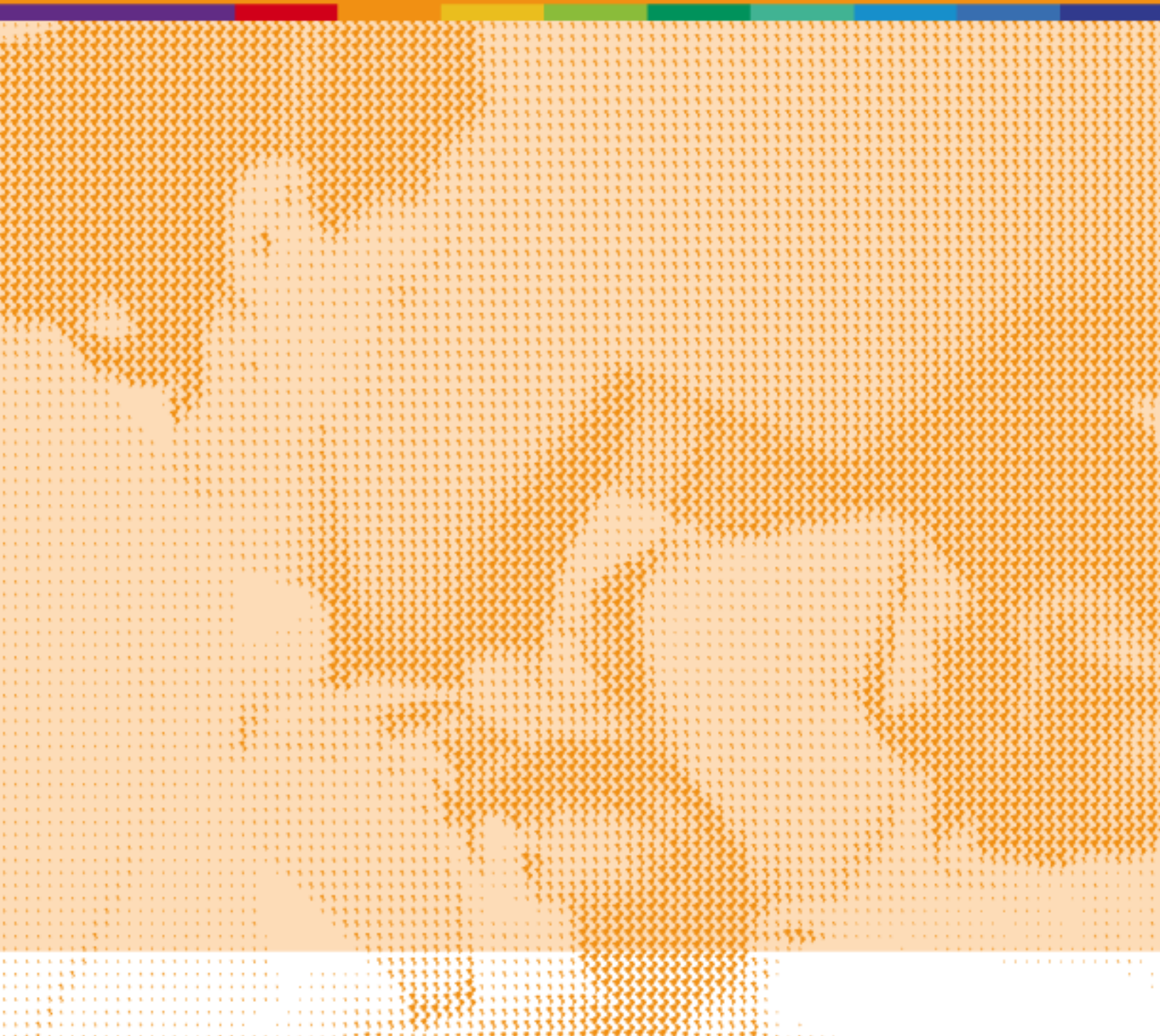
Leyenda de la tabla/regla de puntuación: 0= baja 3= alta. (Lo ideal es puntuar 3 para cada criterio.)

Total puntuación:

Fecha de realización de la evaluación:

Módulo 2

Legislación y reglamentación de la partería por una maternidad segura



2.1 Introducción

La finalidad de este módulo es resumir las maneras en que se puede utilizar la legislación y las regulaciones profesionales de las parteras para mejorar los esfuerzos nacionales e internacionales destinados a reducir la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido y mejorar la salud reproductiva, en acuerdo con las direcciones estratégicas de la OMS para la enfermería y la partería (WHO, 2010). Se han realizado numerosos estudios en diferentes situaciones a nivel mundial, explorando las causas directas e indirectas de la morbimortalidad materna (estudios de auditorías maternas); estos estudios muestran claramente que la gran mayoría de las muertes vinculadas al embarazo y el parto son evitables, pero que se necesitan personas calificadas que brinden cuidados de calidad, lo que debe incluir que a esas personas calificadas se les permita realizar ciertas intervenciones que salvan la vida (Pattinson et al., 2003; Fawcus et al., 2005; Dumont et al., 2009; Okong et al., 2006; Kongnyuy et al., 2008; Qiu et al., 2010; Kalter et al., 2011). Este módulo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* aborda una serie de temas vinculados a la autoridad regulatoria o jurídica que rige la práctica de la partería en cualquier país y está a cargo de las autorizaciones para ejercer la partería (inscripción en el registro profesional y/o habilitación u otorgamiento de licencias).

Si bien en este módulo se enfatiza la legislación que apoya el ejercicio de la partería, es necesario también considerar la legislación referente a otros trabajadores de la salud que operan en el campo de la salud reproductiva, particularmente a aquellos que brindan atención en el embarazo y el parto. De similar manera, cuando se considera la legislación de la salud reproductiva se la debe analizar en el contexto de otras leyes que inciden sobre la posición de las mujeres en la sociedad en general (Andorno, 2009; Garcia-Moreno y Stöckl, 2009; Cook y Dickens, 2012).

2.1.1 - El desafío

El contraste entre la reducción de la mortalidad materna en el mundo industrializado y en muchos países en desarrollo subraya el desafío que enfrentan los países con niveles inaceptables de muertes maternas. Parece lógico en primer lugar identificar el resultado deseado y en segundo lugar identificar las barreras que dificultan el logro de esos resultados, antes de finalmente considerar los abordajes legislativos que puedan instrumentar un cambio y respaldar las buenas prácticas.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron ratificados por 189 países, como un compromiso hacia el desarrollo mundial, la seguridad y los derechos humanos (ONU, 2000). El objetivo N° 4 “reducir la mortalidad infantil”, y el objetivo N° 5 “mejorar la salud materna”, están claramente ligados a la calidad de los servicios de atención de la salud que reciben las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, los servicios que ofrecen los prestadores de la salud y las dependencias donde se atienden partos. Sin embargo, en las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y neonatales inciden una amplia gama de factores, muchos de los cuales están más allá del sector de la salud. Estos incluyen los recursos disponibles (tanto humanos como financieros), el estado económico y nutricional actual de la población, el grado de estabilidad política del país, el compromiso político para reducir las muertes maternas y neonatales, la posición de las mujeres en la sociedad, el nivel de alfabetización femenina, entre muchos otros (Moss, 2002; UNFPA, 2005; OMS, 2005; UNICEF, 2006).

Estos factores contribuyen sustancialmente a la amplia variación que se observa en el riesgo de muerte por una causa relacionada con el embarazo o el parto durante el curso de la vida de la mujer, un riesgo que fue estimado entre

1 en 39 entre mujeres del África Subsahariana, en contraste con 1 en 3800 entre mujeres en los países desarrollados (Hill et al., 2007; WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank, 2012). Esos factores también contribuyen a la muerte de más de 7 millones de niños durante el embarazo o el período neonatal (OMS, 2005), si bien las estimaciones recientes indican que el ritmo al que disminuyen va acelerándose (Rajaratnam y col., 2010; OMS, 2010). Una revisión reciente muy completa sobre las intervenciones probadamente eficaces en reducir la mortalidad materna concluye que el acceso a la asistencia calificada de los partos sería una estrategia clave (Campbell y Graham, 2006; Nyamtema et al., 2011). Lo mismo concluyen los autores de una revisión reciente sobre las intervenciones basadas en la evidencia que probaron ser eficaces para reducir los óbitos fetales intraparto y las muertes neonatales (Lawn y col., 2009). Los autores de estas revisiones destacaron que, a escala mundial, en demasiadas instancias falta la voluntad política de emprender acciones efectivas.

La mortalidad materna es un síntoma de una negligencia respecto a base de la salud y el bienestar de las mujeres. Con las destrezas y tecnologías existentes, las muertes durante el embarazo y el parto son casi enteramente evitables, pero los servicios de atención sanitaria materna apropiada y las intervenciones obstétricas seguras no están disponibles universalmente. Todas las mujeres deberían tener acceso a una atención prenatal, del parto y postparto de alta calidad en el contexto de la atención primaria de la salud, incluyendo el acceso a servicios de derivación para complicaciones obstétricas.

Fuente: OMS, 1995

2.1.2 - Un aporte a la resolución

Una plantilla de parteras con un mismo conjunto de conocimientos y destrezas (Módulo 4) podría tener un impacto medible sobre la morbilidad y mortalidad materna de cualquier país. Si se hace coincidir este conocimiento y estas destrezas con las principales causas específicas de muertes maternas (hemorragias, sepsis, parto atascado, eclampsia y aborto), se podría obtener una importante reducción de las muertes por estas causas (Ronsmans y Graham, 2006). Sin embargo, esto no va a ocurrir hasta que no se cuente con el marco jurídico necesario que posibilite el desarrollo de una nómina de parteras respaldada por un sistema regulatorio eficaz. Esta visión no surge de una perspectiva limitada que promueva un proteccionismo profesional, sino de mucha evidencia histórica, y del hecho que el papel de las parteras abarca el período de la vida de la mujer que comprende una serie de riesgos mayores a su salud y su vida (Louden, 1992). Estar “con la mujer” (la traducción literal de la palabra *midwife* – partera en inglés–) en el siglo XXI debe incluir “estar con ella” como experto en un nacimiento normal, así como en cualquier circunstancia que ella presente en el embarazo y el parto, particularmente cuando surgen complicaciones del embarazo que ponen en riesgo la vida.

Asimismo, para lograr la meta de una maternidad segura y la de salvar vidas de recién nacidos es crucial contar con un marco jurídico propicio para promover y mejorar la salud y los derechos reproductivos (Freedman, 2001; Cook y Dickens, 2002; OMS, 2003; Germain, 2004; Fathalla, 2006; Milliez, 2009). Un marco de ese tipo también permite a la partera hacer el mejor uso del potencial que le ofrece su rol¹ para lograr reducciones importantes en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal mejorando la calidad de los servicios de atención de la salud materna y neonatal (Thompson, 2004).

¹ El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería es vista como abierta exclusivamente a las mujeres. No obstante en una serie de países los hombres también ingresan a esta profesión. La definición internacional (ICM, 2011) ha sido actualizada para reflejar un lenguaje más neutro en cuanto al género; sin embargo, esta guía utiliza el género femenino con fines de simplificación.

2.2 Valor y finalidad de la legislación y reglamentación de la partería

Un enfoque basado en los derechos humanos para lograr la reducción de la mortalidad materna brinda un marco jurídico o un marco centrado en el desarrollo (o ambos) para el fortalecimiento de las políticas y las intervenciones programáticas.

Fuente: Manandhar, Osrin y Shrestha, 2004

La reglamentación profesional de las parteras debería representar un trabajo conjunto de varios: el público que espera la reglamentación, las parteras mismas, y las juntas o comités que administran el sistema (Norman, 2000). A esta altura ya hay evidencia convincente que sustenta la reciente recomendación de que para poder avanzar hacia el objetivo de hacer el embarazo más seguro (OMS, ICM, FIGO, 2004) todas las mujeres deberían contar con un asistente calificado durante el embarazo, el parto y el período postnatal inmediato. También es clara la información referente al conocimiento, las destrezas y habilidades (CDH) que debe tener un asistente calificado (ver el módulo 4 de esta *Caja de herramientas*), y está claramente ligada a la evidencia que demuestra la relación entre la alta calidad y la aplicación oportuna de estos CDH y la calidad de los resultados de la atención materna y del recién nacido. Para poder alcanzar todo el potencial de las parteras como asistentes calificados, se les debe ofrecer un ambiente de trabajo propicio que les dé apoyo y les permita aplicar sus mejores destrezas de pensamiento crítico y su criterio clínico para hacer buenas evaluaciones, seleccionar intervenciones apropiadas, incluyendo destrezas que salvan vidas, y se debe ver que sepan utilizarlas de la manera correcta. La legislación de apoyo² es un componente crítico de ese entorno habilitador.

Sea que se necesite desarrollar una nueva legislación o cambiar la ya existente, es indudable que es fundamental contar con una legislación apropiada, como parte esencial de los cimientos que posibilitan un desarrollo eficaz de los servicios de salud. Por ejemplo, cuando se cuenta con bajos recursos, para poder satisfacer las necesidades comunitarias de atención de la salud, las parteras pueden quedar colocadas en la situación de tener que recetar o dispensar medicamentos, o realizar ciertas funciones aun en ausencia de supervisión, legislación y regulación (Miles et al., 2006), lo que constituye una situación claramente indeseable desde todo punto de vista, sea de la misma partera, de la comunidad o del bien público.

Por lo tanto, la regulación de la partería tendría varios propósitos que no sólo atañen a las parteras (Spoel y James, 2006), incluyendo:

- Proteger al público de prácticas inseguras;
- promover la calidad de servicios (a través de normas de práctica, competencias y evaluación de los resultados);
- informar al público sobre qué servicios esperar, para que pueda elegir;
- promover el desarrollo de la profesión;
- conferir la obligación de rendir cuentas, una identidad (incluyendo la protección del título), y reconocer el nivel de las parteras profesionales;
- promover el bienestar socioeconómico de las parteras profesionales.

² La terminología jurídica y regulatoria varía mucho según el país

2.2.1 - Desarrollo de nuevas reglamentaciones

En algunos países es posible que esa legislación propicia tenga que ser desarrollada nuevamente. La ICM (2011) y la OMS (2002) han proporcionado orientaciones en ese sentido. Los pasos necesarios para desarrollar una nueva legislación requieren que las parteras hagan intervenir a muchas otras partes interesadas y afectadas, como a las mujeres. Formarían así una coalición de apoyo, primero para crear conciencia sobre la necesidad y el valor de dicha legislación, y luego para emprender acciones tendientes a desarrollar guías jurídicas apropiadas, promulgar la legislación adecuada y reglamentarla, para finalmente controlar que se aplique. Los pasos de la acción pueden ser delineados en términos generales de la siguiente manera:

- Crear conciencia política en cuanto a la necesidad de una legislación que regule la profesión, y comprometer la acción y el apoyo político para llevarla adelante;
- aprender más sobre los procesos legislativos y gubernamentales esenciales al proceso de desarrollo regulatorio;
- establecer metas y desarrollar un plan de acción (que incluya la identificación de responsabilidades y el establecimiento de un cronograma);
- establecer una posición sobre asuntos de partería, especialmente la finalidad y la meta de la partería, los principios y la filosofía de la atención integral en partería;
- establecer un modelo deseable y preferido de regulación de partería (por ejemplo, como profesión autónoma, diferente de enfermería u otros modelos);
- recabar información que apoye las metas identificadas y la posición;
- hacer participar a todas las partes interesadas pertinentes en un plan de acción para el desarrollo y la aplicación de regulaciones de partería;
- formar coaliciones que aboguen por el proceso y proseguir con los pasos fijados en el plan de acción. Los integrantes de la coalición pueden incluir otras profesiones pertinentes de la salud, grupos de mujeres y otros (tanto a nivel nacional como internacional) preocupados por la salud materna y neonatal, el desarrollo y la movilización social, y el alivio de la pobreza;
- manifestar su opinión a todas las partes interesadas durante todo el proceso. Es importante asegurar que todos los que podrían verse afectados por la nueva regulación y las reglas y mecanismos del otorgamiento de las licencias se mantengan plenamente informados de los avances y que tengan la oportunidad de ofrecer sus propias opiniones.

2.2.2 - Adaptación de las regulaciones actuales

En algunos países la legislación que autoriza la práctica de la partería existe pero tiene limitantes que acotan la realización del potencial pleno de las parteras, lo que pone de manifiesto la necesidad de reformar las directrices regulatorias actuales (Fealy y col., 2009; Bogren et al., 2012). Por ejemplo, en varios países hay un marco legal que permite a las parteras trabajar como profesionales autónomos que presten toda una serie de servicios de partería

desde antes de la concepción hasta el final del período postnatal (Reed y Roberts, 2000). En otros países la partera tal vez tenga que trabajar bajo la supervisión o la orientación de médicos.

También es posible que el alcance de la práctica se defina de manera diferente en las autorizaciones de ejercicio, y estas restricciones al ejercicio pueden obstaculizar la realización del pleno alcance del ejercicio de partería.

Por ejemplo, se les puede prohibir realizar ciertas funciones, o tal vez algunas funciones estén autorizadas solo para aquellas parteras que hayan alcanzado un determinado nivel de educación (Larsen, 2004; de Bijl, 2005). Tal vez haya amplias restricciones en cuanto a la autoridad de las parteras de seleccionar o dispensar ciertos medicamentos (Adekunle y col., 2001; Adame y Carpenter, 2009; Osborne, 2011). En algunas circunstancias, estas restricciones a la práctica pueden interferir con la prestación de cuidados seguros e inclusive de los que salven vidas (por ejemplo, antibióticos para el tratamiento de infecciones o uterotónicos para el control de hemorragias). Otros ejemplos de algunas funciones que a menudo se ven restringidas incluyen la realización y la reparación de una episiotomía o una reparación perineal, o la aspiración manual con vacum en caso de un aborto incompleto (Foster y col., 2006; Berer, 2009; Akiode y col., 2010), lo que puede implicar la necesidad de un traslado urgente a otras instalaciones de salud para seguir con la atención de esa paciente.

2.3 Establecimiento de una autoridad rectora para las parteras: modelos y estrategias

Las principales funciones de un sistema que regule la profesión son imponer orden y control en la profesión y proteger al público:

- Fijando estándares para ingresar a la ocupación o profesión (incluye, en algunas jurisdicciones, también fijación de estándares para acreditación de programas de educación);
- definiendo (en colaboración) el alcance de la práctica de la ocupación o profesión de la salud;
- asegurando, en la medida de lo posible, el mantenimiento de los estándares de práctica;
- brindando un mecanismo para lidiar con las conductas que se desvían de la conducta profesional;
- manteniendo un registro público efectivo de todos aquellos que son elegibles para ejercer.

Hay varias opciones para establecer la autoridad rectora para el ejercicio de la partería en cualquier país. Cada una de ellas tiene ventajas y desventajas, dependiendo de la situación de la profesión y del entorno político, social y cultural del país. A continuación se presentan en detalle dos mecanismos comunes.

- Una autoridad a nivel nacional podría promulgar un reglamento (o ley) que regule la práctica de partería y defina su campo de aplicación. El reglamento establecería un organismo rector que aplique las disposiciones contenidas en los reglamentos. Entre las ventajas de este enfoque se incluyen la visibilidad del gremio de partería y el reconocimiento de su papel dentro del sistema de atención de la salud del país. Esto brinda un cierto estatus para la ocupación/profesión y le ofrece una cierta protección, incluyendo la protección del título. Entre las desventajas se incluye el hecho de que la modificación ulterior de ese reglamento (o ley) es

Legislación y reglamentación de la partería por una maternidad segura

un proceso largo y dificultoso. A medida que van apareciendo nuevas evidencias con el paso del tiempo, los detalles específicos cubiertos dentro del reglamento (ley) podrían perder vigencia;

- se puede redactar un estatuto (o ley) que establezca a la partería como una ocupación o profesión específica y reconocida, pero que delegue la autoridad para establecer las normas y las directrices a otro organismo regulador. La ventaja particular de este enfoque es la flexibilidad que tiene este organismo para actuar más rápidamente para actualizar estas normas y directrices, cuando estuviera indicado. Una segunda ventaja es que los integrantes de las juntas reguladoras pueden (y deberían) incluir representantes del cuadro de parteras que está siendo regulado, y representantes del público consumidor. Entre las desventajas de este diseño se incluye la posibilidad de que haya una representación no equilibrada, de forma tal que los miembros del cuadro de parteras constituyan una minoría de los que realmente aplican las normas del ejercicio de la profesión.

Un mecanismo regulador propicio debe ser flexible y pragmático, al tiempo que brinda un marco para la buena gobernabilidad de la profesión. Se cree en general que los mecanismos reguladores más efectivos son aquellos que son comprendidos y valorados por la sociedad y el grupo de profesionales. Es esencial que las parteras tomen la iniciativa para revisar la legislación y las reglamentaciones propuestas para la profesión y consideren nuevos enfoques, ya que ellas son las que están en mejor posición de interpretar lo que es la ocupación/profesión y sus valores ante otros. La Confederación Internacional de Parteras puede ofrecer recursos (por ejemplo, la lista de las Competencias Esenciales para la Práctica Básica de la Partería (2010) y las Normas Mundiales para la Regulación de la Partería (2011) que se pueden adoptar, o a los que se puede hacer referencia, en el lenguaje regulador a nivel de cada país.

También es crucial que la sociedad civil exija cuentas a la profesión. Una reglamentación efectiva depende del reconocimiento civil, de la confianza en el mecanismo y el sistema instaurado y de las maneras en las que se las hace funcionar en el país. En un anexo de este módulo se presenta una lista de verificaciones para el seguimiento del proceso de establecimiento de un nuevo marco regulatorio.

Glosario de los términos regulatorios de la partería

Acreditación: Un proceso de revisión y aprobación por el cual con ciertas normas establecidas se le concede a una institución, programa o servicio específico un reconocimiento limitado en el tiempo por haber cumplido.

Agencias: La función de acreditación es conducida bajo la autoridad del organismo regulador o, alternativamente, por agencias no gubernamentales independientes.

Certificación: Proceso y procedimiento de evaluación o examen externo mediante el cual se determina que un individuo posee un conjunto de conocimientos y/o destrezas mínimamente aceptables. La certificación puede ser voluntaria u obligatoria, como condición para el otorgamiento de una licencia.

Directriz: Una recomendación para actuar de una determinada manera.

Licencia / otorgamiento de licencia: El proceso y procedimiento mediante el cual a un individuo se le otorga la autoridad de comenzar a ejercer; documento que reconoce esa autoridad.

Mala práctica: Falta de conocimiento o experiencia, o realización negligente de los deberes que dan lugar a lesiones de los pacientes.

Mala conducta profesional: Comportamiento relacionado con el trabajo que es indigno o no ético.

Inscripción / registro: Proceso y procedimiento mediante el cual se reconoce que un individuo tiene la autoridad para ejercer; la planilla o nómina oficial de individuos que se han registrado. (Obsérvese que este término se utiliza como una alternativa a *licencia* en algunas jurisdicciones de los países)

Regulación: Orientación prescriptiva para la promulgación de disposiciones de estatutos (leyes), ya sea definidos dentro del estatuto o desarrollados por otro órgano institucional (por ejemplo, ministerio institucional) que tiene la autoridad de ejecutar, interpretar o hacer el estatuto específico; una regla con autoridad (por ejemplo, decreto ministerial, orden, regulación) que trata con los detalles o procedimientos.

Norma: Manera acordada de trabajar; punto de referencia para un desempeño esperado (por ejemplo, establecido por los comités de consenso o por las asociaciones profesionales) (también conocido como las “reglas” de la práctica).

Estatuto (Ley): Decreto promulgado por la asamblea legislativa superior en la jurisdicción (por ejemplo, Parlamento, Congreso, Asamblea Nacional, Gobiernos Estadales o Tribunales de Gobierno).

2.4 Reglamentaciones, reglas y guías para el ejercicio de la partería

El órgano rector de la profesión tiene la autoridad de promulgar las reglas y directrices para el ejercicio de la partería a nivel nacional. Los elementos que componen estas reglas y directrices están descritos en la Figura 2.1, y algunos de ellos se analizan con mayor profundidad en las siguientes secciones.

2.4.1 - Constitución y composición del órgano rector

Muchos países han establecido un órgano rector único que regula a una serie de ocupaciones y profesiones que comparten componentes de un determinado campo de ejercicio, como, por ejemplo, los Consejos de Enfermería y

Legislación y reglamentación de la partería por una maternidad segura

Partería del Reino Unido, y de Malawi y Ghana. Otros países han establecido órganos rectores que específicamente regulan la partería como profesión autónoma (por ejemplo, el Consejo de Partería de Nueva Zelanda). Por supuesto que hay variaciones, dependiendo de la manera en que los países han delegado la competencia sobre temas tales como el otorgamiento de licencias a estados o provincias (King, Ogle y Bethune, 2010). Por ejemplo, el ejercicio de la partería está autorizado en algunas provincias de Canadá y no en otras; la autoridad rectora se mantiene a nivel provincial. El ejercicio de la partería es regulado por los estados individuales en Australia (Brodie y Barclay, 2001) y en Estados Unidos. La mayoría de los estados de Estados Unidos exigen que las parteras también sean enfermeras, pero inclusive en aquellos estados donde tienen esa exigencia, las funciones rectoras pueden ser delegadas a un consejo de enfermería, a consejos profesionales conjuntos (por ejemplo, de medicina o salud pública) o a una junta o consejo de partería aparte (Reed y Roberts, 2000).

La participación directa de las parteras en el trabajo de este órgano rector (incluyendo los integrantes de la junta reguladora electos o designados) ha de tener un efecto directo sobre el desarrollo de las regulaciones, reglas, normas o directrices que crearán un marco propicio para la práctica profesional (James y Willis, 2001). Las parteras son las que mejor pueden definir su propia práctica, y las más conocedoras de las circunstancias que operan como barreras o restricciones y que dificultan la prestación de servicios de calidad. La participación de las parteras en estas juntas ayudará a asegurar que esas regulaciones se redacten con el espíritu más amplio (menos restrictivo), para permitirle a la partera ejercer al máximo su competencia, y también habilitándola a usar su mejor criterio profesional bajo circunstancias difíciles.

También es crucial hacer intervenir a la asociación nacional de parteras al darle forma al diseño del sistema regulatorio, consultándola y permitiéndole abogar por la profesión. La asociación puede ser la mejor fuente de información y evidencia sobre asuntos que son particularmente específicos de las parteras, tales como un código de ética y las competencias esenciales de la práctica. Estas no tienen por qué ser desarrolladas desde cero, sino que adoptan o adaptan materiales que ya hayan sido elaborados y emitidos por otros organismos, tales como la Confederación Internacional de Parteras y la OMS. Los países también pueden beneficiarse de lo aprendido a través de las experiencias de sus colegas en otras situaciones o en otros países (Carty, 2005).

Finalmente, para poder asegurar que tengan legitimidad estas reglamentaciones y sistemas de otorgamiento de licencias, especialmente las normas establecidas para el ejercicio de la partería, deben estar desarrolladas a partir de procesos participativos que involucren a otras partes interesadas. Entre las partes interesadas clave se encuentran integrantes del público, en particular aquellos que representan las visiones y derechos de las mujeres. El contar con la participación de activistas de la salud de la mujer en la elaboración de las políticas, leyes y reglamentaciones y en la reglamentación de la partería y de la práctica de la partería en sí, garantizará que en estas áreas se logre concentrar la atención en la mujer, el recién nacido y la familia.

Lo ideal sería que los integrantes del organismo regulador de la partería incluyeran:

- Responsables de las políticas de salud materna y neonatal a nivel nacional;
- representante(s) del Gobierno;
- docentes de partería;

- parteras profesionales en ejercicio actualmente;
- representantes de la o las asociaciones de profesionales de partería, que representen las inquietudes laborales y de bienestar público de las parteras profesionales, así como otros temas profesionales;
- miembro(s) del público general que representen los intereses de las mujeres;
- mujeres (incluyendo beneficiarias de los servicios de partería);
- abogados u otros profesionales calificados en la redacción de términos reguladores;
- representantes de las profesiones aliadas pertinentes.

En muchos países hay una mezcla de integrantes elegidos y designados que componen un órgano rector. El sistema para la elección o designación al órgano rector debe ser transparente. El interés de defender el bien público y las necesidades de las mujeres, sus recién nacidos y familias, justicia y equidad, deben ser elementos preponderantes en la decisión de la composición y constitución de dicho órgano.

2.4.2 - Directrices para programas de formación de parteras.

La regulación de la partería resulta necesaria para asegurar la existencia de normas profesionales mínimas de educación y práctica de la partería (Brodie y Barclay, 2001; ICM, 2010; ICM, 2011) para cada uno de los tipos (cuadros o niveles) de individuos reconocidos como parteras en el país. Los países deciden las vías académicas que son más adecuadas para las necesidades del país y sus recursos.

Lo habitual es que las directrices que se establecen en cuanto a la duración de los programas de estudio y las competencias esenciales a enseñar en estos programas sean definidas por los órganos competentes que regulan la práctica de la profesión. La delegación de esta responsabilidad a un órgano rector ayuda a definir el estándar común que se espera de todos los egresados del programa que han de utilizar el título de “partera” en el país, para que los otros profesionales de la salud y el público puedan tener una comprensión y expectativa razonable del alcance de su práctica. Este organismo competente también puede implementar medios de revisión de la calidad de los programas educativos, a través de la supervisión y examen por pares (acreditación) de las instituciones de enseñanza (Forrester, 2009).

En un anexo a esta *Caja de herramientas* se incluyen dos modelos de programas de estudios de partería profesional (postgraduadas y de entrada directa). Estos modelos de currículo pueden servir como un recurso a incorporar (adoptar) o adaptar, como para llenar las necesidades específicas de un país según su situación. El contenido del curso/módulo de estudios de partería se complementará con los requisitos de los cursos adicionales del programa de grado técnico o académico en el que se inserta el programa de partería.

El modelo resume lo esencial de la educación de una partera preparada para brindar servicios en comunidades urbanas y rurales y en varios niveles del sistema de salud. La matrona está preparada atender efectivamente a las mujeres embarazadas y parturientas, pero también a las mujeres y recién nacidos que presenten complicaciones, muchas de las cuales pueden amenazar la vida (es decir, destrezas que salvan vidas). El currículo del modelo basado en las competencias debe interpretarse solo como una guía de contenidos. Cualquier programa de educación en

partería también debe ajustarse a las normas y directrices promulgadas por ICM para las matronas educadas en todo el mundo (ICM, 2010), y debería incorporar el tiempo suficiente para que los alumnos adquieran competencias clínicas.

Puede que haya diferentes niveles de calificación para los diversos cuadros de partera (por ejemplo, partera auxiliar de enfermería), quienes son educadas en parte, pero no en todo el ámbito de la práctica de la partería en un solo país, y que no cumplen con la definición completa de partera profesional (ICM, 2011). El órgano rector de la partería profesional puede tener autoridad como para definir los patrones educativos y los resultados esperados de los cuadros menos calificados. Otros países pueden optar por establecer juntas reguladoras separadas para los diversos cuadros, para asegurar que haya suficiente representación de cada tipo de cuadro particular en la junta (o comisión, o equivalente nacional) que tenga la potestad de regular la práctica.

2.4.3 - Ingreso a la práctica y otorgamiento inicial de licencias

Una finalidad fundamental de los órganos que otorgan licencias es proteger al público de una práctica riesgosa. Por lo tanto, los resultados esperados de los programas de formación de parteras (conocimiento, destrezas y comportamientos esperados de las practicantes principiantes seguras) a menudo se citan explícitamente como los elementos componentes de los requisitos para ingresar a la práctica que son establecidos por las juntas reguladoras. Pueden agregarse requisitos adicionales, tales como exámenes normalizados (por ejemplo, certificación nacional o exámenes habilitantes) como un requisito para la primera habilitación. El órgano rector debería considerar equivalentes para parteras habilitadas internacionalmente; estableciendo mecanismos y vías para la revisión de sus credenciales, a fin de verificar sus calificaciones y determinar la idoneidad para el ejercicio de cada individuo según los requisitos del país al que emigra (país receptor) (Mead, 2003; Kingma, 2006; Bieski, 2007).

Las juntas reguladoras también actúan como controladoras del ingreso (*gatekeepers*) al registro profesional de parteras calificadas, es decir, la lista de aquellas que han cumplido con todos los requisitos legales para ingresar al ejercicio de la profesión por primera vez y para la renovación de la licencia. Esta información debería ser accesible a aquellos que estén interesados en emplear parteras. Ese registro o nómina también es muy útil en la planificación de la plantilla del personal.

2.4.4 - Requisitos para la evaluación de la competencia continua

La habilitación para ingresar a la práctica puede otorgarse para toda la vida profesional/ocupacional, o por un tiempo limitado. Cada país puede (y es fuertemente estimulado a) desarrollar sus propias regulaciones, pudiendo exigir una renovación de la solicitud cada cierto tiempo para volver a dar la autorización de ejercer. Estas regulaciones pueden requerir evidencias de que la persona ha participado en un programa de educación continua (para mejorar su conocimiento) y/o reevaluación de sus destrezas en la práctica. Para aquellos que desean volver a la profesión luego de una ausencia del trabajo, es particularmente importante incluir una evaluación de la continuación de la competencia, y las reglamentaciones deben hacer referencia a eso.

El mantenimiento de la competencia actualizada puede ser particularmente difícil para las parteras de los países que carecen de un programa regular para el desarrollo de la educación continua de las parteras. Para mantener los estándares, la partera necesita oportunidades adecuadas de práctica que le permitan:

- Mantener la competencia y confianza en sí misma en cuanto a la realización de las destrezas clínicas necesarias, particularmente aquellas que no se requieren a menudo, pero que pueden salvar la vida en caso de surgir (por ejemplo, resucitación del adulto o del recién nacido);
- actualizar el conocimiento y aprender nuevas destrezas a medida que sigue apareciendo la evidencia que constituye la base de la práctica;
- reflexionar sobre su práctica clínica regularmente y aprender a partir de su propia experiencia;
- comprender y aplicar el concepto de rendición de cuentas con sus clientes, sus autoridades/empleador, y el público en general.

En los Módulos 7 y 8 de esta *Caja de herramientas* se analizan las estrategias para las evaluaciones, que examinan las competencias básicas y continuas para las parteras en ejercicio. La consideración de la importancia de la competencia continua de los docentes en los programas de educación básica de partería se analiza en el módulo 6. Estas estrategias podrían plantearse como referencia en las reglamentaciones, como un enfoque para cumplir con los requisitos de competencia continuos pasibles de incluirse en la regulación.

2.4.5 - Normas de práctica

Las pautas regulatorias deberían incorporar referencias a las normas de práctica de alta calidad. Sin embargo, no es ni necesario ni eficiente que la junta regulatoria establezca estas normas, debido a que la evidencia que respalda la práctica clínica está siempre evolucionando. Las normas de las mejores prácticas pueden cambiar rápidamente. Los profesionales deberían ser capaces de incorporar nuevas recomendaciones para la práctica, y no verse limitados en su trabajo por la necesidad de estar esperando la actualización del texto regulatorio. Las juntas reguladoras pueden hacer referencia a la existencia de normas de práctica emitidas periódicamente por autoridades nacionales o internacionales, y por asociaciones de partería. El documento *Standards for Maternal and Newborn Care (2006)* de la OMS es un ejemplo de los muchos documentos que pueden servir a estos fines (ver Módulo 3 para mayor discusión).

Para un profesional individual, tal vez el énfasis sobre la responsabilidad profesional personal sea el determinante más importante del mantenimiento de los estándares. Para ayudar a los profesionales, es habitual que el órgano regulador profesional emita periódicamente guías escritas sobre temas importantes, tales como mantenimiento de registros (Dimond, 2005 a, b, c; Brous, 2009) y alcance de los requisitos de la práctica.

2.4.6 - Mala conducta profesional

La legislación primaria debe permitir el desarrollo de un mecanismo para la disciplina (por ejemplo, advertencia o sanción) de los profesionales o su eliminación del registro profesional si se los encuentra culpables de mala conducta o mala práctica. La mala conducta puede ser definida simplemente como “conducta no digna de un profesional”. Lo que constituye una mala conducta diferirá entre los países, pero probablemente incluya manchar la reputación de la profesión o varias materias que se analizan en el campo del derecho civil (por ejemplo, ataque o robo a una cliente).

La mala práctica puede ser definida como una “falta de conocimiento o experiencia, o un desempeño negligente de los deberes que provocan una lesión en el paciente” (Gündoğmuş et al., 2004), es decir, no dar niveles aceptables de cuidados (Hugh y Dekker, 2009; Miola, 2009). Se han descrito casos de parteras responsables de varios tipos de mala práctica:

- Divulgación mal intencionada de información personal sobre los clientes;
- falla de divulgación de los riesgos de las decisiones y de las opciones en el parto (Bismark et al., 2012);
- seguimiento incompleto durante el embarazo y evaluación inexacta de afecciones relacionadas con el embarazo, que llevan a cambios adversos en el estado de salud del cliente (negligencia de cuidados) (Moynihan y Mengersen, 2010);
- no detectar problemas relacionados con el embarazo y no derivar a la mujer a niveles superiores de atención de manera oportuna;
- no realizar tareas de manera hábil, produciendo una lesión a la cliente (por ejemplo, técnica inapropiada para el manejo de un parto en podálica o distocia de hombro) (Angelini y Greenwald, 2005);
- errores de medicación (por ejemplo, vía, ruta, región y técnica de la administración de medicamento) (Jonsson, Nordén y Hanson, 2007).

En cualquier circunstancia, es frecuente que la conducta no profesional y la mala conducta profesional sean muy difíciles de detectar, y es inclusive más difícil “probarlo” con suficiente evidencia como para justificar una acción disciplinaria (Johnstone y Kanitsake, 2004). La razón por la que se plantea incluir la referencia a las normas de práctica (tales como el documento de la OMS *Normas para cuidado Materno y Neonatal* [OMS, 2006]) dentro de un estatuto regulatorio o directriz, es establecer un criterio objetivo, externo, de “mejor práctica”, contra el cual se puedan comparar las acciones de cualquier individuo para luego considerarlas a la luz de las circunstancias de la práctica particular (por ejemplo, el lugar donde se dispensa el cuidado o la disponibilidad de opciones alternativas). Estas normas potenciarán el testimonio de testigos expertos que establecerán las normas de cuidado esperadas bajo esas circunstancias.

Es importante destacar que un resultado indeseable no es necesariamente el resultado de una mala conducta profesional o de una práctica insegura. Algunos resultados indeseables son inevitables (tales como anomalías congénitas incompatibles con la vida). Otros ocurren a pesar de los mejores esfuerzos de las parteras para intervenir apropiadamente y ayudar a sus clientes a acceder a niveles más complejos de atención cuando las circunstancias así lo justifican.

2.5 Referencias

- Adame N, Carpenter SL. Closing the loophole: midwives and the administration of vitamin K in neonates. *J Pediatrics*. 2009; 154(5): 769-771.
- Adekunle AO et al. Legal and regulatory aspects of prescribing and marketing emergency contraception in Nigeria. *African J Med Medical Sciences* 2001; 30(1-2):143-150.
- Akiode A Fetters T, Daroda R, Okeke B, Oji E. An evaluation of a national intervention to improve the postabortion care content of midwifery education in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110(2): 186-190.
- Andorno R. Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *J Med Philosophy* 2009; 34(3):223-240.
- Angelini DJ, Greenwald L. Closed claims analysis of 65 medical malpractice cases involving nurse-midwives. *J Midwifery Women's Health* 2005; 50(6):454-460.
- Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Org* 2009; 87(1):58-63.
- Bieski T. Foreign-educated nurses: an overview of migration and credentialing issues. *Nursing Economics* 2007; 25(1):20-23, 34.
- Bishmark MM, Gogos AJ, Clark RB, Gruen RL, Gawande AA, Studdert DM. Legal disputes over duties to disclose treatment risks to patients: a review of negligence claims and complaints in Australia. *PLOS Medicine* 2012; 9(8):e1001283.
- Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries: a descriptive report. *Sexual y Reproductive Healthcare* 2012; 3(2):67-72.
- Brodie P, Barclay L. Contemporary issues in Australian midwifery regulation. *Australian Health Review* 2001; 24(4):103-118.
- Brous E. Documentation and litigation. *RN* 2009; 72(2):40-43.
- Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368:1284-99.
- Carty RM. The global network of WHO Collaborating Centres for nursing and midwifery development: a policy approach to health for all through nursing and midwifery excellence. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(5): 613-618.
- Cook RJ, Dickens BM. Human rights to safe motherhood. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76:225-231.
- Cook RJ, Dickens BM. Upholding pregnant women's right to life. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 117(1):90-94.
- De Bijl N. Legal implications of task rearrangement for nurses in the Netherlands. *Nursing Ethics*, 2005; 12(5):431-439.
- Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Human Resources for Health* 2009; 7:61.
- Dimond D. Exploring the principles of good record keeping in nursing. *Br J Nursing* 2005a; 14(8):460-462. Dimond D. Abbreviations: the need for legibility and accuracy in documentation. *Br J Nursing* 2005b; 14(12): 665-666.
- Dimond D. Midwifery records and legal issues surrounding them. *Br J Nursing* 2005c; 14(20):1076-1078.
- Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Human Resources for Health* 2009; 7:61.
- Fathalla MF. Human rights aspects of safe motherhood. *Best Practice y Research, Clinical Obstetrics y Gynecology* 2006; 20(3):409-419.

Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *Br J Obstet* 2005; 112(9):1257-1263.

Fealy GM, Carney M, Drennan J, Treacy M, Burke J, O'Connell D. Models of initial training and pathways to registration: a selective review of policy in professional regulation. *J Nurs Man* 2009; 17(6):730-738.

Foster AM et al. Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: a national survey. *Contraception* 2006; 73(4):408-414.

Forrester K. National regulation and accreditation of Australian health practitioners. *J Law Medicine* 2009; 17(2):190-195.

Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75:51-60.

Garcia-Moreno C, Stöckl H. Protection of sexual and reproductive health rights: addressing violence against women. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 106 (2):144-147.

Germain A. Reproductive health and human rights *Lancet* 2004; 363:65-66.

Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the Higher Health Council records. *Nursing Ethics* 2004; 11(5):489-499.

Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 2007; 370(9595):1311-1319.

Hugh TB, Dekker SW. Hindsight bias and outcome bias in the social construction of medical negligence: a review. *J Law Medicine* 2009; 16(5):846-857.

International Confederation of Midwives. Definition of the midwife. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/global-standards-competencies-and-tools.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Global standards for midwifery education. ICM; 2010. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Compencies%20Tools/English/MIDWIFERY%20EDUCATION%20PREFACE%20y%20STANDARDS%20ENG.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives (2010c). ICM Global Standards for Midwifery Regulation. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

James HL, Willis E. The professionalization of midwifery through education or politics? *Australian J Midwifery* 2001; 14(4):27-30.

Johnstone M, Kanitsake O. Processes for disciplining nurses for unprofessional conduct of a serious nature: a critique. *J Advanced Nurs* 2005; 50(4):363-371.

Jonsson M, Nordén SL, Hanson U. Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86(3):315-319.

Kalter H, Salgado R, Babille M, Koffi AK, Black RE. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. *Population Health Metrics* 2011; 9:45-57

King SJ, Ogle KR, Bethune E. Shaping an Australian nursing and midwifery specialty framework for workforce regulation: criteria development. *Int J Health Plan Man* 2010; 25(4):330-349.

Kingma M. New challenges, emerging trends, and issues in regulation of migrating nurses. *Policy, Politics y Nursing Practice* 2006; 7(3 Suppl):26S-33S.

- Kongnyuy EJ, Leigh B, van den Broek N. Effect of audit and feedback on the availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. *Women and Birth* 2008; 21(4):149-155.
- Larsen D. Issues affecting the growth of independent prescribing. *Nursing Standard* 2004; 19(2):9.
- Lawn JE, Lee AC, Kinney M, Sibley C, Carlo WA, Pattinson R. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: Where, why and what can be done? *Lancet* 2009; 107 (Suppl 1): S5-S19.
- Louden I. *Death in Childbirth*. Oxford: Clarendon; 1992.
- Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- Mead M. Midwifery and the enlarged European Union. *Midwifery*, 2003; 19(2):82-86.
- Miles K, Seitio O, McGilvray M. Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *Int Nurs Review* 2006; 53(4):290-296.
- Milliez J. Rights to safe motherhood and newborn health: ethical issues. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;106(2):110-111.
- Miola J. Negligence and the legal standard of care: what is "reasonable" conduct?. *Br J Nurs* 2009; 18(12):756-57.
- Moss N. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science y Medicine* 2002; 54:649-661.
- Moynihan S, Mengersen K. Application and synthesis of statistical evidence in medical negligence. *Medicine and Law* 2010; 29(3):317-327.
- Norman S. Professional regulation. Now and in the future. *Br J Perioperative Nurs* 2000; 10(4):218-20.
- Nyamterna A, Urassa D, van Roosmalen J. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;11:30
- Okong P, Byamugisha J, Mirembe F, Byaruhanga R, Bergstrom S. Audit of severe maternal morbidity in Uganda—implications for quality of obstetric care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006; 85(7):797-804.
- Osborne K. Regulation of prescriptive authority for certified nurse-midwives and certified midwives: a national overview. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56(6):543-556.
- Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? *Int J Obstet Gynaecol* 2003; 110(10):889-893.
- Qiu L, Lin J, Ma Y, Wu W, Qiu L, Zhou A. Improving the maternal mortality ratio in Zhejiang Province, China, 1988–2008. *Midwifery* 2010; 26(5):544-548.
- Rajaratnam J K, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010; 275:1988-2008.
- Reed A, Roberts JE. State regulation of midwives: issues and options. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45(2):130-149.
- Ronsmans C, Graham W. Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet* 2006; 368:1189-2000.
- Spoel P, James S. Negotiating public and professional interests: a rhetorical analysis of the debate concerning the regulation of midwifery in Ontario, Canada. *J Medical Humanities* 2006; 27(3):167-186.
- Thompson J. A human rights framework for midwifery care. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:175-181.
- UNICEF. *The state of the World's Children 2007: Women and children: the double dividend of gender equality*. New York: UNICEF; 2007. Disponible en: <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

United Nations. The Millennium Development Goals. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

United Nations Population Fund. State of World Population 2005: the Promise of Equality: gender equity, reproductive health and the Millennium Development Goals. New York: UNFPA; 2005. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/swp05_eng.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. Achieving Health for All: the Role of WHO. Geneva: WHO; 1995.

World Health Organization. Nursing and Midwifery: a guide to professional regulation. Geneva: WHO; 2002. (WHO/EMRO Technical Publication series; 27)

World Health Organization. Statement by the World Health Organization to the UN Commission on human rights. Geneva: WHO; 2003

World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and baby count. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015. Geneva: WHO; 2010.

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990-2010. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Figura 2.1: Elementos del diseño de un sistema regulatorio para partería

Componentes de un sistema regulatorio para partería

- Finalidad del sistema regulatorio;
- estructura del órgano regulatorio;
- especificación de la composición y constitución del cuerpo regulatorio/administrativo que incluye:
 - ▶ Sus poderes;
 - ▶ sus funciones;
 - ▶ poder del registro;
 - ▶ criterios para integrar este órgano (composición);
 - ▶ método mediante el cual se designan los miembros;
 - ▶ duración del cargo de los miembros;
 - ◆ duración de cada período;
 - ◆ número de períodos que se puede servir sin interrupción en el servicio;
 - ▶ funcionarios del órgano;
 - ▶ responsabilidades de notificación ;
 - ◆ a quién deben informar;
 - ◆ con qué frecuencia necesitan elevar informes;
 - ◆ la forma de elevar informes exigida.
- Definición de partería profesional y de cuadros menos calificados:
 - ▶ Categorías (cuadros) del profesional que está regido por las regulaciones (protección del título);
 - ▶ responsabilidad de cada cuadro;
 - ▶ alcance de la práctica de cada cuadro.
- Requisito para ingreso a la profesión:
 - ▶ Normas y directrices para los programas de educación previos al servicio ;
 - ▶ competencias al ingresar al ejercicio.
- Mecanismos de otorgamiento de licencias iniciales:
 - ▶ Requisitos de exámenes (si fuera seleccionado por el país) y estándar mínimo de aprobación;
 - ▶ mecanismos de otorgamiento de equivalencia de licencias para las parteras formadas en otros países;
 - ▶ verificación de la calificación;
 - ▶ duración de la licencia inicial;
 - ▶ tarifas de las licencias iniciales (si lo establece el país).
- Mecanismos para renovación de la licencia y/o reingreso a la fuerza laboral :
 - ▶ Requisitos de evaluación de competencia continua (si lo selecciona el país) ;
 - ◆ actualizaciones del conocimiento;
 - ◆ reevaluación de las destrezas clínicas ;
 - ▶ tarifas de la renovación de licencia (si lo establece el país).
- Normas de práctica de partería profesional;
- protocolo para manejo de las conductas y otros asuntos no adecuados para la práctica:
 - ▶ criterios para la remoción voluntaria o involuntaria del registro;
 - ▶ consecuencias de un hallazgo de mala conducta profesional;
 - ▶ mecanismos de apelación.

Componentes opcionales

- Código de conducta/código de ética o valores y principios generales que sirven de soporte a la práctica profesional de partería.

Anexo 2.1: Logro del cambio en la legislación y regulación de partería para un cuidado de partería seguro

Etapa	Pregunta	Sí	No	Acción requerida
1. Establecimiento de metas y principios.	¿Está establecida la finalidad de la práctica de partería en el contexto nacional?			
	¿Existe consenso sobre las categorías de prestadores de la salud a los que se les permite ejercer el arte y la ciencia de la partería en el contexto nacional?			
	¿Se ha hecho explícita y clara la finalidad de la regulación y del otorgamiento de licencias de partería y a quiénes se les permite ejercer como parteras?			
	¿Existe una definición nacional (acordada por todas las partes interesadas) de una partera? ¿La definición es clara y suficiente como para permitir la protección del título?			
	¿Los papeles y responsabilidades de la partera se han explicitado y cuentan con el acuerdo de todas las partes interesadas?			
	¿Las competencias que requiere la práctica segura son explícitas e integrales y aseguran que las parteras que brindan los cuidados sean capaces de hacer bien su papel y cumplir con las responsabilidades acordadas a nivel nacional?			
	¿Las competencias concuerdan con las competencias esenciales para la Práctica Básica de la Partería de la ICM y la lista competencia de la OMS/ICM/FIGO para un asistente calificado del embarazo y el parto?			
	¿El alcance de la práctica para estos profesionales cumple con las prácticas nacionales de cuidados de partería seguros?			

Cont. Anexo 2.1: Logro del cambio en la legislación y regulación de partería para un cuidado de partería seguro

Etapa	Pregunta	Sí	No	Acción requerida
2. Limitantes y barreras jurídicas.	¿Las políticas nacionales y las leyes relacionadas con las drogas y la medicina (incluyendo la prescripción, administración y seguridad) permiten a la partera administrar medicamentos esenciales a las mujeres o los recién nacidos, incluyendo dar medicamentos que salvan vidas para el manejo de una complicación en el embarazo, el parto y/o el período postnatal?.			
	¿Hay políticas y leyes nacionales que permiten a las parteras (y a otros que ejerzan la partería) brindar todos los cuidados necesarios y realizar todas las intervenciones que se necesita para cumplir con su rol y sus responsabilidades?.			
	¿Las políticas y leyes nacionales permiten a las parteras y a otros que ejercen la partería realizar todos los procedimientos que salvan vidas basados en la evidencia y necesarios para asegurar cuidados seguros del embarazo, del parto y de los períodos postnatal y neonatal?.			
3. Estrategias para desarrollar una legislación y regulación efectivas.	¿Hay algún comité o acción conjunta nacional o algún foro de alto nivel establecido para realizar y/o redactar reglamentaciones y licencias para la partería?.			
	¿Ese comité o acción conjunta nacional asegura la representación de todas las partes interesadas, incluyendo mujeres, consumidores y el público en general?.			
	¿Existen mecanismos para asegurar que las voces de las mujeres como usuarias o potenciales usuarias de los servicios de partería se oigan durante la elaboración de estas regulaciones?.			
	¿Hay normas basadas en la evidencia a nivel nacional aplicadas a la práctica de la partería, y mecanismos para auditar y revisar estas normas?.			

Cont. Anexo 2.1: Logro del cambio en la legislación y regulación de partería para un cuidado de partería seguro

Etapa	Pregunta	Sí	No	Acción requerida
4 Cómo lograr el cambio.	¿Existe un proceso para la consulta nacional y para llegar a consenso sobre la regulación y los otorgamientos de licencias que rigen la práctica de partería? ¿Se lo conoce ampliamente, y los marcos de tiempo son adecuados para asegurar que todas las partes interesadas puedan participar?			
	¿Hay cronogramas claros para la aprobación de nuevas regulaciones y el otorgamiento de licencias para la partería?			
	¿Todas los roles y responsabilidades de todos las partes interesadas están claros para lograr la revisión, elaboración de nuevas reglamentaciones y otorgamiento de licencias de partería, incluyendo la implementación de nuevas regulaciones cuando finalmente se las apruebe?			
	¿Se han identificado claramente todos los recursos requeridos para lograr el cambio necesario, incluyendo recursos financieros y humanos?			
5. Seguimiento y evaluación.	¿Se han establecido indicadores clave para hacer el seguimiento de la aplicación de las nuevas reglamentaciones y los mecanismos de otorgamiento de licencias?			
	¿Queda claro quién es responsable de hacer el seguimiento del cumplimiento de las nuevas reglamentaciones?			

Módulo 3

Desarrollo de normas para mejorar el ejercicio de la partería



3.1 Introducción

Un factor crítico para todos los países interesados en reducir la incidencia de su morbilidad y mortalidad materna y asegurar que todos los recién nacidos comiencen su vida de modo saludable, es invertir en el fortalecimiento de asistentes de parto calificados, y garantizar que todas las mujeres –especialmente las pobres y menos favorecidas– puedan acceder a sus destrezas y hacer uso de sus servicios (OMS/ICM/FIGO, 2004). Este módulo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* ofrece un panorama general de lo que se considera un uso adecuado de las normas que rigen la práctica de la partería. El garantizar que las parteras estén capacitadas para desempeñarse a la altura de estándares laborales y profesionales universalmente aceptados y basados en la evidencia constituye uno de los eslabones requeridos para asegurar que todas las mujeres y sus recién nacidos se puedan beneficiar de atención especializada. La implantación de estándares para el ejercicio integral de los cuidados en partería promueve la atención de buena calidad, lo que a su vez debería ayudar a reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal que ostentan muchos países, y particularmente aquellos con recursos limitados.

3.2 Definición y finalidad de las normas

3.2.1 - Definiciones

Si bien existen muchas definiciones de una norma, en el contexto de los servicios de salud se la entiende como una regla que ha sido acordada, y en general se la utiliza en referencia a la calidad. A su vez, desde un punto de vista operativo, la calidad puede definirse, en sí misma y desde una perspectiva operativa, como la medida en la que el servicio brindado cumple con las expectativas o las necesidades.

3.2.2 - Finalidad

Las normas que rigen la práctica son un componente importante de los programas de evaluación de la calidad en la atención de la salud. Actúan como criterios validados externamente de lo que se considera las “mejores prácticas” y sirven para comparar el desempeño del personal de la salud. También pueden servir como puntos de referencia, es decir, establecen ciertos niveles de rendimiento a los que debería aspirar el personal de la salud. La figura 3.1 presenta una reseña general de un marco típico de mejora de la calidad y describe el papel fundamental de las normas en dicho proceso.

La OMS ha elaborado normas genéricas de atención materna y neonatal que pueden servir de base para que los países establezcan sus propias normas de atención nacionales basadas en la evidencia. (Se puede acceder a un set completo de estándares en el link que se encuentra al pie de la página).¹ Las normas de la práctica de partería deben reflejar las normas nacionales y mundiales, y, por tanto, no difieren de las normas establecidas para todos los asistentes calificados.

Un contenido más amplio de las normas de partería incluye además la calidad de la preparación de las parteras² para su papel (Morin y Yan, 2007; ICM, 2010), y las condiciones del medio del sistema de salud en el que trabajan. Por lo tanto, aquellos que buscan fortalecer la partería a nivel nacional también deberían velar por el desarrollo de estándares de calidad que se apliquen para la formación de las parteras, y por el desarrollo de la legislación necesaria que promueva la capacitación de la partera, para que esta pueda participar en la atención clínica al máximo de su capacidad. Esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* tiene otros módulos que sirven de orientación en ese proceso.

¹ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/index.html

² El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería se ve como una profesión exclusivamente abierta a las mujeres. Sin embargo, en algunos países hay hombres que ingresan a la profesión. Aunque la definición internacional ha sido actualizada de modo de reflejar un lenguaje más neutro en cuanto al género, en esta guía se usa el género femenino a los efectos de simplificación.

Glosario de términos empleados en las normas y en el proceso de su establecimiento

Ambiente propicio: Medio donde se brindan cuidados de salud que ofrecen mecanismos (por ejemplo, marco de políticas, recursos humanos, equipos e insumos, sistemas de derivación y enlaces) que sirven de soporte de servicios de salud de calidad, conforme las normas.

Norma: También conocida como “regla” de trabajo, es una forma de trabajo convenida; un punto de referencia del rendimiento esperado (por ejemplo, según lo establecido por los Comités de Consenso o Asociaciones Profesionales).

Servicio de atención de la salud de calidad: Medida en la que el servicio prestado cumple con las normas y colma las expectativas o necesidades.

3.3 Proceso de establecimiento de las normas

Históricamente, las normas de práctica clínica a menudo quedaban en manos de expertos con amplio conocimiento del tema en cuestión, es decir, individuos a los que se les reconocía un profundo conocimiento sobre un tema en particular y la experiencia necesaria como para analizar ese conocimiento en el contexto de su aplicación en la práctica. En el día de hoy, ese conocimiento de una autoridad tiene que ser incrementado con evidencias derivadas de los procesos de investigación que generan información acerca de la eficacia y la efectividad de la acción clínica que se describe en la norma. Las normas están vinculadas a los resultados (efectos), para poder medir su eficacia.

Este nuevo enfoque que se aplica al fijar las normas refleja un mandato profesional que implica dar respuesta a un pedido de la sociedad, quien exige que todos los que brindan cuidados se hagan responsables por la calidad de su atención (Althabe y col., 2008; Laurent y col., 2009). También refleja una demanda social por un valor económico del servicio que reciben (Leidl, 2008; Dall y col., 2009; McGahan y Keusch, 2010).

3.4 Beneficios del uso de normas para las parteras y para la profesión

La existencia de normas redundando en una serie de beneficios muy tangibles para la profesión y para la partera individual.

- Uniformidad. La existencia de normas explícitas escritas no solo hace posible medir de forma más estandarizada, más uniforme; permite además a los clientes, familias y comunidades saber el nivel de los cuidados de partería que cabe esperar. Eso entonces les permite a ellos, así como a quienes dan la aprobación o supervisan los cuidados de partería brindados por el personal, juzgar si las parteras están dando a las mujeres y sus familias la calidad de atención requerida, a un nivel que se considera aceptable y que colme las expectativas de la comunidad (Raven et al., 2011). (En el Módulo 8 se analiza la evaluación de la competencia continua, de acuerdo con los estándares de práctica que van surgiendo o evolucionando.);
- promoción de un ambiente propicio. Las normas pueden incorporar una referencia a los elementos esenciales que se deben instalar para que las parteras puedan realizar las tareas especificadas con eficacia, por ejemplo, que se disponga de los medicamentos, equipos e insumos que son componentes esenciales para

un desempeño efectivo de cualquier norma. En ese sentido, las normas también pueden definir lo que se le exige al sistema de salud, en tanto que infraestructura que permite la prestación de servicios de salud. Esto ciertamente debe incluir una indicación de la información que se necesita para medir la efectividad de la práctica, según lo que establece la norma;

- promoción del diálogo entre los diferentes grupos profesionales.

En el plano nacional hay muchos diferentes cuadros de trabajadores de la salud que se identifican como asistentes calificados. Los estándares de atención clínica para las mujeres y sus bebés a lo largo del embarazo, parto y puerperio y los cuidados del recién nacido son uniformes y se aplican a todos los cuadros de los proveedores de salud (Fox-Young y Ashley, 2010). Las normas sirven de referencia común para todos los grupos de prestadores de salud, planteando cómo cada uno puede servir como un recurso para el otro, para que se apoyen mutuamente en pos del objetivo común: una maternidad segura. Las parteras deben ser francas al abrir los debates sobre las cuestiones de la práctica y las normas, haciendo participar a sus compañeros y colegas en los debates sobre todos los aspectos del sistema de salud que les dificultan o impiden ejercer de acuerdo a las normas. Este diálogo puede conducir al desarrollo de una investigación colaborativa para determinar si las nuevas prácticas identificadas en las normas conducen a resultados similares cuando las llevan a cabo los diferentes cuadros de los prestadores de salud en diferentes ambientes de trabajo.

3.5 Uso de un enfoque basado en la evidencia para establecer y elaborar normas para la formación de las parteras y el ejercicio de la profesión

La ampliación del enfoque de desarrollo de estándares utilizados por la OMS para elaborar las *Normas para la atención materna y neonatal* ofrece un modelo que pueden adoptar las parteras que intervienen en el proceso de establecimiento de normas para cualquier propósito. En ese proceso se incluyen los siguientes pasos:

- Identificación de lo que se busca con cada norma;
- exploración de la evidencia que apoya una recomendación para la acción;
- desarrollo de un modelo a recomendar;
- involucramiento de otros en la discusión del modelo;
- aplicación de la norma;
- seguimiento de la experiencia de quienes aplican la norma;
- examen de esa experiencia, modificación de la norma según lo que se desprenda de esa experiencia y según nuevas evidencias.

3.5.1 - Identificar, definir y luego refinar lo que se quiere tratar en cada norma

Este primer paso implica que hay un propósito legítimo para establecer una norma. En esencia, debe haber algún bien común (un resultado deseable) que se espera alcanzar con la aplicación de esa norma en particular. Ya se ha destacado lo que se puede lograr con el establecimiento de normas para la práctica de la partería y obstetricia clínica para beneficio del bien público y de la misma profesión. Sin embargo, el consenso en cuanto a los resultados deseados debe ser acordado por el grupo más amplio posible de interesados y no solo por el grupo profesional. Entre las normas a considerar se incluye un código de ética del ejercicio de la profesión; este agrega un valor no solo para la profesión (ICM, 2008), sino también para la sociedad civil.

3.5.2. - Exploración de la evidencia

La naturaleza y la calidad de la evidencia que sustentan la práctica clínica según las *Normas para la atención materna y neonatal*, y el proceso a través del cual se extrajo esa evidencia de todo el conjunto de conocimientos que surgen de la investigación, se encuentran descritos en detalle en ese documento (OMS, 2006). La evidencia existente fue complementada por la que surge de estudios observacionales (es decir, de los resultados obtenidos con diseños de investigación más rigurosos, como pueden ser las revisiones sistemáticas y los ensayos controlados aleatorios). En todo momento se consideró además la evidencia clínica (la sabiduría derivada de la práctica).

La misma intención se puede aplicar en la búsqueda de evidencias que sustenten la elaboración de normas para el ejercicio de la partería. El documento *Competencias esenciales básicas para la práctica de la obstetricia* (ICM, 2010) determinó las competencias usando una estrategia similar. La evidencia a favor de la importancia o la eficacia de cada una de las áreas de conocimiento, de las tareas clínicas (destrezas) y habilidades (CDH o KSA, por su sigla en inglés) identificadas como características de la práctica de la partería básica proviene de la literatura de investigación clínica y de los estudios cualitativos que reflejan las preferencias, puntos de vista personales, preocupaciones y valores individuales (Kennedy y col., 2003; Fullerton, Severino y Brogan, 2003; Fullerton y Thompson, 2005; Fullerton, Thompson y Severino, 2011), mientras que para los CDH para los que todavía no se cuenta con estudios científicos se utilizó el consenso clínico como guía. El Módulo 4 de esta guía ofrece un análisis más exhaustivo de este proceso.

La evidencia que respalda las normas para la formación de las parteras es necesariamente de carácter más cualitativo, ya que el tema no se presta al diseño de estudios experimentales más rigurosos. Sin embargo, la información extraída de la experiencia de otros países desarrollados y en desarrollo es importante y se le da un alto valor al definir un modelo de lo que serían las “mejores prácticas” (Herberg, 2005; Wright y col., 2005; Carolan, Kruger y Brown, 2007; Malott y col., 2009; Casey, 2011; Kaaya et al., 2012).

3.5.3 - Desarrollo de un modelo a recomendar

Las parteras deben asumir el liderazgo en el desarrollo de las normas que afectarán el ejercicio de su profesión. A esos efectos son muy útiles las asociaciones internacionales y nacionales. Asimismo, nuevamente se subraya la importancia de la experiencia de otros países, ya que esa experiencia forma parte de la base de la evidencia que sustentaría las eventuales recomendaciones que pudieran surgir.

3.5.4 - Involucramiento de otros en la discusión del modelo

Sin embargo, la determinación del alcance de la educación de la obstetricia o de su ejercicio no compete únicamente a la profesión de partería. Cuando hay diferentes grupos de profesionales a cargo del mismo tipo de cuidados, las normas que rijan su práctica deben elaborarse de manera conjunta. Las parteras pueden tomar la iniciativa en la identificación de los estándares deseados, reflejando los estándares de la ICM. Estos deben ser discutidos y acordados con los representantes del gobierno, de otros grupos profesionales cuyos ámbitos de trabajo se crucen con la partería (por ejemplo: médicos, enfermeras, profesionales de la salud pública), la sociedad civil, los responsables de las políticas de salud, administradores de servicios de salud, y con las mujeres mismas.

3.5.5 - Aplicación de la norma

Para que el nivel de las normas sea bueno, resultan clave algunos criterios, como que sean realistas (factibles) y pasibles de medir. La experiencia de campo genera información importante acerca del provecho (utilidad) que se puede obtener de la norma, como orientación para la formación o la práctica de las parteras, y sobre la factibilidad de cumplir con el criterio de la norma en las circunstancias concretas del ambiente educativo o de trabajo (es decir, en el contexto específico de cada país) (Downe, 2010; Fullerton, et al., 2011). Deben determinarse los indicadores del proceso, con el fin de supervisar diversos aspectos de la experiencia de campo (Nelen y col., 2007; de Bruin-Kooistra et al., 2012). En el anexo se ofrece un modelo de una herramienta de auditoría que se podría utilizar para evaluar la aplicación real de algún elemento de la práctica clínica en particular. También resulta de gran importancia para evaluar el grado de satisfacción (la “vivencia”) de aquellos cuyo trabajo está guiado por la nueva norma. Si los usuarios no se sienten a gusto con los cambios que tengan que hacer para ajustarse a la nueva norma, es poco probable que la adopten.

3.5.6 - Seguimiento de los resultados de quienes aplican la norma

La experiencia de campo por lo general conduce a la identificación de los factores que necesitan mejoras para crear un ambiente propicio para el éxito. Estos requisitos incluyen cosas tales como las políticas y sistemas de apoyo, insumos y equipos esenciales, las necesidades de educación y educación continua, un sistema de supervisión de apoyo y un sistema de información y de datos para registrar e informar los resultados. Deben desarrollarse mecanismos para recibir retroalimentación de las parteras que ejercen en la comunidad, porque el cumplimiento de ciertas normas de la práctica clínica puede verse afectado por las condiciones del sitio en que estas tienen que trabajar (por ejemplo, necesidad de derivar a niveles de atención más complejos).

3.5.7 - Examen de la experiencia, modificación de la norma según lo que indiquen esa y nuevas evidencias

La evidencia está en continua evolución. Las normas no pretenden ser estáticas. Los indicadores de procesos generan importante información acerca de los efectos a corto plazo (los resultados) de la instauración de las normas. Sin embargo, hay que desarrollar un plan para medir el impacto de las normas a largo plazo en la mejora de la calidad de la atención materna y neonatal. El ciclo de auditoría se representa en la Figura 3.2.

3.6 Referencias

Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Alemán. Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Paediat Perinat Epidemiol* 2008; 22 (Suppl. 1): 42-60.

Carolan M, Kruger G, Brown V. Out of the ashes: the new bachelor of midwifery curriculum at Victoria University. *Women Birth*. 2007 20(3):127-130.

Casey M. Interorganisational partnership arrangements: a new model for nursing and midwifery education. *Nurse Educ Today* 2011; 31(3):304-308.

Downe S. Beyond evidence-based medicine: complexity and stories of maternity care. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(1): 232-237.

Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan. The economic value of professional nursing. *Medical Care* 2009; 47(1):97-1094.

De Bruin-Kooistra M, Amelink-Verburg MP, Buitendijk SE, Westert GP. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(3):301-310.

Fox-Young S, Ashley C. Developing an Australian framework for scope of practice decisions by nurses and midwives: lessons for cross-border standards development. *J Clin Nurs* 2010; 19:2235-2241.

Fullerton JT, Johnson PG, Thompson JB, Vivio D. Quality considerations in midwifery pre-service education: exemplars from Africa. *Midwifery* 2011; 27(3):308-315.

Fullerton J, Severino R, Brogan K. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies for midwifery practice. *Midwifery* 2003; 19:174-190.

Fullerton J, Thompson J. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery* 2005; 21:2-13.

Fullerton J, Thompson J, Severino R. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice: an update study, 2009-2010. *Midwifery* 2011; 27(4):399-408.

Herberg P. Nursing, midwifery and allied health education programs in Afghanistan. *Int Nurs Review* 2005; 52:123-133.

International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/Essential%20Competencies%20ENG.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Code of Ethics. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Standards and Guidelines for Midwifery Education. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/MIDWIFERY%20EDUCATION%20PREFACE%20y%20STANDARDS%20ENG.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Kaaya E, Macfarlane S, Mkony C, Lyamuya E, Loeser H, Freeman P et al. Educating enough competent health professionals: Advancing educational innovation at Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzania. *PLoS Medicine* 2012; 9(8):e1001284.

Kennedy HP, Rousseau AL, Low LK. An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery* 2003; 19:203-214.

Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Med Care Res Rev*. 2009; 66 (6 Suppl): 36S-89S.

Leidl R. Promoting economic value in public health. *European J Public Health* 2008; 18(3):216.

Malott AM, Davis BM, McDonald H, Hutton E. Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare?. *J Obstet Gynaecol Canada* 2009; 31(10):974-979.

McGahan AM, Keusch G. Economic valuations in global health. *Global Public Health* 2010; 5(2):126-142.

Morin KH, Yan J. Developing global standards for initial nursing and midwifery education. *J Obstet, Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(3):201-202.

Nelen WL, Herens RP, Mourad SM, Haagen EC, Grol RP, Kremer J. Monitoring reproductive health in Europe: what are the best indicators of reproductive health?: a need for evidence-based quality indicators of reproductive health care. *Human Reproduction* 2007; 22(4):916-918.

Raven J, Hofman J, Adegoke A, van den Broek N. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114(1):4-9.

World Health Organization, International Confederation of Midwives, International Federation of Obstetricians and Gynecologists. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO; 2004.

WHO. Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO; 2006.

Wright S, Cloonan P, Leonhardy K, Wright G. An international program in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium. *Int Nurs Rev* 2006; 52:18-23.

Figura 3.1: Marco para obtener cuidados de calidad

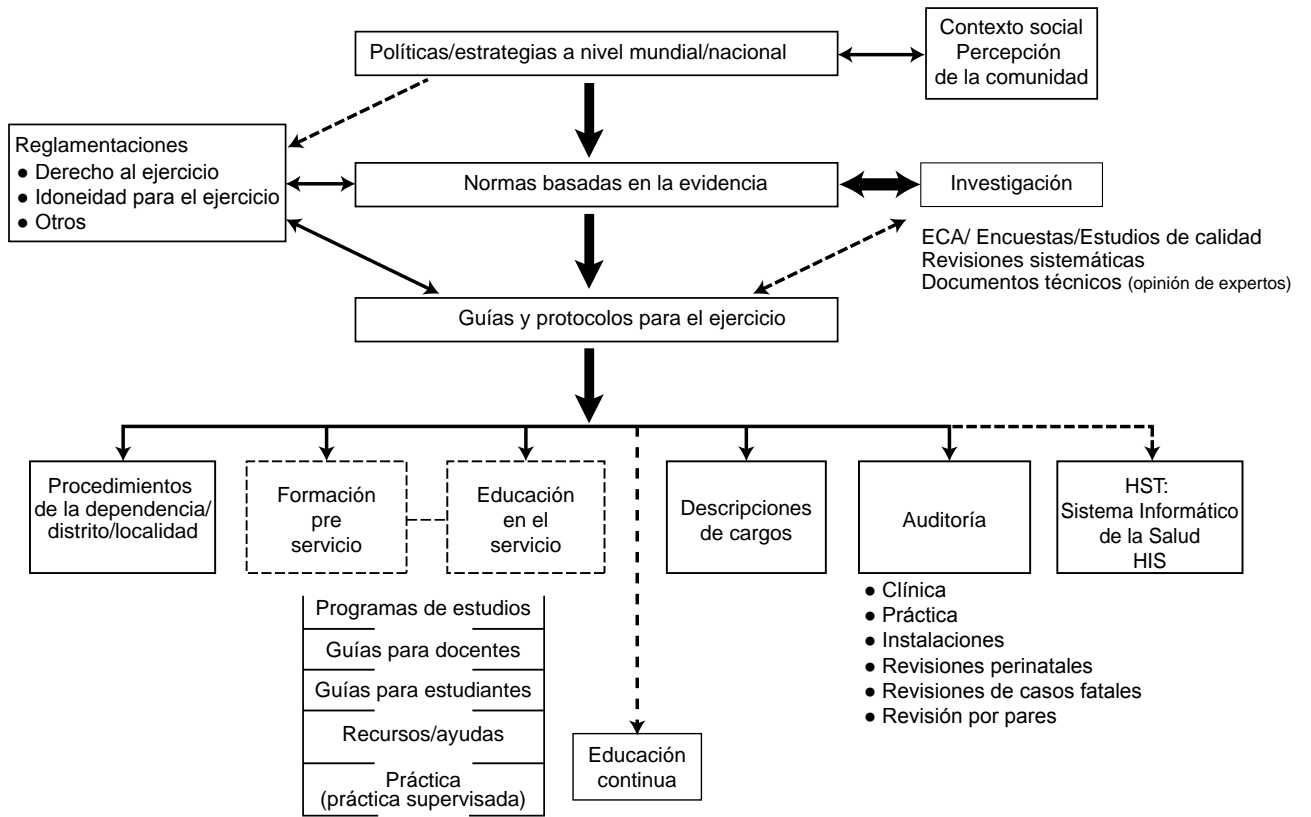
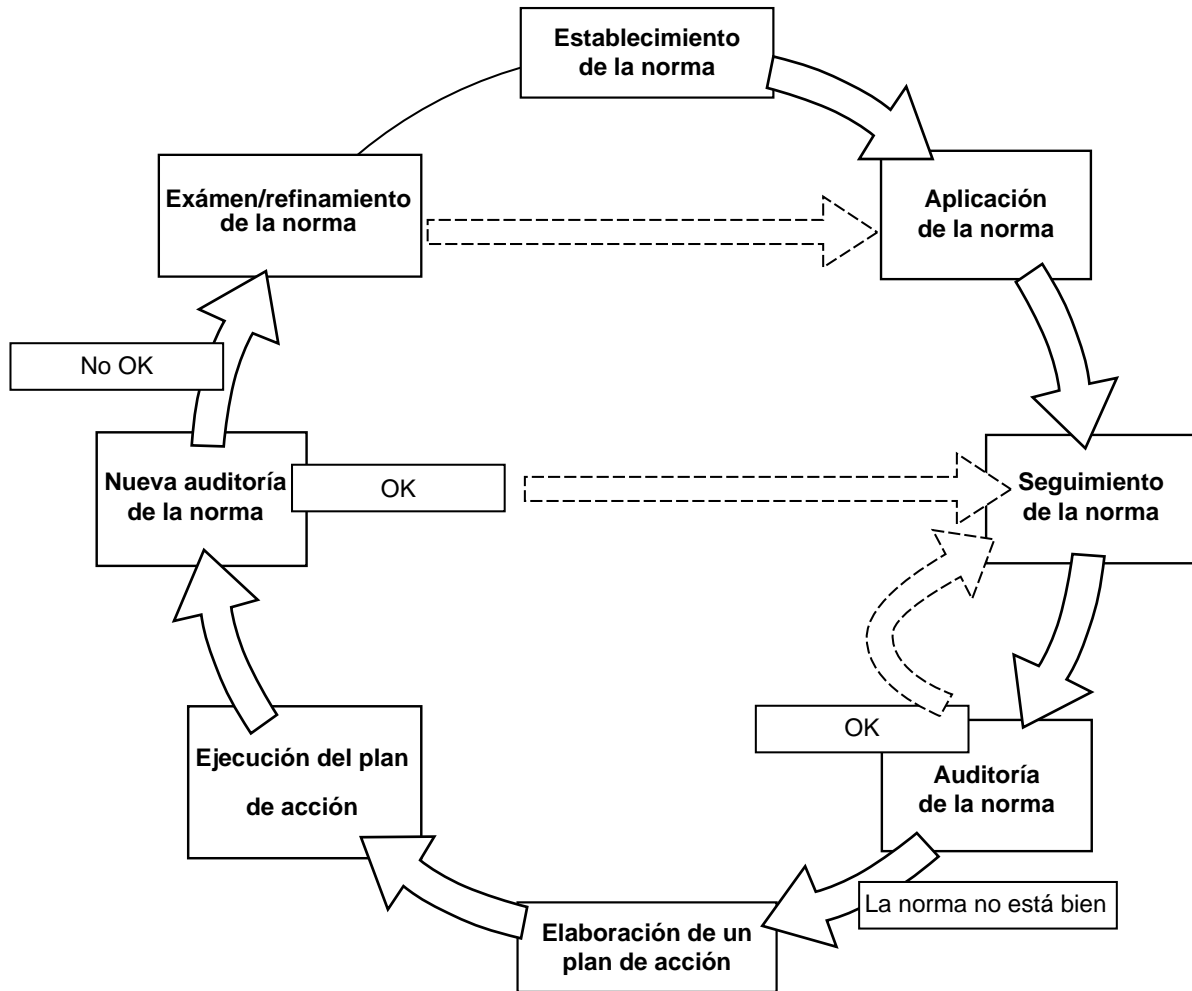


Figura 3.2: Proceso para el establecimiento de normas



Anexo 3.1: Herramienta para la auditoría de la atención neonatal

Norma de atención neonatal: auditoría de seguimiento y exámen prenatal

Localidad donde se realizó la auditoría: _____

Fecha de la auditoría: _____

Nombre de la persona o las personas que realizan la auditoría: _____

A. Lista de verificación

Método:

- 1) Visitar la clínica o la comunidad para observar directamente al personal capacitado para tareas de partería realizar uno o más exámenes prenatales.
- 2) Mantener conversaciones profesionales con el personal de partería.
- 3) Conversar con la mujer embarazada y su marido/familia.
- 4) Examinar todos los registros, incluyendo historias de casos y registros de embarazos.

Crterios	Sí	No
Se programa la visita a la clínica previamente.		
La embarazada sabe dónde atenderse localmente para recibir cuidados prenatales.		
Se dispone de transporte de la comunidad a la clínica.		
Todas las historias están disponibles para su examen.		
Se cuenta con una historia del embarazo para usar.		
El personal de partería bien capacitado ha recibido capacitación sobre el uso de las historias de embarazos.		
Las historias están completas y son exactas.		
Se dispone de equipamiento (en buen estado operativo) para tomar la presión.		
Se dispone de equipamiento (en buen estado operativo) como balanzas o centímetros para medir la circunferencia del brazo, cinta métrica y estetoscopio fetal.		
Se cuenta con todo el equipamiento necesario para la administración de toxoide tetánico y otras inmunizaciones, incluyendo instalaciones apropiadas para almacenamiento refrigerado.		
Cuentan con profilaxis y tratamiento de la malaria (en las áreas de prevalencia de malaria).		
Se cuenta con tratamiento para anquilostomiasis (en las áreas de prevalencia de anquilostoma).		
Se dispone de equipamiento para medir albuminuria y glucosuria.		
Se dispone de equipamiento para análisis de sífilis.		
A nivel local hay equipos o servicios disponibles y / o en funcionamiento para medir la hemoglobina.		
Los suplementos de hierro se consiguen fácilmente.		
Se dispone de lugares para examinar a la mujer embarazada con privacidad.		
Todos los hallazgos se analizan con la mujer embarazada y su marido / familia.		
Se dispone de un sistema de derivaciones plenamente operativo para profundizar los exámenes o para atención de partos de riesgo/alto riesgo.		
Las parteras calificadas del plantel hacen un seguimiento de todas las derivaciones.		
Todos los exámenes y procedimientos se llevan a cabo de la forma convenida; se sigue el proceso tal como está escrito en la norma.		

Firma de la(s) persona(s) que realiza(n) la auditoría

.....

Cont. Anexo 3.1: Herramienta para la auditoría de la atención neonatal

B. Plan de acción

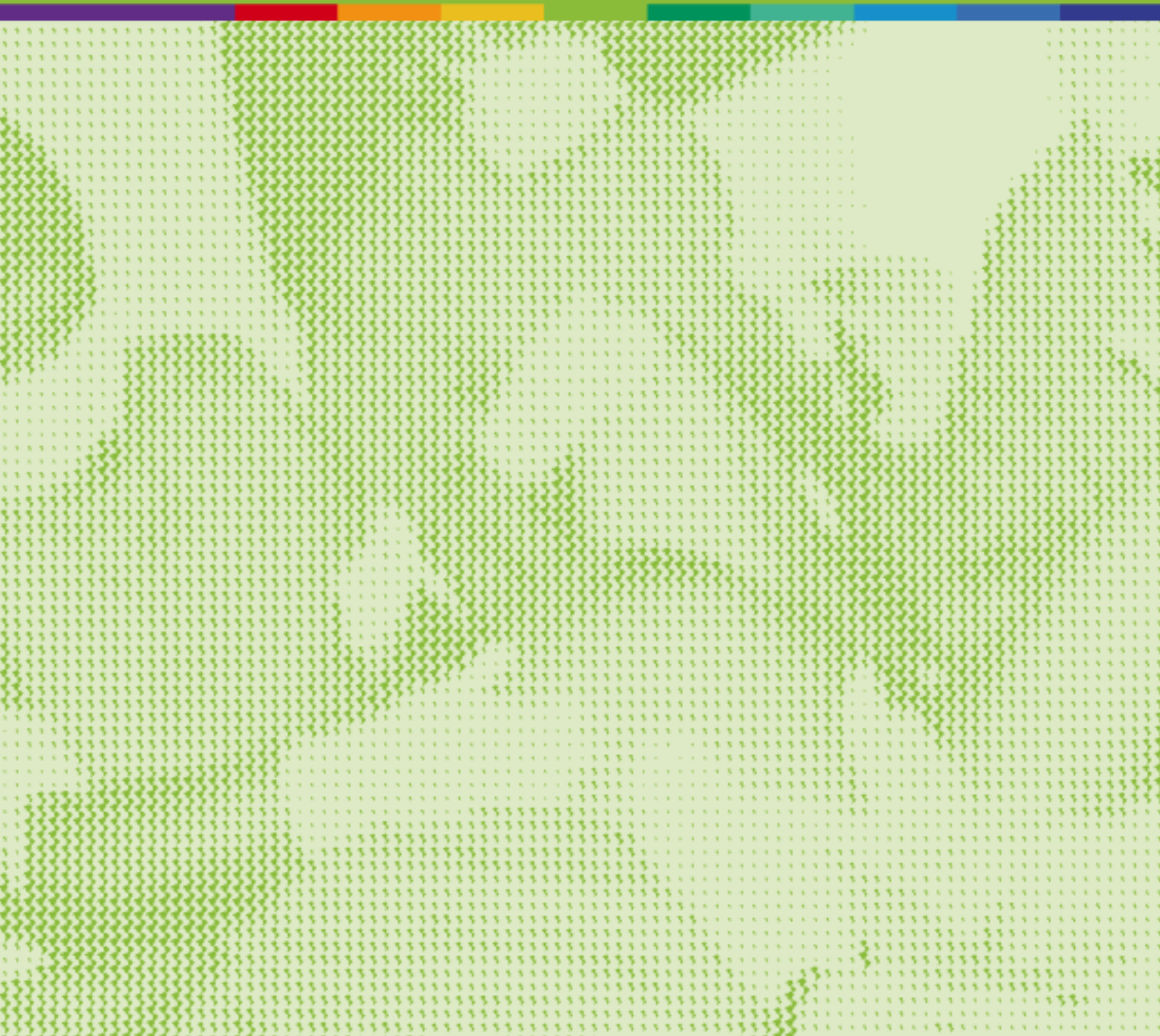
Propósito: Identificar las áreas que necesitan fortalecimiento o corrección, por ejemplo, pre-requisitos o procesos con el fin de garantizar que el nivel está siendo mantenido.

Métodología: Reuniones para discutir los resultados (positivos y negativos) y las acciones necesarias para garantizar que el nivel se mantiene.

¿Están todos los criterios especificados en la lista de verificación para la auditoría de la norma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Sí (si todos los criterios se cumplen): <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay algo que pueda mejorar el proceso? Especifique. • ¿Hay algún otro prerrequisito que podría ser incluido para facilitar el proceso? Especifíquelo. 		No (si no se cumplen todos los criterios de la lista de verificación): <ul style="list-style-type: none"> • ¿Están todos los prerrequisitos en juego? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es No, especifique que está faltando. • ¿El proceso está siendo seguido? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • ¿De acuerdo a lo escrito, el proceso tiene defectos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Si, especifique cual es el defecto. • ¿Qué medida se requiere para corregir el proceso? Especifique. Si están faltando prerrequisitos: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué acciones son necesarias para rectificarlo? Sea específico. 	
		¿Quién es el responsable de implementar las acciones para rectificar todo lo visto arriba?.	
Fecha de la acción que debe ser completada por:	Persona(s) responsable(s) para implementar la acción:	Fecha de la próxima revisión:	Firma del auditor(es)/ supervisor

Módulo 4

Competencias para el ejercicio de la partería



4.1 Introducción

Si bien la evidencia epidemiológica es limitada, hay pruebas históricas convincentes que muestran una significativa relación entre el aumento de la cobertura de la atención materna por personal calificado y la reducción de las tasas de mortalidad materna (OMS, 2005; MacLean 2003). Actualmente se reconoce que la disponibilidad de atención especializada para todas las mujeres en el parto es una estrategia clave para lograr abatir la mortalidad materna (OMS, 2005; Koblinsky y col., 2006; Campbell y Graham, 2006; Hofmeyr y col., 2009; Bhutta y col., 2010).

Por atención especializada se entienden los cuidados brindados a una mujer y su recién nacido durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del nacimiento del niño por un trabajador de la salud calificado (es decir, con la formación y habilitación para ejercer, o sea, “acreditado”) y competente, que cuenta con el equipamiento necesario para trabajar, además de contar con el apoyo de un sistema de salud operativo, que incluye la posibilidad de traslados y centros de derivación para una atención obstétrica o neonatal de emergencia (continuidad de los cuidados).

El papel fundamental que juega esa persona calificada en el abatimiento de los riesgos del embarazo fue reconocido en la declaración de posición emitida conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, la Confederación Internacional de Parteras y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (OMS, 2004). Reconociendo la multiplicidad de profesionales de la salud que pueden proporcionar esa atención especializada, estas organizaciones han acordado referirse a este proveedor de cuidados de la salud como un “asistente calificado”.

Un asistente calificado es un profesional de la salud –como partera, médico o enfermera– que ha recibido la formación y la capacitación necesarias para dominar las habilidades necesarias que se requieren para manejar el parto y el período postnatal inmediato de casos normales (sin complicaciones), y capaz de identificar y manejar las complicaciones en las mujeres y los recién nacidos y derivar los casos necesarios.

Fuente: OMS / ICM / FIGO, 2004

4.1.1 - La partera como una asistente calificada

Una partera que ha sido formada y habilitada para ejercer, de acuerdo con la definición internacional de la partera es reconocida como una asistente calificada (referirse al Módulo 1 por un análisis adicional y para la definición internacional completa de una partera y su ámbito de práctica). Esta definición refleja el compromiso de las parteras de estar preparadas para su papel completando un determinado nivel de estudios, y de ejercer en el marco de un sistema de regulación y supervisión que promueva los más altos estándares de responsabilidad profesional y laboral.

Definición Internacional de la Partera [resumida]

Una matrona o partera es una persona que, habiendo sido admitida en un programa de formación en partería, el cual está debidamente reconocido en el país en el que se encuentra y está basado en las Competencias Esenciales Básicas de la ICM para la práctica de la partería y en el marco de los Estándares Mundiales de la ICM para la educación de las matronas, ha obtenido las calificaciones necesarias para ser registrada y/o autorizada para ejercer la partería y usa el título de “matrona”; y quien ha demostrado competencia en la práctica de la partería.

Fuente: ICM, 2011

4.1.2 - Alcance de la labor de la partera

El alcance de la práctica de la partería utilizado en este documento se basa en la definición de la partera de la ICM. La ICM reconoce que el alcance de la práctica de la partería incluye las siguientes funciones:

- Educar y asesorar sobre salud sexual y dispensar métodos anticonceptivos;
- dar apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- conducir partos bajo su propia responsabilidad;
- detectar complicaciones, brindar atención y referir en emergencias;
- atender al recién nacido y al lactante.

Los cuidados de partería pueden ser proporcionados en cualquier ámbito, incluyendo el hogar, comunidad, hospital, clínica o unidad de salud, dependiendo de cómo se organiza la atención de maternidad en cada país. La atención de las parteras tiene que contar con nexos con los otros prestadores de cuidados de salud en centros de referencia (médicos, enfermeras y especialistas). La partera ofrece los cuidados teniendo en cuenta el contexto de esa atención, es decir, del sistema de salud en el que ella ejerce¹, y considerando las circunstancias especiales del país en cuestión, como problemas de salud específicos y desafíos epidemiológicos (por ejemplo, VIH/SIDA).

Algunas de las funciones que competen a la partera en el parto también pueden ser compartidas con otros cuadros de profesionales de la salud en la comunidad. Los títulos de estas personas pueden variar ampliamente, dependiendo del contexto específico del país (Koblinsky y col., 2006). Algunas funciones pueden ser delegadas a trabajadores de la salud que hayan recibido una formación muy específica para llevar a cabo ciertas tareas relacionadas con los cuidados del embarazo y del parto (a menudo denominado *task sharing* o *task shifting* por su nombre en inglés y que se refieren al compartir o reasignar tareas) (FIGO, 2009; Lehmann et al., 2009; Jejeebhoy et al., 2011; Gessesew et al., 2011; Nabudere, Asimwe y Mijumbi, 2011; Walker et al., 2011). La principal similitud entre los diversos cuadros de prestadores es contar con un *conjunto de destrezas* que promuevan su capacidad de dar atención segura (es decir, *competente*).

4.2 Concepto de la competencia profesional

La responsabilidad profesional para prestar los servicios de partería lleva implícito el compromiso de adquirir y mantener un determinado conjunto de conocimientos, aplicar un enfoque profesional dirigido a la acción (actitudes y comportamientos) y un conjunto de habilidades que al aplicarse aseguran un nivel de competencia en la práctica que promueve la prestación de cuidados seguros. La definición de la competencia es fundamental para entender el compromiso de dar una atención segura.

4.2.1 Definiciones teóricas y operativas

Las diversas definiciones de competencia que aparecen en la literatura se parecen, en cuanto a que reconocen que la competencia es un concepto teórico que incluye a su vez varios conceptos y características, y que cada componente

¹ El uso del género femenino refleja que en muchos países la obstetricia es vista como abierta exclusivamente a las mujeres. Sin embargo, en una serie de países, los hombres ahora están entrando en esta profesión. La definición internacional (ICM, 2011) ha sido actualizada para reflejar un lenguaje más neutro respecto al género; sin embargo, esta guía utiliza el género femenino para facilitar su uso.

contribuye de forma interactiva a una práctica segura (Yanhua y Watson, 2011). La competencia es una compleja combinación de conocimientos, desempeño, destrezas, habilidades, valores y actitudes (Fullerton y col., 2011). Por un lado la competencia consiste en contar con suficientes conocimientos y habilidades como para llevar a cabo ciertas tareas relacionadas con el trabajo, pero por otro lado también incorpora la ética, los valores y la capacidad para la práctica reflexiva. La definición de la competencia también depende del contexto en el que se ejerce. Puede haber más de un modo de practicar de forma competente (Cowan, Norman y Coopamah, 2005a; Fernandez et al., 2012).

Glosario de términos que se refieren a la competencia profesional

Definición conceptual de la competencia: Es la combinación de conocimientos, destrezas y habilidades que permiten a un individuo realizar una tarea específica de modo tal que produzca los resultados deseados.

Definición operativa de la competencia: Se trata de la documentación de un nivel aceptable de rendimiento, a través de un proceso de evaluación estructurado, aplicando normas objetivas de la práctica profesional (conocimientos, destrezas y habilidades) como criterios de calidad.

Definición de competencias de la ICM: La combinación de conocimientos, psicomotricidad, comunicación y habilidades para la toma de decisiones que permiten a una persona realizar una tarea específica para un determinado nivel de competencia (ICM 2011b).

Definición de competencia de matrona de la ICM: La combinación de conocimientos, comportamientos y habilidades profesionales específicas que se manifiestan en un determinado nivel de competencia en el contexto de la educación y la práctica de la partería (ICM 2011b).

Esta definición conceptual fue reflejada por Worth-Butler, Murphy y Fraser (1994) en la declaración sobre los modelos de competencia de la partería que se presentan a continuación.

... los modelos más útiles de competencia conceptualizan a los profesionales competentes como personas que han aprendido una amplia serie de habilidades y conocimientos generales que les permiten realizar su trabajo satisfactoriamente. Un profesional capaz es alguien que sabe hacer uso de ese repertorio de habilidades y conocimientos de diferentes maneras y en diferentes contextos como para desempeñarse de una manera que sea reconocida como competente.

Fuente: Worth-Butler, Murphy y Fraser, 1994

4.2.2 - Los dominios de la competencia

La competencia es uno de los muchos factores determinantes del desempeño. El impacto que tiene el personal calificado se ve reforzado cuando ese personal cuenta con la formación debida, tiene el equipamiento y los insumos que necesita y trabaja en el marco de un sistema de salud y normativo que propicia y fomenta el pensamiento crítico y la idoneidad clínica (de Bernis, y col., 2003; Kak, Burkhalter y Cooper, 2001) (figura 4.1). Sin embargo, un aspecto fundamental es que hay varias características personales que son generalmente aceptadas como los componentes individuales de la competencia:

- El conocimiento cognitivo es la comprensión de los principios teóricos de una práctica segura (la comprensión de hechos y procedimientos). El conocimiento se adquiere a través del aprendizaje individual (por ejemplo, la lectura, la discusión, la deliberación, el debate) y por medio de mentores (la observación de los demás, recibiendo opiniones, retroalimentación). El conocimiento de la partería se adquiere a lo largo de una vida de ejercicio, ya que implica necesariamente la comprensión tanto de conocimientos fundamentales (básicos) como de los principios científicos en continua evolución;
- el conocimiento científico debe trasladarse a la aplicación práctica; esto se refleja en la realización de las *destrezas clínicas* (la capacidad de llevar a cabo acciones específicas). Los conocimientos de partería se adquieren con la práctica clínica dirigida (también conocida como tutoría clínica o preceptoría) (Licquirish y Seibold, 2008);
- necesariamente, la competencia también incluye un conjunto de atributos personales, es decir, las *habilidades* personales. Estos atributos son bastante más difíciles de describir o definir, ya que son intangibles. Son, sin embargo, perceptibles, y se reflejan en la manera en que una persona aplica sus conocimientos y habilidades al brindar cuidados clínicos. Entre ellos se incluyen atributos tales como las habilidades de comunicación (hablar y escuchar), la capacidad de fomentar relaciones interpersonales de apoyo, la capacidad de respetar las diversas culturas y tradiciones, y la disposición a comunicarse con sensibilidad con comunidades, familias e individuos;
- las habilidades del *pensamiento crítico* son atributos de especial importancia. Se define el pensamiento crítico como un proceso intencional de criterio autorregulador (Turner, 2005). Esto abarca los procesos cognitivos que constituyen el pensamiento profesional (Profetto-McGrath, 2005). La aplicación del pensamiento crítico en la práctica del parto está ligada a la toma de decisiones clínicas (Fesler-Birch, 2005), al razonamiento diagnóstico, al criterio clínico y a la resolución de problemas. Se trata de un proceso de pensamiento reflexivo y razonable;
- la confianza, entendida como la comodidad en el desempeño real de una habilidad autoevaluada en la propia capacidad de hacer constituye un complemento necesario a la competencia. La partera puede haber adquirido y demostrado la capacidad de realizar una tarea con un cierto nivel esperado de precisión técnica en un momento determinado, pero puede no haber alcanzado ningún grado de garantía interna de calidad, de poder hacerlo si es llamada a desempeñar las habilidades y particularmente en situaciones de emergencia o cuando otra asistencia especializada no está inmediatamente disponible (Cooper et al, 2012; Fasan et al, 2012);
- la competencia técnica lograda para cualquier habilidad y la correspondiente confianza, en la ejecución de las tareas, raramente se mantuvo en el mismo nivel, incluso en el día a día (Escocia y Bullough, 2004; Gardner et al, 2008.). Dado que las condiciones, circunstancias y situaciones poco comunes que afectan el pico de rendimiento, cambian, se modifica a su vez la capacidad de las parteras en el desempeño competente de cualquier tarea;

- la competencia también incluye la manifestación de *conductas profesionales*, como las actitudes y los valores que se reflejan en el contexto ético en el marco del cual se lleva a cabo la práctica profesional (Vanaki y Memarian, 2009; Graber et al., 2012). Hay ciertos atributos que pueden ser considerados como característicos de la práctica profesional (por ejemplo, los conceptos de cuidar a alguien, la empatía o la compasión). Sin embargo, el contexto social, religioso y cultural de un individuo influye en la manera en que estos atributos se pueden manifestar o expresar.

También es importante señalar que, además de las competencias vinculadas a la prestación de una atención de calidad al paciente, dentro de un contexto de trabajo en particular se puede llegar a requerir que la persona tenga muchas competencias más, y más amplias. Entre los ejemplos se incluyen las competencias vinculadas a la gestión y organización de los servicios a prestar, y cómo estimular la participación activa de una comunidad y la promoción de políticas de salud.

4.3 Componentes clave del ejercicio de la partería

4.3.1 - Conceptos clave de la partería

Los conceptos clave que definen el papel singular que tienen las parteras en la promoción de la salud de la mujer y las familias donde nacen niños abarcan:

- Trabajar con las mujeres para promover su autocuidado y su salud, y la de sus hijos y familias;
- respetar la dignidad humana y tratar a las mujeres como personas que gozan de los derechos humanos plenos;
- promover a las mujeres cuyas voces han sido silenciadas;
- empoderar a las mujeres que trabajan para obtener un mejor cuidado de la salud;
- tener sensibilidad cultural, y trabajar con las mujeres y otros profesionales de la salud para superar las prácticas culturales perjudiciales para las mujeres;
- concentrarse en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- ver el embarazo como un acontecimiento normal de la vida.

Las parteras no solo se dedican a brindar servicios competentes de partería, sino que también se comprometen a adoptar medidas tendientes a reducir la vulnerabilidad económica y social de las mujeres (Filippi y col., 2006). Las parteras reconocen que el mayor impacto en la salud materna e infantil a nivel mundial comienza con el logro de una situación para la mujer que garantice la equidad y el acceso a las necesidades básicas para permitirle una vida saludable, como nutrición y vivienda adecuadas, agua potable y saneamiento (OMS, 2005; Tyer-Viola y Cesario, 2010).

4.3.2 - Modelo de atención de las parteras

El modelo de atención de partería se basa en el hecho de que, si bien el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida, a lo largo de la edad fértil de la mujer, en cualquier momento pueden aparecer complicaciones. El modelo incluye:

- Monitorear el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y su familia durante la edad de procrear de la mujer;
- proporcionar a la mujer asesoramiento personal que sea apropiado desde el punto de vista cultural, educación, consejería, apoyo y atención prenatal;
- dar asistencia continua durante el trabajo de parto, el parto y el postparto inmediato, y un apoyo periódico durante el período postnatal;
- establecer una buena relación (*rapport*) para hacer que la mujer se sienta segura de sí misma al dar a luz y para que se adapte a su nueva dinámica familiar;
- reducir al mínimo las intervenciones tecnológicas innecesarias durante el parto;
- identificar la aparición de complicaciones, ofreciendo atención de emergencia y derivando a los recién nacidos y mujeres que requieren atención especializada, sea obstétrica o de otro tipo.

4.3.3 - Toma de decisiones basada en la evidencia

El proceso de toma de decisiones de la partera se organiza recurriendo a una serie de fuentes de conocimiento, preceptos intuitivos, y a la capacidad de pensar críticamente y desarrollar un criterio clínico sólido. El proceso de la partería es dinámico y sistemático. Responde al estado de salud cambiante de cada mujer y prevé los problemas potenciales. Las parteras involucran a las mujeres y sus familias a lo largo de todo el proceso de toma de decisiones y en la elaboración de un plan de atención que propicie un embarazo saludable y un parto seguro, así como en su adaptación a la nueva situación familiar (figura 4.2).

4.4 Competencias clave para el ejercicio de la partería

4.4.1 - Conocimientos, destrezas y habilidades esenciales para el ejercicio de la partería

ICM tomó la iniciativa en la identificación de las competencias esenciales de las parteras, como un prerrequisito para garantizar las buenas prácticas. Son varias las organizaciones que elaboraron listas similares de los atributos de la competencia que se ajustaran a sus propias necesidades y propósitos. Por ejemplo, la OMS (OMS, 2000) presenta una lista de competencias en una de las guías clínicas de la serie para el Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (IMPAC). La OMS, la ICM y la FIGO publicaron un conjunto de “competencias y habilidades básicas” destinadas al personal calificado, como apoyo de su declaración conjunta (OMS–ICM, FIGO, 2004). La OMS recientemente publicó una lista de competencias básicas para diversos cuadros de ocupaciones en salud y profesionales que trabajan en los servicios de salud sexual y reproductiva (OMS, 2011).

Las asociaciones de parteras de diversos países pueden a su vez elaborar sus propias descripciones de conocimientos, destrezas y habilidades (CDH) que se apliquen particularmente a esos países y que consideren esenciales para el ejercicio de la partería. Estas listas de CDH pueden ser iguales a la lista de la ICM (el documento de referencia internacional), o pueden haber sido modificadas para reflejar las competencias específicas que se incluyen o excluyen del dominio de la práctica de la partería en ese país (Homer y col., Butler, Fraser y Murphy, 2008; Fleming et al., 2011).

Asimismo, puede haber listas de CDH desarrolladas por las autoridades rectoras a nivel de cada país. Por un lado es sabido que los conocimientos y habilidades que se esperan de las denominadas “parteras” se definen de manera diferente a nivel internacional, más allá de las fronteras de cada país. También puede ocurrir que haya varias categorías de parteras aun dentro de un mismo país (por ejemplo, puede haber diferentes categorías, como las parteras equiparadas o registradas); Cada categoría tiene un diferente dominio de la práctica clínica, que puede ser más limitado o más amplio, por lo que puede ser necesario elaborar diferentes listas de CDH con el propósito de definir lo que se puede y lo que se debe esperar que sepa hacer. Esta falta de consenso en la definición y el campo de la práctica de las “parteras” limita lo que se puede conocer acerca del papel de las parteras a nivel mundial y su aporte a la mano de obra calificada.

4.4.2 - La evidencia que avala las competencias

La lista de competencias para las tareas elaborada por ICM tiene dos ventajas en particular, por lo que se recomienda usarla como un documento de consulta. En primer lugar, la lista de tareas fue generada por y para la comunidad de asociaciones de partería integrantes de ICM –es decir, una comunidad cuya práctica se vería afectada por la lista. En segundo lugar, el documento está respaldado por las referencias a la evidencia que motiva los enunciados de tareas que se incluyen en la lista.

La ICM se abocó a un proceso formal de investigación, a fin de generar, primero, y luego afirmar su lista de CDH, que apareció en 2004 bajo el nombre: *Competencias esenciales básicas para ejercer la partería*. La investigación del relevamiento condujo a la elaboración de la lista de CDH (Fullerton, Severino y Brogan, 2003). Los estudios de campo llevados a cabo en 17 países de todas las regiones del mundo afirmaron la importancia de cada uno de los CDH, ya sea como competencia básica o adicional para la práctica de partería. Las destrezas básicas son aquellas que cabe esperar que dominen todas las parteras profesionales, y se las puede caracterizar como competencias absolutamente esenciales (*core*). Las CDH adicionales son aquellas que amplían el alcance de la práctica, y pueden ser particularmente importantes dependiendo del medio en el que ejerce la persona (por ejemplo, aspiración manual endouterina). La ICM actualizó posteriormente la lista de competencias, nuevamente afirmando la calificación de básica o adicional para cada elemento de CDH, basándose en una encuesta mundial de 88 de las asociaciones de países miembros que integran la ICM. La lista actual (ICM, 2010b) agrega un nuevo dominio sobre los servicios de cuidados relacionados con el aborto.

ICM fue más allá de elaborar las listas: vinculó las declaraciones de competencia con pruebas que avalaban su importancia o efectividad (Fullerton y Thompson, 2005). La evidencia fue tomada de la literatura de investigación clínica (por ejemplo, ensayos clínicos aleatorizados) (Miller y col., 2003; Barkhordarian et al., 2012), así como de los estudios cualitativos sobre las preferencias individuales, que muestran las visiones, inquietudes y valores individuales (Kennedy, Rousseau y Low, 2003). Hay muchas cuestiones clínicas para las que aún no se dispone de estudios científicos que sirvan de orientación. En esos casos se utilizó el consenso de expertos clínicos como base de evidencia (Buetow, 2002; Fullerton, Thompson y Severino, 2010).

4.4.3. - Las declaraciones de competencia de la ICM como recurso: afirmaciones y adaptaciones

La lista de competencias esenciales de ICM cumple un propósito más amplio, al servir como recurso básico y como documento de referencia. No debe ser aprobada para usar con ningún propósito sin antes revisar y afirmar que se ajusta a las realidades locales de los países o regiones. Se entiende que la lista completa de los enunciados de tareas básicos y adicionales representa todo un espectro de la práctica (de lo mínimo a lo máximo). Se insta a quienes deseen utilizar esta lista como punto de partida para sus propios fines a tomar las medidas ilustradas en la Figura 4.3, para que las declaraciones les sirvan para esos fines.

Los enunciados de tareas de ICM y cualquier lista de ese tipo desarrollada a nivel de país deben ser considerados “documentos vivos”, es decir, nunca estáticos; siempre están cambiando. Hay que revisarlos periódicamente para asegurar que la lista se mantenga actualizada, completa y adecuada para su propósito. La evidencia que apoya la relevancia e importancia de la declaración de cada tarea individual también debe ser revisada periódicamente, para asegurar que los enunciados de tareas reflejen el estado actual de la ciencia, a medida que aparecen nuevos datos que, o bien apoyan la práctica actual, o bien aportan una razón de peso para plantear que hay que cambiarla.

El documento de ICM *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (Competencias esenciales para la práctica básica de la partería)* se encuentra disponible en la página web de la Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives o ICM) en <http://www.internationalmidwives.org/Whatwedo/Policyandpractice/ICMGlobalStandardsCompetenciesandTools/GlobalStandardsEnglish/tabid/980/Default.aspx>

4.5 Referencias

- Barkhordarian A, Ramchandani MH, Dousti M, Kelly-Gleason L, Chiappelli F. Disseminating the best available evidence: New challenges in public reporting of health care. *Bioinformation* 2012; 8(7):293-295.
- Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010; 375(9730):2032-2044.
- Butler M, Fraser D, Murphy R. What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration?. *Midwifery* 2008; 24, 260-269.
- Buetow S. Beyond evidence-based medicine: bridge-building a medicine of meaning. *J Eval Clin Practice* 2002; 8:103-108.
- Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368:1284-1299).
- Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S et al. Simulation based learning in midwifery education: a systematic review. *Women Birth* 2012; 25(2):64-78.
- Cowan D, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept: a focused review of the literature. *Nurse Educ Today* 2005; 25(5):355-362.
- De Bemis L et al., , Sherratt DR, AbouZahr C, Van Lerberghe W. Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. *Br Med Bull* 2003; 67:39-57.
- Fasan J, Zavarise D, Palese A, Marchesoni D. Midwifery students' perceived independence within the core competencies expected of the midwifery community upon graduation: an Italian study. *Int Nurs Rev* 2012;59(2):208-214.
- Fernandez N, Dory V, Louis-Georges S, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education* 2012; 46:357-365.
- Fesler Birch DM. Critical thinking and patient outcomes: a review. *Nursing Outlook* 2005; 53(2):59-65.
- Filippi V , Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet* 2006; 368:1535-1541.
- Fleming V, Pehlke-Milde H, Davies S, Zaksek T. Developing and validating scenarios to compare midwives' knowledge and skills with the International Confederation of Midwives' essential competencies in four European countries. *Midwifery* 2011; 27(6):854-860.
- Fullerton J , Ghérissi A, Johnson P, Thompson J. Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. *Int J Childbirth* 2011; 1(1):4-12
- Fullerton J, Severino R, Brogan K. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies for midwifery practice. *Midwifery* 2003; 19:174-190.
- Fullerton J, Thompson J. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives essential competencies Confederation for midwifery practice. *Midwifery* 2005; 21:2-13.
- Fullerton J, Thompson J, Severino R. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice: an update study, 2009-2010. *Midwifery* 2010; 27(4):399-408.
- Gardner A, Hase S, Gardner G, Dunn SV, Carryer J, From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice. *J Clin Nurs* 2008; 17(2):250-258.
- Gessew A, Barnabas GA, Prata N, Weidert K. Ask shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113(1):28-31.

Graber DR, Mitcham MD, Coker-Bolt P, Wise HH, Jacques P, Edlunc B et al. The Caring Professionals Program: educational approaches that integrate caring attitudes and empathic behaviors into health professions education. *J Allied Health* 2012; 41(2):90-96.

Hofmeyr GH, Haws RA, Bergström S, Lee AC, Okong P, Darmstadt GL. Obstetric care in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up?. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107(Suppl): S21-44; S44-45.

Homer C, Passant L, Kildea S, Pincombe J, Thorogood C, Leap N. The development of national competency standards for the midwife in Australia. *Midwifery* 2007; 23(4):350-360.

International Confederation of Midwives. Essential competencies for midwifery practice. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/global-standards-competencies-and-tools.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Definition of the midwife. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives Glossary of terms. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/GENERAL%20GLOSSARY%20OF%20TERMS%20ENG%20_revised_db_12-oct-11.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Federation of Obstetricians and Gynecologists. Safe Motherhood and Newborn Health Committee. Human resources for health in the low-resource world: collaborative practice and task shifting in maternal and neonatal care. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105(1):74-76.

Jejeebhoy SJ, Kalyanwala S, Zavier AJ, Kumar R, Mundle S, Tank J, et al. Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? *Contraception* 2011; 84(6):615-621.

Kak N, Burkhalter B, Cooper M. Measuring the competence of healthcare providers. Quality Assurance Project. Operations Research Issue Paper 2001; 2(1) Disponible en: <http://www.hciproject.org/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Kennedy HP, Rousseau AL, Low LK. An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery* 2003; 19:203-214.

Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006; 368:1377-1286.

Lehmann U., Van Damme W, Barten F, Sanders D. Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resources Health*. 2009; 7:49.

Licquirish S, Seibold C. Bachelor of Midwifery students' experiences of achieving competencies: the role of the midwife preceptor. *Midwifery* 2008; 24(4):480-489.

Maclean G. The challenge of preparing and enabling "skilled attendants" to promote safe childbirth. *Midwifery* 2003;19:163-169.

Miller S Sloan NL, Winikoff B, Langer A, Fikree FF. Where is the "E" in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(1):10-18.

Nabudere H, Asimwe D, Mijumbi R. Task shifting in maternal and child health care: an evidence brief for Uganda. *Int J Techn Assess Health Care* 2011; 27(2):173-179.

Profetto McGrath J. Critical thinking and evidence based practice. *J Professional Nurs* 2005; 21(6):364-371.

Scotland, GS, Bullough CH. What do doctors think their caseload should be to maintain their skills for delivery care? *Int J Gynaecol Obstet* 2004;7(3):301-207.

Turner P. Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. *Nurs Educ Perspec* 2005; 26(5):272-277.

Tyer-Viola LA, Cesario SK. Addressing poverty, education, and gender equality to improve the health of women worldwide. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 39(5):580-589.

Vanaki Z, Memarian R. Professional ethics: beyond the clinical competency. *J Professional Nurs* 2009; 25(5):285-291.

Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidencebased practice guidelines? *J Midwifery Womens Health* 2012; 57(1):18-27.

World Health Organization, International Confederation of Midwives, International Federation of Obstetricians and Gynecologists. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Essential Care Practice Guide for Pregnancy and Childbirth. Geneva: WHO; 2000.

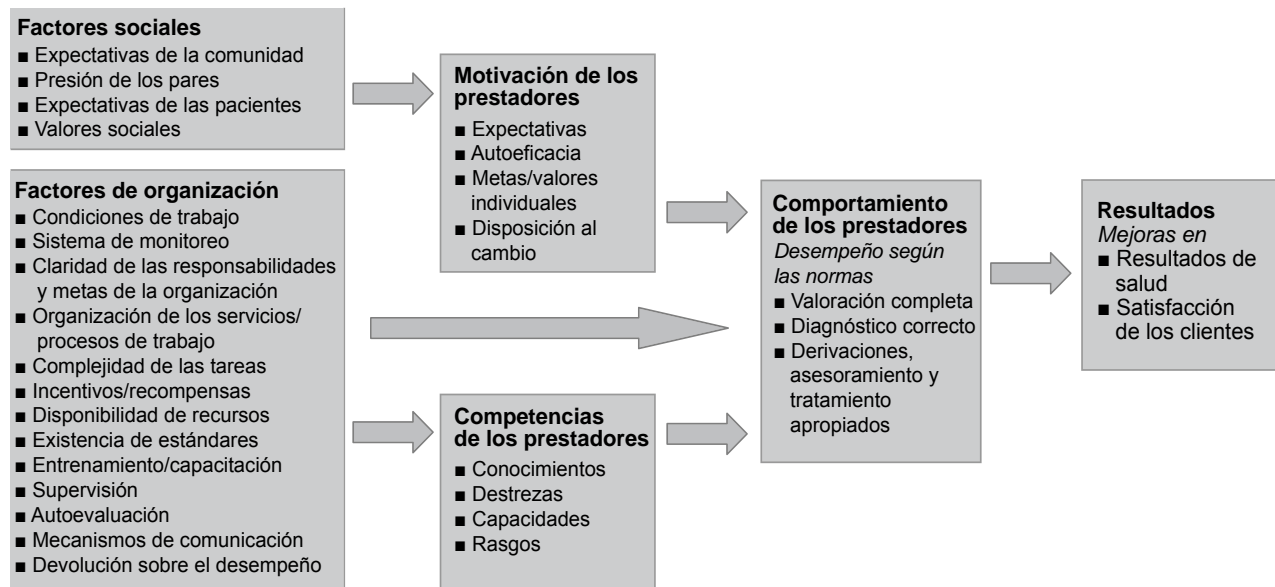
World Health Organization. Sexual and reproductive health: Core competencies in primary care. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/ [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. The World Health Report 2005: make Every Mother and Child Count. Geneva:WHO; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Worth-Butler M, Murphy RJL, Fraser DM. Towards an integrated model of competence in midwifery. *Midwifery* 1994; 10:225-231.

Yanhua C, Watson R. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Educ Today* 2011;31(8):832-836.

Figura 4.1: Determinantes del desempeño del prestador de cuidados de salud según las normas



Kak N, Burkhalter B, Cooper M. Measuring the competence of healthcare providers. Operations Research Issue Paper 2(1): Bethesda MD. Publicado para U.S. Agency for International Development Quality Assurance Project, 2001. *Reproducido con autorización.*

Figura 4.2: Marco de decisiones

- Paso 1:** Recabar sistemáticamente información hablando con la mujer y la familia, a partir de las historias médicas, exámenes y pruebas de laboratorio, para poder realizar una evaluación completa de la madre y/ o su hijo.
- Paso 2:** Identificar los problemas (reales y potenciales) basados en una correcta interpretación de la información recogida en el paso 1.
- Paso 3:** Elaborar un plan de cuidados integral con la mujer y su familia conforme las necesidades de la madre o del niño, y respaldado por la información recogida.
- Paso 4:** Ejecutar un plan de cuidados, actualizándolo continuamente dentro de un marco de tiempo apropiado.
- Paso 5:** En conjunto con la mujer y su familia, evaluar la eficacia de los cuidados brindados, considerando alternativas si los resultados no son satisfactorios, volviendo al paso 1 a recoger más información y/o elaborar un nuevo plan.

Figura 4.3: Desarrollo de las competencias de ICM para que sean útiles a nivel nacional

Pasos	Finalidad y aplicación
1. Comparar las declaraciones de competencias de ICM con cualquier lista similar de CDH que pueda existir, que describa el alcance de la práctica de la partería en el país.	Los responsables políticos y los educadores pueden utilizar este método para identificar las áreas de coincidencia entre los documentos. Luego se utilizará esa información con el propósito de afirmar la selección de un conjunto de CDH como las “competencias básicas para la práctica de la partería”, tal como se define en los documentos normativos, y para elaborar un plan de estudios para la formación de parteras.
2. Identificar y especificar los CDH de ICM que no estén reflejados actualmente en otros documentos de referencia.	Los responsables políticos y los educadores deben incluir deliberadamente los CDH “básicos” basados en la evidencia de ICM como función “básica” para la práctica de la partería en el país.
3. Identificar CDH que sean pertinentes para el campo de aplicación de la partería en el país, y que resulten esenciales para una atención segura.	Se pueden seleccionar algunos o todos los enunciados de las tareas identificadas por la ICM como conocimientos de partería “básicos” para discutirlo específicamente. Siempre hay que concentrarse en la selección de los CDH que tienen vínculos claros con la evidencia que muestra que la tarea en particular es una destreza que salva vidas. Estos CDH serían identificados como las prioridades de supervisión de las parteras y para el seguimiento y la evaluación de la competencia continua de las parteras en la práctica.
4. Identificar barreras regulatorias que pudieran limitar a la partera, impidiéndole realizar una determinada función.	Para defender el agregado de un CDH en particular al ámbito de la práctica de la partería en cualquier país o región, donde en la actualidad pueda no ser una función aprobada de la práctica debe usarse como base la evidencia de su vinculación con una atención segura.

Módulo 5

Elaboración de un programa curricular de partería para una maternidad segura: guías para los programas de formación de parteras



5.1 Introducción

Este módulo ofrece una orientación a aquellos interesados en mejorar los servicios de salud reproductiva para todos, a través del fortalecimiento requerido para desarrollar el conocimiento, las destrezas y capacidades de quienes efectivamente prestan esos servicios de salud. En ese sentido, cobran una particular importancia los servicios dirigidos a hacer que el embarazo, el parto y la atención postnatal sean más seguros. El contenido de este módulo ofrece una guía para la elaboración de un currículo de partería basado en una filosofía y un marco ético de parteras profesionales y los principios generales de una práctica educativa sólida. Aborda consideraciones para elaborar un currículo de partería ligado a los resultados esperados en el proceso educativo. Ofrece una orientación general para lograr una docencia efectiva, tanto a nivel académico como clínico. Presenta principios básicos que apuntalan una evaluación justa y válida de las estudiantes en las fases teórica y clínica de su formación. En el Anexo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* se presentan los elementos esenciales de un currículo de partería, que puede servir de recurso a quienes estén desarrollando un programa de estudios para parteras.

5.2 Papel de las parteras en los servicios de salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva fue adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas que tuvo lugar en El Cairo en 1994. Se trata de un concepto holístico que abarca la salud de la mujer desde su nacimiento hasta la menopausia. La salud reproductiva es una parte crucial de la salud general. Afecta –y a su vez se ve afectada por– el contexto más amplio de la vida de la gente, incluyendo las circunstancias económicas, la educación, el empleo, condiciones de vida y ambiente familiar. Asimismo, las relaciones sociales y de género, así como las estructuras tradicionales y jurídicas, pueden a su vez afectar la salud reproductiva de la mujer (Cottingham et al., 2010; Roseman y Reichenbach, 2010).

Todos los involucrados con la salud pública consideran que la obtención de la salud, incluyendo la salud reproductiva, es de fundamental importancia y resulta crucial para alcanzar la ambiciosa meta que se fijó en la Declaración del Milenio y todos los objetivos que en ella se establecen. Para cumplir las metas específicamente dirigidas a mejorar la salud materna, “reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015” y “reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de cinco años para 2015” es vital contar con un plantel suficiente de trabajadores de la salud con los estudios y el entrenamiento adecuados.

Las parteras constituyen una parte clave de esta fuerza laboral, ya que son ellas las que a menudo brindan el primer nivel de atención a las mujeres y sus familias y trabajan con las comunidades para ayudar a promover la salud. Las parteras son capaces de reconocer las complicaciones cuando estas surgen, y de emprender las acciones de primera línea necesarias en dichas circunstancias. Es importante revisar el currículo de las parteras de modo que refleje el concepto de salud reproductiva que permita prepararlas para su papel y sus responsabilidades al impartir cuidados de partería dentro de un concepto más amplio de salud reproductiva.

De no apreciarse los aspectos más amplios vinculados a la reproducción y la salud reproductiva, las parteras verán cercenada su capacidad de ofrecer todo el espectro de sus servicios, incluyendo aquellos que en el pasado eran vistos como que excedían los confines de la salud materna e infantil y de la planificación familiar. Los anexos 1 y 2 de este módulo fueron específicamente preparados para ayudar a revisar los programas de formación de las parteras aplicados en los diferentes países en la actualidad, contribuyendo así a revisar el currículo existente, o elaborar uno nuevo.

Para poder responder a las necesidades de las familias en lo que concierne la salud reproductiva, tiene que haber servicios asequibles y aceptables. También se debe incluir educación sobre temas de familia que permitan prevenir problemas futuros en la esfera de la salud reproductiva. Entre las necesidades educativas y de servicios se incluyen la de contar con información fácil de comprender, consejeros calificados, detección temprana y manejo precoz de los problemas sanitarios, y la prestación de atención y rehabilitación adecuadas.

La evidencia histórica demuestra que la existencia de un sistema sanitario preocupado por los asuntos reproductivos, basado en el cuidado brindado por parteras, ayuda a reducir la morbilidad materna e infantil con una buena relación costo-beneficio (Loudon, 1992). Es por eso que se sugiere que las parteras bien calificadas podrían desempeñarse como agentes clave para la atención de la salud reproductiva, mejorar el estado de salud general de mujeres, hombres y niños, ya que eso redundaría en beneficios para la sociedad toda. Finalmente, a esta altura es un hecho reconocido que la intervención crucial para reducir la morbilidad y mortalidad maternas y asegurar a los recién nacidos un inicio de vida saludable es tener prestadores de servicios de salud competentes con destrezas en partería presentes en todos los nacimientos, es decir, *una asistente calificada*¹ (Koblinski y col., 2006; OMS/ ICM/ FIGO, 2004). El profesional de la salud más idóneo para ofrecer todas las destrezas necesarias para una atención efectiva durante el período intergestacional, el embarazo, parto y postparto normales (incluyendo los cuidados del recién nacido normal) es la partera, si bien se reconoce que hay otros trabajadores de la salud que también pueden tener algunas de las destrezas que constituyen el caudal habitual y esencial de las parteras. Sin embargo, el asistente calificado, la partera, tiene que trabajar dentro de un “medio propicio”, es decir, contar con el apoyo de un sistema de salud efectivo, y ligado a un sistema de derivación para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales. De ahí se desprende que la elaboración de un programa de estudios para parteras basado en la competencia y que abarque los conceptos más amplios de salud reproductiva no es más que una parte de lo que se necesita para armar un buen cuadro profesional de parteras con el fin último de alcanzar una salud reproductiva para todos.

Es sabido que en algunos países quienes desempeñan las funciones y roles de partera reciben otros nombres. Más aún, es posible que en algunos países la partera (o su equivalente en ese país) lleve a cabo más tareas, además de las incluidas en el alcance de la práctica definido por la ICM en el documento *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (2010)*. Para simplificar, a lo largo de este documento el término “partera” se utilizará para referirse a cualquier persona que desempeñe este papel en el trabajo o la profesión, sea cual sea su título. Sin embargo, se advierte de las variaciones en la preparación pre-servicio para la práctica de la profesión a nivel mundial; la falta de consenso en la definición y el alcance de los límites de la práctica de la “partera” limitan lo que se puede saber sobre el papel de las parteras a nivel mundial y su aporte al cuerpo de asistentes calificados.

5.3 Filosofía de la formación de las parteras

Un programa de formación de parteras debe basarse en el reconocimiento de la singularidad del individuo y debe promover igualdad de derechos independientemente de su sexo, raza, religión, edad y nacionalidad. Debe estar comprometido con la perspectiva del ciclo de vida de la salud reproductiva, concentrándose especialmente en la salud de la mujer y las necesidades de los recién nacidos. Esto significa que la formación no se restringe al contenido del currículo para la atención a brindar durante el embarazo, el parto y los períodos de posparto y neonatal, sino que abarca más bien toda la vida de la mujer, particularmente cubriendo las circunstancias de la situación del país en el

¹ Personal capacitado es un profesional de salud acreditado –tal como una partera profesional, un médico o enfermera– que ha sido educado y entrenado para adquirir las competencias y habilidades necesarias para manejar embarazos normales (no complicados), partos y el período postnatal inmediato, y en la identificación, manejo y referencia de las complicaciones en mujeres y recién nacidos. (*Making pregnancy safer: the critical role of skilled attendants. A joint statement, WHO, ICM, FIGO, 2004, World Health Organization, Geneva.*)

que vive la familia (por ejemplo, problemas específicos de salud, inquietudes y retos epidemiológicos). Debería ser un programa centrado en la mujer y la familia (hombres, niños y adolescentes), que busca promover una maternidad segura. El currículo debería aumentar la conciencia de las estudiantes sobre los temas de la salud de la familia y la sexualidad dentro de un marco de sensibilidad de género a nivel individual y comunitario (Thompson 2004; Carolan y Hodnett, 2007; Doherty, 2010).

La partera debe estar preparada para brindar servicios de salud en una amplia variedad de escenarios rurales y urbanos y en los diversos niveles del sistema de salud, donde son entregados los servicios. En esta guía se ofrece una perspectiva comunitaria. La estudiante de partería² que está recibiendo experiencia clínica en la comunidad estará en contacto con las personas a quienes va a dar servicios y también con aquellos con quienes necesita colaborar en su práctica, por ejemplo, los líderes locales, grupos de mujeres, escuelas, funcionarios responsables de brindarle alojamiento, etc. Sin un enfoque comunitario, la futura partera corre el riesgo de no estar en condiciones de comprender las realidades de la vida de sus clientes y que inciden sobre la provisión de cuidados de salud reproductiva. Sin embargo, es preciso que se adquiera experiencia clínica en diferentes situaciones de servicios de cuidados de la salud, desde hospitales hasta dependencias de salud de atención primaria y comunitaria, para asegurar que las estudiantes se expongan a una rica gama de experiencias y que tengan la oportunidad de aprender destrezas eficaces que salvan vidas.

Las mujeres necesitan cuidado en el embarazo y en el parto y durante el correr de su vida; ese cuidado no solamente debe ser seguro, sino que también tiene que colmar sus necesidades individuales, tanto psicológicas, emocionales, físicas y sociales, incluyendo las espirituales. Por lo tanto, la educación de las parteras tiene que concentrarse en satisfacer las necesidades holísticas de la mujer de manera sensible y competente, actuando como su defensora y trabajando junto con ella, su pareja y su familia para promover una experiencia segura y satisfactoria del parto y la maternidad. El programa debe apuntar a preparar parteras pensantes a las que les importe su profesión, con una amplia base de conocimiento sólido y destrezas clínicas competentes; para ello se utilizarán métodos de aprendizaje centrados en la estudiante dirigidos a que esta desarrolle el pensamiento crítico y destrezas analíticas y de resolución de problemas. Se estimulará a las estudiantes a que reflexionen sobre su práctica y que asuman la responsabilidad de su propio aprendizaje, con el apoyo del personal docente y clínico. Debería alentarse a las estudiantes y motivarlas a desarrollarse como estudiantes permanentes, capaces de reconocer sus propias necesidades para una educación profesional continua y de aprovechar cada oportunidad que encuentren. Finalmente, el currículo también debe tener una base de salud pública sólida.

5.4 La ética del ejercicio de la profesión

Algo que es fundamental para la práctica profesional de las parteras es la ética profesional que reside como base de todo lo que las parteras hacen y cómo funcionan dentro de la sociedad. La relación que las parteras tienen con la mujer es crucial para esta visión ética. El consenso general de la familia mundial de parteras ve esta relación como una asociación cimentada en la creencia en los procesos normales del embarazo y el parto. Las parteras ven el embarazo y el parto como acontecimientos normales del ciclo de la vida, pero como acontecimientos que en algunos casos (la minoría) pueden complicarse y poner la vida en peligro.

² El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería es vista exclusivamente abierta a las mujeres. Sin embargo, en numerosos países los hombres están ahora entrando a esta profesión. La definición internacional ha sido actualizada para reflejar un lenguaje más género-neutro; sin embargo, esta guía usa el género femenino como forma de facilitar las cosas.

Elaboración de un programa curricular de partería para una maternidad segura: guías para los programas de formación de parteras

Por lo tanto, las parteras ven su deber profesional (y por ende su función fundamental) como una búsqueda constante por asegurar el bienestar de las mujeres en edad de procrear y de sus recién nacidos. Para lograrlo, las parteras son de la opinión que las mujeres deberían ser empoderadas para asumir la responsabilidad sobre su propia salud y la de sus familias. Un valor esencial de la partera es que tenga confianza en la mujer y en sus capacidades en el parto, que le tenga respeto y confíe en ella (ICM, 2008).

Históricamente las parteras han estado con frecuencia involucradas con “las mujeres” como agentes de cambio social. En muchos países las parteras han actuado junto a la mujer para cuestionar un enfoque de los cuidados de la salud jerárquico y a menudo paternalista. La finalidad primaria de esta acción social ha sido asegurar un equilibrio más equitativo del poder con respecto al cuerpo de la mujer, para mantener el principio básico del nacimiento como un acontecimiento “natural de la vida”.

En línea con las características de todos los movimientos sociales, la característica distintiva de esta acción colectiva ha sido representar las voces de aquellos que tradicionalmente o históricamente han estado menos representados o han sido subrepresentados. En este caso en particular, las voces son aquellas de las mujeres que no desean recibir cuidados por este acontecimiento natural de la vida que ha sido diseñado con un enfoque médico, y a menudo dominado por un carácter masculino. La premisa básica que refuerza la ética profesional es que las parteras y las mujeres juntas tienen creencias y valores compartidos y que el “empoderamiento de la mujer” para y durante el embarazo, el parto y la transición a la nueva dinámica familiar está en el corazón mismo de los buenos cuidados de partería. Este empoderamiento se ve facilitado por las estrechas conexiones y relaciones que se establecen entre las parteras y la mujer. Estas creencias deben estar en el centro mismo de cualquier programa que busque preparar estudiantes para ingresar a la profesión de partería, y debe reflejarse en todos los métodos y las estrategias que definan los programa de estudios.

Las parteras deberían ser capaces de asumir un papel más propicio “en favor de las mujeres”. Esto tiene entonces implicancias para la regulación, que debería ser hasta cierto punto “autorregulada” pero en un proceso que también debería recibir el aporte de las mujeres mismas, y de los colegas profesionales (sea quien sea el apropiado en cada cultura –médicos generales, enfermeras, obstetras–). Las parteras deben estar muy involucradas en el proceso, y posiblemente deberían controlarlo, pero si son las únicas que intervienen, el peligro es que se desarrolle una cultura “en favor de la partera”, que las proteja, perpetuando así algunos problemas...El proceso necesita romper con eso, y proteger a las mujeres de la posibilidad de que eso ocurra. El proceso formal también puede ser respaldado por un proceso menos formal (a saber, revisión por pares), para garantizar que haya mucho contacto y aprendizaje de una partera a otra. Esta posición “con la mujer / para la mujer” puede entonces constituir el cimiento para lo que sería el “profesionalismo” de la partería. No podemos ser “no profesionales”, porque de esa manera adoptamos demasiado de la identidad y del lastre de las mujeres con las que tenemos que trabajar. No podemos ni separarlos arrogantemente del individuo de una manera que todas hemos visto que hace la obstetricia (y ciertamente cierta partería) en sus peores expresiones. Necesitamos ser capaces de llegar a “un contrato” con las mujeres, cumplir con ese contrato, darle seguimiento (encontrando de ese modo la manera de esquivar los bloques y barreras que pone la sociedad) y en todo momento respetando la individualidad de la mujer y de la cultura en la que está inmersa. Todo esto implica tener una formación suficiente como para hacerlo bien, y suficiente poder como para influir sobre el sistema. Esto es lo que yo describiría como “profesional”.

Cita personal de la Profesora Mary Renfrew, Jefa de Investigación de la Salud Materna e Infantil, Universidad de Leeds y Presidente del Comité de Examen Estratégico de Reducir los Riesgos del Embarazo de la OMS 2003.

5.5 Guías para la elaboración de programas educativos

5.5.1 - Finalidades del programa

Las parteras son esenciales para promover la salud reproductiva en general y en particular para asistir en la reducción de las altísimas tasas mundiales de morbilidad y mortalidad materna, así como para reducir el elevado e innecesario precio de tener muertes neonatales. La partera es reconocida como una protagonista en la lucha por alcanzar estos objetivos, por lo que debe dársele prioridad, para asegurar así la calidad de su educación, para garantizar que se eduque un número suficiente de parteras que pueda colmar las necesidades de la población.

El currículo de la partería debería preparar a las estudiantes para que:

1. Se conviertan en profesionales competentes y seguras que sean capaces de ejercer de manera autónoma para promover la salud sexual y reproductiva.
2. Sean personas sensibles a quien les importa su trabajo, y capaces de trabajar al lado de las mujeres y sus familias en la comunidad y en las instalaciones de salud, adoptando un modelo de “asociación” para educar, asesorar, facilitar elecciones y responder a las necesidades individuales.
3. Desarrollen la capacidad de trabajar bien dentro de un equipo multidisciplinario, para promover la salud reproductiva.
4. Vayan construyendo buenas relaciones y sirvan de enlace con los líderes y otros actores relevantes en la comunidad, para aumentar la captación de mujeres que reciban cuidados de salud reproductiva, promover las estrategias de educación en salud y organizar un plan confiable para la atención del parto en caso que haya necesidad de trasladar o derivar a la mujer o su niño a otros profesionales de la salud o a servicios institucionales de mayor complejidad.
5. Hagan una contribución positiva a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, reconociendo las condiciones posiblemente letales de forma temprana y adoptando acciones oportunas y calificadas.
6. Asuman la responsabilidad por su propio aprendizaje, promoviendo su acceso a apoyo clínico y teórico apropiado, y fomentando las destrezas de reflexión, análisis crítico y evaluación.
7. Reflexionen sobre su trabajo para promover el aprendizaje a partir de su experiencia, lo que mejorará la atención que en el futuro le brinden a las mujeres y sus familias.
8. Reconozcan que el aprendizaje es un proceso de toda la vida y aprovechen cada oportunidad de mantenerse actualizadas con los nuevos conocimientos y los hallazgos de la investigación, y que mejoren su práctica aprovechando todas las formas disponibles de educación profesional continua.
9. Se desarrollen para ser parteras que valoren su oficio/profesión y contribuyan al desarrollo de la partería, promoviendo el cambio donde sea necesario y emprendiendo investigación dirigida a mejorar la atención de las mujeres y sus familias.
10. Se desarrollen para hacer gestoras efectivas de sus casos y de dependencias de salud.

Glosario de términos vinculados a la educación de partería

Acreditado/acreditación: Adjudicación de créditos por logros educativos. La acumulación del número requerido de créditos a niveles apropiados de logros académicos habitualmente lleva a un reconocimiento.

Acreditado/acreditación: Proceso y procedimiento de revisión por pares mediante el cual se reconoce que un programa educativo cumple con las normas de calidad.

Estudios avanzados de partería: El estudio de la teoría y la práctica de la partería a un nivel superior que el requerido para una educación básica.

Valoración: Métodos planificados para establecer los estándares de conocimiento y destrezas que deben obtener las estudiantes.

Educación basada en competencias: Enseñanza, aprendizaje y actividades de evaluación que sean suficientes para que los estudiantes puedan adquirir y demostrar un conjunto predeterminado de competencias como el resultado del aprendizaje.

Currículo: Curso de los estudios planificados; el programa teórico y las experiencias prácticas designadas para ser adquiridas en el transcurso de un periodo de tiempo y que lleva a aquellos resultados del aprendizaje que se pretendía obtener.

Diploma: Certificado otorgado en reconocimiento de haber completado un programa de estudios.

Título: Un reconocimiento conferido por una universidad o escuela por haber completado un programa formal de estudios académicos.

Ingreso directo a un programa de partería: Un programa de estudios de partería que admite estudiantes sin exigir que previamente hayan completado un programa profesional de educación en salud.

Examen: Método formal de evaluación en el cual los estudiantes demuestran sus conocimientos bajo condiciones controladas y respetando reglamentos específicos.

Resultados pretendidos del aprendizaje: Enunciados específicos que explicitan los logros que se espera del individuo.

Módulo: Cursos individuales que consisten en una serie de horas de aprendizaje y una unidad de contenido concentrado en un determinado tema que se espera que tome el estudiante. Actualmente hay muchos programas que están organizados en módulos, es decir, constituidos por una serie de módulos que es preciso aprender dentro de un determinado marco de tiempo.

Lugares de pasantía: Áreas clínicas donde las estudiantes adquieren su experiencia práctica.

Preceptor: Proveedor de cuidados de salud (partera u otro profesional de la salud) que ofrece una supervisión del lugar de pasantía clínica de la estudiante, bajo la supervisión general de la profesora de parteras.

Aprendizaje basado en problemas: Método de enseñanza que utiliza problemas como la base para la actividad de los estudiantes.

Métodos de enseñanza y aprendizaje centrados en los estudiantes: Métodos de enseñanza y aprendizaje que involucra a los estudiantes para que adopten un papel activo en su propio aprendizaje.

5.5.2 - Modos de ingresar a un programa de partería y duración del programa

La mejor práctica educativa actual destaca el aprendizaje basado en las competencias, mediante el cual un individuo recibe suficientes oportunidades como para adquirir y demostrar el dominio de un conjunto de conocimientos y un nivel de desempeño inicial seguro que abarca todas las destrezas catalogadas como esenciales para la práctica clínica de la partería (Cowan, Norman y Coompamah, 2005a; Mallaber y Turner, 2006; Pehlke-Milde y col., 2006; Klein y Fowles, 2009; Fullerton y col., 2010). Por lo tanto, los programas de partería deberían de estar diseñados como para que –dentro de lo razonable– le den a los individuos la oportunidad de recibir créditos por aprendizaje previo (Scott 2007; Cubit y Leeson, 2009), y que permita ajustar el ritmo del programa de estudios, haciendo posible acelerar el aprendizaje o ir más despacio para subsanar las necesidades de aprendizaje individuales.

Los países pueden ofrecer toda una serie de caminos para ingresar a la profesión de partería (Fealey y col., 2009; Bogren, Wiseman y Berg, 2012). Si bien el diseño del programa puede variar, los resultados basados en las competencias de la partería deben ser equivalentes. En otras palabras, si bien la preparación con que se admite a las estudiantes a estos programas puede variar (por ejemplo, estudiantes básicas, aquellas que ya tienen calificaciones previas en algún campo afín de la salud o aquellas que ya se hayan recibido de enfermeras), y también puede variar la duración del curso de los estudios de partería, *los resultados basados en la competencia de la educación de la partería, deben ser equivalentes*. Quienes califiquen para recibir el título de partera de acuerdo a la definición internacional deben recibir una formación que cumpla con un estándar común y que abarque un conjunto de competencias comunes (Módulo 4).

Los programas universitarios de educación de partería siguen convenciones académicas en cuanto a la duración de los programas de estudios que se exige para el otorgamiento de títulos académicos. Lo habitual es exigir hasta cuatro años de estudio para un nivel de grado de licenciatura, y luego un período adicional de dos años para el certificado postlicenciatura o el título de maestría. Unos pocos países han introducido el concepto de exigir un nivel doctoral para el ingreso a la práctica (Avery y Howe, 2007; Edwardson, 2010).

5.5.3 - Programas de ingreso directo a programas de partería

Las estudiantes que son admitidas para ingresar directamente al programa de partería no habrán completado un programa básico de capacitación en enfermería. Para aquellas que no tienen las calificaciones generales de enfermería el programa de educación debería extenderse durante un periodo de tiempo suficiente para dar cabida a la adquisición de habilidades básicas de salud antes de la concentración en los estudios de partería. Normas ICM instan a un mínimo de tres años de estudios teóricos y prácticos para los programas de este tipo. Uno de los dos modelos de planes de estudio incluido en el anexo de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* proporciona orientación en el contenido y la secuencia de los programas de este tipo.

Estos programas de entrada directa tienen la ventaja de ser atractivos para las personas que no tienen un interés en el programa de estudios de enfermería general, pero que, sin embargo, se sienten atraídos por la partería como una ocupación/profesión práctica. La entrada directa a estos programas habitualmente está diseñada para introducir el contenido del plan de estudios de partería completo, de un modo progresivo, a medida que las estudiantes adquieran la teoría y práctica básicas desde las ciencias de la salud, integrado con un programa de contenidos teóricos y prácticos. El contenido central del programa debería concentrarse en los aspectos fundamentales de la salud sexual y

reproductiva y de la atención primaria de la salud, complementado por el conocimiento, las habilidades y conductas que caracterizan el foco de la práctica de una partera profesional. Algunos ejemplos de las materias incluirían:

- Ciencias biológicas y comportamentales;
- microbiología y control de infecciones;
- farmacología;
- salud y programas de salud y factores que contribuyen o inhiben la salud, incluyendo aspectos de la nutrición y el estilo de vida; con especial énfasis en la salud sexual segura;
- determinantes sociales de la salud;
- desarrollo humano y enfoque del ciclo de vida;
- filosofía de la partería, incluyendo ética profesional;
- abordaje de atención primaria de la salud y planes de cuidado;
- el proceso patológico; investigaciones diagnósticas; afecciones médicas y quirúrgicas que pueden afectar la salud reproductiva;
- destrezas clínicas básicas, incluyendo las técnicas de evaluación de la salud;
- destrezas interpersonales y consejería;
- cuidados del paciente agonizante; duelo y tristeza;
- el núcleo central de contenidos de la práctica de la partería a través del ciclo reproductivo

La experiencia clínica se dispondría de modo de complementar el aprendizaje teórico. Se considera que el desarrollo de un pensamiento crítico, de la conciencia de sí mismo y la confianza en uno mismo son particularmente importantes, especialmente en los países que limitan la educación y las oportunidades de escolarización de las niñas, o donde imperan fuertes diferencias de género en el sistema educativo.

5.5.4 - Programas de estudios de partería que se agregan a una preparación básica de enfermería

Las estudiantes que ingresan a estos programas post-graduadas ya habrán completado un programa de educación básica en enfermería. Las candidatas que han interrumpido su trabajo como enfermeras durante un periodo de tiempo tal vez necesiten un periodo adicional de preparación (un “módulo puente”) para poder ingresar nuevamente a la condición de estudiantes. Tal vez necesiten también una introducción a las prácticas educativas y clínicas modernas, incluyendo el uso de computadoras y otra tecnología digital.

Uno de los modelos de planes de estudio ofrecido en el anexo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*, está diseñado para tener una duración de 18 meses para aquellos que ya son enfermeras generales. El programa conduce a la obtención de un título o certificado de partería. Las competencias de enfermería previamente adquiridas ofrecen una base para apoyar el conocimiento y las habilidades de la práctica de la partería. Esto permite que el educador de partería y la estudiante se centren de inmediato y directamente sobre la teoría complementaria y las habilidades que son específicas de las competencias de partería que se deben adquirir. La duración de 18 meses del plan de estudios post titulación en enfermería está de acuerdo con las normas y directrices de la ICM para la educación en obstetricia (2010).

5.5.5 - Programas de estudios combinados de enfermería y partería

Es frecuente combinar la formación de enfermería y de partería en un único programa de estudios. El currículo del componente educativo de partería de este programa combinado debería tener una duración suficiente como para dar cabida a la adquisición de conocimientos y destrezas relacionados con la práctica segura y efectiva de la partería. Los programas habitualmente duran 18 meses, fundamentalmente para que todas las estudiantes (aquellas inscritas en programas universitarios, así como las estudiantes que ingresan directamente) puedan seguir un patrón educativo que sea similar en cuanto a duración y contenido. La parte de enfermería del programa puede durar más de dieciocho meses, si se lo estima necesario. Es particularmente importante que se cumpla con los requisitos mínimos para la experiencia clínica en el currículo de partería, y que las estudiantes se desarrollen como profesionales competentes, independientemente de cómo hayan logrado su educación. La ICM no apoya este diseño de programa, sobre todo porque un currículo combinado rara vez es suficiente para terminar de preparar a los graduados para la práctica integral y de calidad, ya sea en la profesión de enfermería o de la partería.

5.5.6 - Modelos de planes de estudios

Se han desarrollado dos modelos de planes de estudio genéricos que traducen la definición de partera de la ICM en un programa educativo cuyo uso se pueda adaptar a cualquier país. El currículo se presenta en el anexo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*³ (más que en este módulo). Los modelos proponen un resumen del contenido que es independiente del diseño estructural de los programas de educación de partería dentro del sistema educativo de un país.

El contenido curricular de los modelos es congruente con el documento *Normas para Cuidados Maternos y Neonatales* de la OMS, que es parte del paquete de gestión integrada de los Cuidados del Embarazo y del Parto de la OMS (IMPAC). Las Normas de Cuidados Maternos y Neonatales incluyen los temas más relevantes que hay que abordar para asegurar servicios de salud maternos y neonatales de calidad.

El concepto de modelos de currículo también refleja las competencias esenciales de ICM para las prácticas de la partería (Módulo 4 de esta *Caja de herramientas*). Sin embargo, el contenido propuesto incluye el conocimiento y las destrezas que han sido identificados por ICM como básicas, es decir, aquellas que se esperaría que dominen todas las profesionales de partería, y se las podría caracterizar como destrezas esenciales. También incluye algo de contenido de lo que ha sido identificado por ICM como *adicional*, es decir, aquello que mejora el alcance de la práctica, y que podría ser particularmente importante, dependiendo del medio en el que ejerza el individuo (por ejemplo, aplicar un vacuum para la extracción de un feto). Los involucrados en el desarrollo de planes de estudio en partería deberán abogar para asegurar que la autoridad regulatoria nacional para la práctica de la partería en ese país está alineada con el ámbito de la práctica, como se detalla en el documento de competencias básicas de ICM (Módulo 2 de esta *Caja de herramientas*).

³ El documento puede ser obtenido desde: <http://www.internationalmidwives.org/Whatwedo/Policyandpractice/ICMGlobalStandardsCompetenciesandTools/tabid/911/Default.aspx>

5.6 Consideraciones sobre las estudiantes

No hay muchos fundamentos para establecer requisitos mínimos para el despistaje y la admisión de estudiantes a programas de estudio de partería. Sin embargo, a lo largo de muchos años de experiencia práctica se ha ido aprendiendo un saber considerable (McCarey, Barr y Rattray, 2007). Hay ciertas características individuales que facilitan la adquisición de una base de conocimientos esenciales y el logro de competencias en la realización de las destrezas clínicas. Estas características se presentan en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1: Criterios de admisión de estudiantes.

Edad.	No existe ninguna evidencia a favor de la exigencia de una edad mínima para el ingreso. No obstante las estudiantes deben contar con un cierto nivel de madurez y confianza en sí mismas. Es habitual que se establezca una edad mínima de 18 años, pero fundamentalmente porque se trata de la edad a la que en general se termina la educación secundaria, o, en algunos países, cuando se alcanza la mayoría de edad.
Educación.	<p>Las normas de la ICM exigen que la estudiante haya culminado la educación secundaria formal (habitualmente 12 años de duración) y que hayan obtenido los certificados de egreso de la enseñanza secundaria correspondientes.</p> <p>En aquellos países donde es excepcional completar 12 años de escolaridad, se podría considerar exigir 10, aunque no se estaría cumpliendo así con las normas de ICM. En estos casos sería importante (si no esencial) establecer alguna forma de examen de admisión para garantizar que las candidatas tengan habilidades de lectoescritura y comprensión suficientes, además de destreza matemática.</p> <p>Algunos países han probado ofrecer programas básicos de preparación a candidatas con 10 años de escolaridad, para darles la oportunidad de enriquecer su caudal de conocimientos y destrezas genéricas, y/o para completar todo el programa formal de educación secundaria antes de ingresar al programa de partería.</p>
Lectoescritura y habilidades en aritmética.	Puede exigirse una prueba para evaluar las destrezas de lectoescritura y comprensión, incluyendo idiomas, si el currículo se va a presentar en otro idioma. A menudo se agregan pruebas de matemáticas y de inteligencia básica (Rodes-Martin y Munro, 2010).
Buena salud.	No colide con los principios éticos de la partería el evitar que las estudiantes estén cursando alguna afección que se pudiera traspasar a la madre y a su recién nacido durante la atención habitual y acostumbrada del parto.

5.7 Infraestructura para establecer la formación de las parteras

5.7.1 - Sistema educativo y recursos

Los modelos de currículo que se ofrecen en el anexo de esta *Caja de herramientas* reflejan programas genéricos de partería que se pueden revisar y adaptar, para adecuarlos a las circunstancias particulares de cada país. Los gobiernos de los países donde se adopte este programa pueden optar por integrarlo dentro de su sistema educativo ya existente. Aun cuando existieran sitios de educación apropiados, estos deben ser auditados para asegurarse que cumplan con los requisitos para de este programa de estudios. Será necesario hacer una revisión de los recursos disponibles para ofrecer este programa de estudios, y si no fueran necesarios habría que conseguir los recursos adicionales necesarios para posibilitar el éxito del programa. El documento de *ICM Normas y Guías para la Educación en Partería* (2010) constituye un valioso recurso (Thompson, Fullerton y Sawyer, 2011).

5.7.2 - Órgano rector

De no existir, debe establecerse un órgano regulador de la partería, que sería responsable de otorgar las licencias para ejercer la profesión. Además, ese órgano rector debe participar en los procesos académicos de validación y acreditación de los programas de partería, para asegurar la normalización a nivel nacional y el control de calidad. Otra función de este órgano sería hacer un seguimiento de los resultados de los programas de educación en pre-servicio y ofrecer guías para la educación y la práctica, según corresponda. También mantendría un registro de las parteras habilitadas (ver Módulo 2 de esta *Caja de herramientas*).

5.7.3 - Involucramiento local y regional

En la provisión de partería, debería hacerse participar al personal de salud regional y local, a los responsables de las políticas, administradores y prestadores (parteras clínicas y, donde hubiere, personal médico con competencia específica obstétrica y neonatal) para que enseñen lo que atañe a sus áreas. Los administradores de salud locales pueden incidir directamente en la asignación de los recursos financieros que apoyen a los programas de educación comunitarios. Los responsables de las políticas y los administradores de salud locales pueden tener un importante papel en propiciar el acceso a áreas clínicas adecuadas en los diferentes niveles de los servicios de salud, y asegurar que se disponga de cantidades adecuadas de personal capacitado, actualizado y competente que pueda actuar como mentor y supervisar a las estudiantes en la comunidad y en las áreas de práctica clínica en las dependencias de salud. Este papel también se puede ampliar a asegurar la disponibilidad de recursos adecuados y de los insumos necesarios para una buena atención clínica, y ayudar a conseguir alojamiento y transporte tanto para las estudiantes como para sus mentores académicos.

5.7.4 - Líderes comunitarios

Para lograr el modelo de asociación necesaria es importante encontrar maneras innovadoras de incluir a las organizaciones comunitarias, religiosas y de defensa de los derechos, representantes de las familias locales y de las mujeres, incluyendo en el programa a representantes de grupos de mujeres locales, del distrito, regionales o inclusive nacionales (Fox, 2003). En algunos lugares se podría incluir a esos representantes en comités para elaborar

el programa de educación y para hacer su seguimiento. Siempre se puede invitar a esos representantes a hacer sus aportes en el programa de alguna manera significativa.

5.7.5 - Instituto educativo

Los programas de educación en partería pueden ser acreditados u ofrecidos a nivel de certificado, diploma o título, dependiendo de las estructuras locales de educación superior. Sea cual sea el nivel que se elige, hay que asegurar que las parteras que egresan tras completar el programa puedan integrarse plenamente al sistema de salud, y lo ideal es que estén al mismo nivel que otros miembros del personal de salud en su país respectivo. Por consiguiente, tanto en el diseño del programa como al impartir la educación debe involucrarse a una institución educativa capaz de dar acreditación académica.

Es probable que la mayoría de los programas nuevos que se desarrollen en los países en los que la profesión de la partería está recién surgiendo, al principio se ofrezcan a nivel de certificado o diploma. Para poder impartir programas de título de nivel universitario se necesitará contar con suficientes profesores de partería y otro personal docente con un título apropiado para enseñar partería y las materias relacionadas a este nivel, así como suficientes estudiantes interesados con una educación general que les permita estudiar a ese nivel. Los órganos reguladores responsables de otorgar licencias a las parteras para ejercer deberían trabajar en conjunto en los procesos académicos de validación y acreditación del programa educativo para asegurar la normalización, el control de calidad y la obtención de parteras competentes y que les importe su profesión.

5.7.6 - Experiencia de práctica clínica y centros de práctica

Las estudiantes deben tener suficiente práctica supervisada como para adquirir competencia en todas las destrezas necesarias antes de finalizar el programa de estudios. No hay una fórmula exacta para establecer la relación entre los estudios académicos y la práctica clínica. Algunos educadores recomiendan que por lo menos 60% del programa sea dedicado a la práctica clínica.

Algunos países han establecido normas para definir el mínimo de experiencias con las diferentes destrezas clínicas, tanto en la práctica simulada como real. Los mínimos recomendados dependen del desarrollo de competencia, aun cuando el hecho de haber pasado por la experiencia un cierto número de veces no necesariamente significa que un alumno individual haya adquirido la competencia. La teoría de la educación basada en la competencia está a favor de un diseño de programa personalizado que permita individualizar la oportunidad de adquirir competencias en las destrezas clínicas según las necesidades del alumno (Frank et al., 2010). Por ejemplo, las estudiantes tal vez ya hayan adquirido ciertas competencias en sus experiencias laborales antes de ingresar como estudiantes. A estas estudiantes habría que permitirles demostrar esa destreza con fines de verificación y documentación, y así se les permitiría concentrarse más en adquirir las destrezas que les sean nuevas. Asimismo, algunas estudiantes requerirán más tiempo y práctica adicional antes de poder demostrar su competencia o su confianza en la realización de una función específica.

En cualquier circunstancia, todas las experiencias clínicas deben realizarse bajo la supervisión primero directa y después indirecta de un docente clínico/tutor (preceptor o mentor). Durante la práctica clínica, tanto la experiencia como la enseñanza deberían permitir a los estudiantes vincular la teoría del módulo o de los tópicos que están estudiando con las circunstancias de la práctica.

Todos los sitios utilizados para pasantías de práctica clínica deben ser evaluados para confirmar que sean apropiados para recibir estudiantes de partería. Cada sitio debe ser sometido a una auditoría utilizando un formato acordado, para asegurar que se cumplan con todos los requisitos exigidos para la educación de calidad, incluyendo experiencias clínicas variadas y en número suficiente. En todos los lugares donde se envíen estudiantes, se exigirá que haya parteras con experiencia u otro personal debidamente calificado para actuar como docentes clínicos/tutores para ayudar a supervisar y evaluar a las estudiantes en la práctica clínica.

Las estudiantes tienen que adquirir todo tipo de experiencia clínica de las dependencias de todo nivel, cubriendo desde los hospitales de distrito o regionales hasta los centros de atención primaria y las maternidades. Esto aseguraría que se vieran expuestas a muy diversas experiencias y que tengan la oportunidad de aprender destrezas efectivas de urgencia que se apliquen en el lugar donde las parteras ejercerán luego de completar sus estudios.

Por ejemplo, durante el módulo de trabajo de parto y parto, las estudiantes deberían pasar por la sala de trabajo de partos de un hospital de distrito o regional que esté equipado como para dar cuidados obstétricos integrales (incluyendo el manejo quirúrgico de las complicaciones) para aprender el manejo de casos complicados y las destrezas de urgencia. Las experiencias de los cuidados de preconcepción, prenatales, postnatales y ginecológicos también se pueden adquirir en instalaciones de niveles de atención superior, dependiendo de cómo se organicen esos servicios a nivel local. Es probable que además de las clínicas comunitarias, se les exija a las estudiantes asistir a policlínicas de pacientes ambulatorios, para ampliar su experiencia en temas como planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y afecciones médicas como diabetes, hipertensión y cardiopatías. Un “periodo de pasantía” libre, debe ser ofrecido para que le dé a las estudiantes una oportunidad para resolver sus lagunas en la experiencia clínica, y seguir mejorando sus destrezas de urgencia, así como desarrollar confianza en sí mismas.

5.8 Docentes del programa de estudios para parteras

Es esencial que este programa de parterías sea dirigido por parteras calificadas que hayan sido especialmente preparadas para su papel como docentes. Por consiguiente, además de ser profesionales de partería competentes y confiadas, deben ser competentes como docentes. Para poder mantener sus destrezas clínicas deben dedicarle periodos de trabajo regulares, y supervisar estudiantes en la práctica clínica. Las profesoras de parteras necesitan tener un conocimiento profundo de la partería basada en la investigación, tanto de la teoría como de la práctica, e idealmente deberían ser capaces de realizar su propia investigación. Las profesoras de parteras también tienen que tener un buen conocimiento de los principios y la práctica de la educación y deben sentirse cómodas y comprometidas con los enfoques modernos participativos de la educación del adulto, porque es ampliamente aceptado que son los enfoques más efectivos (Knowles, Holton y Swanson, 2005). En términos generales esto implica adoptar un enfoque educativo centrado en el estudiante, y no centrado en el docente, y utilizar un conjunto de métodos de enseñanza y aprendizaje que aliente a los estudiantes a tener una intervención más activa en su propio aprendizaje.

Las profesoras de partería también necesitan tener oportunidades para desarrollar una educación continua de manera regular, para mantenerse actualizadas en la teoría y en la práctica de la partería y de la pedagogía. Esto es particularmente importante para mejorar su efectividad y mantener el interés y el entusiasmo (Campbell y col., 2010).

Las parteras en ejercicio desempeñan roles importantes como tutoras en la práctica clínica, bajo la guía indirecta de profesoras/tutoras del programa educativo. El valor de este servicio es incommensurable porque la participación de docentes clínicos le permite a la institución académica aumentar de forma importante el número de estudiantes

que puede admitir en su programa. Sin embargo, las destrezas de estos profesores clínicos, su capacidad de desempeñarse como preceptores/tutores/mentores y su habilidad de ofrecer orientación de apoyo, supervisión, evaluación y retroalimentación son componentes críticos de la calidad de la experiencia educativa. Los docentes académicos/tutores deben encontrar maneras y medios de brindar “instrucción para los instructores” para promover y mantener las normas de calidad esperadas del cuerpo docente y también como una manera de reconocer su servicio invaluable (Holland y Lauder, 2011; Durham, Kingston y Sykes, 2012).

En la educación de las parteras participan también otros profesionales, como obstetras, pediatras y otros trabajadores de la salud, funcionarios de salud pública, enfermeros, farmacéuticos, epidemiólogos, psicólogos y otros especialistas en el tema.

5.9 Recursos para la enseñanza y el aprendizaje

Es esencial contar con suficiente lugar y recursos para enseñar y aprender. Tiene que haber suficientes salones de clase, salas para seminarios y una biblioteca bien equipada con libros, revistas y otra literatura, y recursos de aprendizaje apropiados, tales como ayudas audiovisuales, modelos y gráficos. Disponer de una buena selección de los equipos usados en partería u obstetricia son valores importantes de un laboratorio donde se enseñan destrezas. Esto incluye el aumento en la disponibilidad de modelos de simulación para variadas tareas y procedimientos (Cooper et al., 2012). ICM ha desarrollado una lista modelo de equipamiento y accesorios que pueden ser útiles para los docentes que están construyendo un laboratorio para el aprendizaje de habilidades (ICM, 2012).

Las tecnologías de la educación son un importante valor para el ambiente de enseñanza y aprendizaje. Hay muchas ayudas pedagógicas (por ejemplo, videos) que también están disponibles como soportes del aprendizaje, tanto el aprendizaje dirigido por el docente como el que desarrolla el estudiante por su cuenta. Las computadoras con conexión a internet (donde estuvieren disponibles) serían otro valor adicional para la educación en salud reproductiva. Algunos países han adquirido un nivel de conectividad que permite a los estudiantes acceder a algunos (o todos) los materiales del currículo vía Internet, pero quedándose en la comunidad para adquirir experiencia en la práctica clínica.

La Organización Mundial de la Salud elabora abundante literatura relacionada con la salud reproductiva que constituye una gran ayuda para la enseñanza y el aprendizaje. También se produce material educativo adecuado para parteras. Entre ese material se incluyen los módulos de educación de partería (OMS, 2006), y otra serie de guías para la práctica.

5.10 Métodos de enseñanza y aprendizaje

5.10.1 - Métodos centrados en el estudiante

Los estudiantes deberían ser participantes activos de su propio aprendizaje a lo largo de todo el programa. Entre los métodos de aprendizaje centrados en los estudiantes que promueven la participación activa de los estudiantes se incluyen:

- Aprendizaje basado en problemas;
- estudios de casos;

- discusión, y otros tipos de trabajos de grupo;
- presentaciones en seminarios;
- aprendizaje con experiencias (por ejemplo, juego de roles, simulación);
- talleres;
- proyectos.

5.10.2 - Aprendizaje basado en problemas

El método educativo de aprendizaje basado en problemas es una estrategia clave de enseñanza y aprendizaje (Raisler, O'Grady y Lori, 2003; Rowan, McCourt y Beake, 2009; Schmidt, Rotgans y Yew, 2011; Smithburger et al., 2012). El aprendizaje basado en problemas es una manera de enseñar que utiliza situaciones de la "vida real" como estímulo para iniciar un proceso de resolución de problemas. El grupo y el docente analizan y evalúan las maneras de obtener el conocimiento necesario para resolver el problema. Se promueve el pensamiento crítico. El conocimiento impartido habitualmente incluye varias disciplinas. Por ejemplo, un problema puede tener que ver con la psicología, partería y farmacología, mientras que otro problema puede requerir una combinación diferente de disciplinas. También se identificarán las destrezas necesarias, y en consulta con el docente se harán planes para que el estudiante aprenda esas destrezas, primero en modelos –si corresponde– y luego en el área clínica, bajo supervisión.

Para que el aprendizaje basado en problemas sea efectivo, el profesor tiene que actuar como facilitador; debe dar su apoyo a las estudiantes y orientarlas en cuanto a los recursos apropiados, si bien también se espera que las estudiantes a su vez busquen la información que necesitan por su cuenta (Rowan y col. 2007; Rowan, McCourt y Beake, 2008). Las estudiantes deben presentar su trabajo basado en resolución de problemas ante sus colegas y sus profesores en seminarios, estudios de casos y/o juego de roles. Luego de presentarse un conocimiento nuevo el material se resume e integra al conocimiento y a las destrezas que ya tenían las estudiantes.

5.10.3 - Reflexión

La reflexión, que esencialmente implica aprender a partir de la experiencia, es otra de las formas de aprendizaje que debería promoverse en los aspectos teóricos y prácticos del currículum (Murphy, 2004; Wilding, 2008; Branch, 2010; Groot et al., 2012). A menudo se dice que las etapas son un proceso cíclico ya que la reflexión llevaría a la acción y luego a más reflexión (Figura 5.1).

Este modo de aprendizaje exige que las estudiantes lleven diarios de reflexión durante su práctica clínica y que seleccionen incidentes para someterlos a un análisis crítico en los grupos cuando están en clase, o con docentes en grupos tutoriales pequeños o individuales. El llevar un diario de reflexiones le permite al individuo revisar los patrones de comportamiento que sean característicos de sus respuestas individuales ante las situaciones. Este proceso de revisión interna, combinado con la retroalimentación recibida de otros que observaron un evento o acción en particular, ofrece la oportunidad de obtener una perspectiva más amplia acerca de cómo perciben los otros los patrones de respuesta socio emocionales de un individuo y tal vez a identificar enfoques mejores (menos emocionales o más reflexivos). La reflexión como proceso también se puede promover durante el trabajo de estudio de casos y otras actividades del aula.

5.11 Evaluación del conocimiento y de las destrezas

La meta final de la evaluación de las estudiantes es la promoción de las mejores prácticas (Holmboe et al., 2010; Winters y Echeverri, 2012). Es esencial contar con una estrategia de evaluación válida y confiable para asegurar que las estudiantes alcancen el conocimiento y las destrezas que necesitan para ser parteras competentes (Taylor, 2009). Es sumamente importante utilizar muchos medios (enfoques) y múltiples métodos (herramientas) para la evaluación (Norman y col. 2002; Fullerton y Ingle, 2003; Leung, Mok y Wong, 2007; Bensfield, Olech y Horsley, 2012). En la Tabla 5.2 se presentan diversas estrategias.

Tabla 5.2: Formatos de evaluación que pueden servir para medir el conocimiento y las destrezas de los estudiantes.

Conocimiento	
Ítems del examen desarrollados por el docente.	Formatos de documentación desarrollados por el estudiante.
Aparear. Combinar las opciones que se correspondan.	Registros anecdóticos (también conocidos como registros de los procesos) –reflexiones escritas de una vivencia.
Múltiple opción.	Exhibiciones.
Verdadero-falso.	Ensayo de respuestas ampliadas.
	Ensayo oral.
	Ítems de productos (por ejemplo, carpetas y proyectos).
	Ensayos de respuestas cortas.
	Crítica escrita o trabajo formal/revisión.
	Demostración.
	Discusión.
Destrezas	
Simulaciones clínicas.	
Demostración clínica.	
Exámenes clínicos, estructurados, objetivos.	
Pacientes normalizados.	
Ítems de desempeño (por ejemplo, listas de verificación clínica).	

Fuentes: Norman y col., 2002; Newble, 2004; Nehring y Lashley, 2004; Kneebone, 2005; Oermann y Gaberson, 2005; Clifton y Schriener, 2010; Kaplan, 2010; Memon, Joughin y Memon, 2010; Strupe, Huynh y Haines, 2010; Su y Juestel, 2010.

Las estrategias de evaluación deberían:

- Orientarse hacia la acción, buscando activamente soluciones a los problemas, intentando alternativas;
- orientarse hacia la enseñanza, concentrarse en hallar maneras más efectivas de comunicar observaciones y experiencias;
- participativa, haciendo participar a las estudiantes en la auto evaluación de sus propios progresos;

- inclusiva, incluyendo múltiples medios de evaluación para dar tantas oportunidades como sea posible para medir el proceso de enseñanza y aprendizaje (Baig, Violato y Crutcher, 2010);
- dar respuesta, haciendo la devolución, retroalimentación, incorporando cambios;
- y por supuesto, vinculado al objetivo educativo y al resultado de aprendizaje buscado.

Las valoraciones deberían cubrir tanto la teoría como la práctica, e incluir una serie de métodos.

Los resultados de la evaluación del estudiante deberían documentar los siguientes aspectos:

- Una base de conocimiento para la práctica;
- habilidades cognitivas;
- destrezas de comunicación;
- valores profesionales;
- destrezas psicomotoras y tecnológicas para la prestación de cuidados;
- resolución de problemas, toma de decisiones y capacidad de pensar críticamente;
- la habilidad de manejar la ambigüedad, iniciar un cambio y responder a él;
- el proceso de aprender a aprender;
- asumir la responsabilidad por las acciones y decisiones propias;
- pensar y actuar como un profesional;
- conciencia de la necesidad de dar cuentas por las acciones y decisiones vinculadas a la práctica (dimensión cognitiva);
- aceptación de la responsabilidad del cuidado brindado a la mujer (dimensión de valor).

Para hacer una evaluación justa e imparcial es esencial contar con un ambiente clínico de apoyo. Para aprender las estudiantes se deben sentir libres. Deben sentirse valoradas como individuos, capaces de progresar a un ritmo que puede diferir del de otros. También deben apreciar el proceso de evaluación como una estrategia de ayuda y no de control.

5.11.1 - Evaluación de la teoría

A lo largo de todo el programa de estudios se necesitan evaluaciones *formativas*, por ejemplo, en el transcurso de cada módulo y al finalizar cada módulo o curso (Cleland y col., 2010). También será necesario hacer evaluaciones *sumatorias* al final del programa, para evaluar el aprendizaje general y demostrar la integración del conocimiento y las destrezas (Embo y col., 2010). La evaluación formativa de lo que aprendió la estudiante debería incluir una evaluación de su habilidad de adoptar un *pensamiento crítico* (Bulmer Smith, Profetto McGrath y Cummings, 2009; Forneris y Pden-McAlpine, 2009).

5.11.2 - Evaluación del trabajo clínico

La evaluación clínica es un proceso mediante el cual se emiten juicios sobre las competencias del alumno en la práctica. En la práctica clínica la estudiante inicialmente aprende observando, demostrando, trabajando bajo supervisión directa, y luego, a medida que va desarrollando sus destrezas, bajo supervisión indirecta, hasta que se evalúe a la estudiante como competente. Además la estudiante va pasando gradualmente desde destrezas sencillas al manejo de situaciones más complejas que requieren conocimiento y destrezas para valorar la situación correctamente, correlacionar la información, tomar las decisiones apropiadas, aplicar las acciones correctas de manera competente y evaluar los resultados. A lo largo del programa entonces se va aplicando una progresión clara de tareas sencillas que van aumentando de complejidad, con un aumento gradual de la independencia, hasta que se considere que la estudiante es una profesional competente.

En las primeras etapas del proceso de aprendizaje es frecuente utilizar simulaciones de la práctica real. Las simulaciones también pueden ser preferibles en las circunstancias en las que la observación directa pueda llevar demasiado tiempo (por ejemplo, cuando se intenta observar el manejo de las destrezas críticas que se utilizan en circunstancias que tienen una frecuencia muy baja) (Andrighetti et al., 2012). Sin embargo, dado que las simulaciones están extraídas del contexto real de la situación clínica, no reflejan las demandas reales y la multiplicidad de elementos que compiten en el ambiente de práctica real, como puede ser la presión de tiempo y urgencia del proceso de toma de decisiones (Kneebone y col., 2004; Cowan, Norman y Coompamah, 2005b; Branch, 2005).

La observación de las estudiantes mientras desempeñan su práctica real constituye el método más directo. Para eso son útiles las listas de verificación de las destrezas clínicas. Las listas de verificación se utilizan como una evidencia externa, objetiva, que indica que la estudiante ha adquirido la habilidad de trasladar el conocimiento cognitivo a la realización de una destreza en la práctica (es decir los pasos correctos, en el orden correcto, teniendo en cuenta la seguridad de la cliente). Estas listas de verificación se pueden utilizar en la práctica simulada utilizando modelos anatómicos (Kaplan, 2010), con clientes normalizadas (actores que responden según un guión), así como en las situaciones de cuidados de pacientes reales (Rhodes y Curran, 2005; Paterson y col., 2004; Carlough y McCall, 2005).

La supervisión de apoyo y la devolución son clave para la evaluación clínica *formativa*. La retroalimentación debe ser:

- Precisa y específica;
- tiene que incluir tanto la dimensión verbal como la visual;
- tiene que ser dada en un momento en que se pueda vincular claramente con la actuación;
- adaptada al estilo del alumno;
- debe incluir estrategias para mejorar el desempeño;
- debe ser documentada cuidadosa y completamente.

Las evaluaciones clínicas *sumatorias* deberían vincularse a los estándares de desempeño conexos. Los evaluadores pueden ser los mentores, profesoras de partería y, para algunas destrezas, por ejemplo, las de urgencias necesarias para salvar vida, el personal médico. Los evaluadores deberían a su vez ser instruidos para realizar las evaluaciones de las estudiantes de manera justa y objetiva (Reubenson et al., 2012).

5.12 Toma de decisiones sobre el rendimiento de las estudiantes

5.12.1 - Determinación de los patrones de aprobación y reprobación

La toma de decisiones sobre la actuación de un estudiante es un elemento esencial de toda evaluación de competencias. Cuando se utilizan las evaluaciones con fines sumatorios, también hay que definir la puntuación con la cual un estudiante aprueba o es aplazado en una prueba. Es preciso documentar los métodos por los cuales se toman esas decisiones, y quien lo defina debe poder rendir cuentas y defender los resultados (Howley, 2004; Ricketts, Freeman y Coombes, 2009).

Se han desarrollado sistemas de calificación para reflejar los estándares de aprobación o reprobación, ya sea normativos o en referencia a criterios. La evaluación basada en las normas compara el desempeño de un alumno con el desempeño de otros alumnos del grupo. *La evaluación basada en normas claramente no es apropiada cuando el desempeño debe necesariamente tener un cierto nivel* –como ocurre en la educación de las profesionales de la salud, donde se debe proteger al público de los trabajadores de la salud que no saben o que no pueden desempeñarse de acuerdo a un estándar. Este enfoque para la fijación de estándares también sería de particular preocupación en los países donde existen varios programas de formación de parteras. El estándar para aprobar o reprobar una prueba exigido a los estudiantes no debería depender de las circunstancias bajo las cuales estos adquieren su educación, sino más bien en base a un estándar de desempeño esperado común y justificable (Stern y col., 2005).

La evaluación basada en criterios requiere que los estudiantes obtengan cierto conocimiento y destrezas esenciales y que cumplan con un estándar claramente definido de desempeño que se haya establecido mucho antes del momento de la evaluación, y que se haya justificado en base a la seguridad o calidad. Hay varios métodos bien establecidos para establecer un estándar de aprobación o reprobación con referencia a un criterio, tanto para los logros obtenidos en el aula como los clínicos (De Champlain, 2004; Downing, Tekian y Yudlowsky, 2006; Cohen-Schotanus y Van der Vleuten, 2010; Sturmberg y Hinchy, 2010). Estos métodos tienen en común que se enfocan en el “candidato límite” es decir el individuo cuyo desempeño es variable y está “en el borde”.

Si un estudiante no logra el estándar exigido debe repetirse la evaluación. Los esquemas de educación basados en competencia dan la oportunidad al estudiante de repetir la evaluación, adquirir oportunidades de aprendizaje adicionales (para remediar) y/o ser examinados de manera diferente (por ejemplo, cambiando un examen oral por uno escrito), pero con los mismos criterios de resultados. No hay ninguna norma general en cuanto a la cantidad de veces que se le debería permitir a un estudiante repetir una evaluación determinada. Los estándares que se fijan para los programas de partería individuales deberían establecerse considerando la justicia hacia los otros estudiantes y considerando el impacto que tendría sobre las mujeres que reciben cuidados de los estudiantes durante el proceso de aprendizaje. Las normas pueden llegar a necesitar la aprobación de un órgano acreditador (de estar disponible). Después de cada evaluación sumatoria aprobada con éxito se debe adjudicar la cantidad apropiada de créditos por esa actividad.

5.12.2 - Notas

Las evaluaciones escritas (también conocidas como respuestas construidas) deben ser calificadas aplicando pautas bien preparadas. De antemano se debe preparar una lista de los principales elementos que un estudiante debería incluir en la respuesta ideal. También se tiene que determinar por adelantado si se decide otorgar algún crédito parcial al estudiante que responda solo alguno de los elementos, pero no todos. Es útil anotar algún breve comentario en cada examen, destacando las áreas de fortalezas y debilidades, para que los estudiantes reciban una devolución de por qué sus respuestas recibieron la calificación que se les asignó.

Cada ensayo debería ser calificado por una segunda persona que preferiblemente no sepa qué nota le asignó el primer evaluador, para asegurar la consistencia de las notas. Para verificar que haya consistencia en las notas dadas, otra posibilidad es que un segundo evaluador dé un puntaje a una muestra de todo lo que escriben los estudiantes. Si hay discrepancias entre los calificadores, y no hay acuerdo, habría que buscar la opinión de un lector más.

Seguramente a los docentes les resulta más fácil escribir los ítems de respuestas construidas. Sin embargo, poner notas a estos ítems demanda mucho tiempo y esfuerzo, y la calificación queda sujeta a la interpretación y subjetividad, a no ser que por adelantado se hayan elaborado criterios de desempeño claros.

Los formatos de los exámenes de respuestas seleccionadas (por ejemplo, exámenes de múltiple opción) reciben una calificación objetiva. Es difícil desarrollar este tipo de exámenes, y los docentes deben estar bien capacitados en el proceso de construcción de cada ítem. Sin embargo, los exámenes de respuestas seleccionadas bien contruidos llevan a respuestas que son definitivamente correctas o incorrectas. La puntuación puede hacerse a mano, si bien existen muchos métodos que se valen de computadoras (por ejemplo, mediante escaneado de los exámenes) que se puede utilizar para este fin. Además, hay muchos programas de software que pueden dar una información muy valiosa sobre las propiedades de los ítems del examen en sí, incluyendo el grado de dificultad de cada ítem y dan una idea de hasta qué punto es más probable que un respondedor avezado seleccione la respuesta correcta aun sin saber el tema en cuestión. Esto sirve para identificar a los candidatos propensos a cometer errores comunes. Estos estudiantes pueden después recibir una educación adicional como para llevarlos al nivel requerido.

5.12.3 - Consideraciones de calidad en la selección de las herramientas de evaluación

Para cada evaluación se necesitará criterios escritos claros y herramientas de evaluación bien formuladas. Hay una serie de consideraciones prácticas y teóricas que resultan esenciales al desarrollar una herramienta para evaluar estudiantes (por ejemplo, un examen normalizado, una lista de verificación clínica).

La *validez* se refiere a la relación entre la herramienta de medición y su finalidad. En otras palabras, una herramienta válida es capaz de medir lo que pretende medir. Entre las evidencias que respaldan la validez de la herramienta se puede incluir el demostrar que el contenido de la herramienta (por ejemplo, los enunciados o las preguntas) haya sido seleccionado (o afirmado) por expertos en esa área de contenido o que esté vinculado a literatura basada en la evidencia. También hay una cierta lógica que plantea que el formato de una herramienta debe ajustarse a su propósito, lo que a menudo recibe el nombre de validez facial. Sirve para incrementar la aceptabilidad de la herramienta entre quienes la han de utilizar.

La *confiabilidad* se refiere a la reproducibilidad de los resultados obtenidos con el uso de una herramienta. Cualquier instrumento de medición entraña un cierto grado de error de medición. Sin embargo, una herramienta confiable arroja resultados similares (dentro de cierto grado de error de medición) cuando se la vuelva a usar con la misma población, bajo circunstancias similares, dentro de un periodo de tiempo razonable entre las mediciones. La herramienta es “fidedigna”, es decir, digna de confianza. La documentación que debe acompañar cualquier herramienta de medición debe brindar la información generada al confirmar la confiabilidad de la herramienta. Hay varios enfoques que se pueden utilizar para evaluar la confiabilidad. La mejor manera de valorar la confiabilidad de los tipos de instrumentos de medición utilizados en la evaluación de los estudiantes es utilizando los enfoques conocidos como confiabilidad de prueba y repetición de la prueba (cuando se aplican a un mismo individuo) y confiabilidad intercalificador (cuando es utilizada por dos o más evaluadores, y cada uno está evaluando al mismo individuo o grupo de individuos independientemente). El nivel de aceptación mínimo de evidencia de la confiabilidad del instrumento y/o del calificador es que haya una coincidencia de 70% en las puntuaciones logradas al repetirse la prueba (el límite superior de la “correlación modesta”) (Reubenson et al., 2012).

Por supuesto, hasta el instrumento más válido y confiable será inútil si el uso de la herramienta es demasiado complicado o costoso. La *factibilidad* de utilizar la herramienta debe ser considerada cuidadosamente, como un componente más del esfuerzo de selección de la herramienta.

5.13 Evaluación de la calidad

5.13.1 - Evaluación de la calidad

La calidad de la educación es evaluada midiendo lo que se ofrece y luego comparando eso con lo esperado (Dulski, Kelly y Carroll, 2006). Si esta evaluación revela deficiencias y debilidades –por ejemplo, bajos niveles de dotación de personal, malos niveles de enseñanza o recursos inadecuados–, deben hacerse intentos genuinos para corregir los problemas. Los programas de acreditación obligatoria o voluntaria son una estrategia comúnmente usada para estas evaluaciones (Smith et al., 2008; Avery, Germano y Camune, 2010).

5.13.2 - Evaluación del programa por parte de los estudiantes

Los estudiantes deben tener instancias previstas para evaluar el programa a intervalos regulares a lo largo del curso. Entre los métodos de evaluación se incluyen:

- Discusión grupal informal entre los estudiantes y el personal docente;
- comentarios escritos y/o cuestionarios;
- entrevistas informales con estudiantes elegidos al azar.

La evaluación debe abarcar todos los aspectos del curso, incluyendo la experiencia y supervisión en las áreas clínicas, el sistema de mentores, el personal docente y los métodos de aprendizaje, disponibilidad de recursos apropiados, realización de evaluaciones y estrategias, el apoyo que se les da a los estudiantes, y las instalaciones que tienen disponibles durante su programa.

Los datos obtenidos de las evaluaciones deben ir por lo menos al Jefe del Departamento de la institución que brinda el curso, y a los responsables de la gestión del programa en el día a día. Habitualmente estos individuos tienen que dar una respuesta a esas evaluaciones y a las opiniones de los estudiantes, con decisiones apropiadas, fijando cómo habrá de seguir desarrollándose el programa. Finalmente, a menudo la Junta de Examinadores (en caso de existir) o los órganos de acreditación y los órganos rectores exigen informes de evaluación (Carroll, Thomas y DeWolff, 2006), aunque en general lo que requieren estos últimos órganos es que esos informes se mantengan en archivos, para ser utilizados como evidencia cuando llegue el momento de renovar la acreditación del programa, o para cuando haya visitas o inspecciones de validación formal.

5.13.3 - Auditoría de lugares de pasantías clínicas

Es preciso diseñar herramientas específicas para una auditoría anual de las áreas clínicas que reciban estudiantes para hacer sus experiencias. En estas auditorías se debe considerar la disponibilidad del personal, equipos e insumos que resultan esenciales para poder brindar servicios de cuidados de salud que sean seguros y de alta calidad. Para decidir los lugares a los que se puede enviar estudiantes en pasantías, deben identificarse requisitos mínimos a partir de la información que surge de las auditorías. (Obsérvese que los estudiantes no deben ser utilizados para reemplazar o para incrementar la nómina del personal de esa dependencia.) La elección de los lugares donde destinar estudiantes dependerá entonces de los resultados de las auditorías, junto con evaluaciones previas de los estudiantes que pasaron por esas dependencias, si ya recibieron estudiantes en el pasado.

5.14 Referencias

Andrighetti TP, Knestruck JM, Marowitz A, Martin C, Engstrom JL. Shoulder dystocia and postpartum haemorrhage simulations: student confidence in managing these complications. *J Midwifery Womens Health* 2011;57(1):555-60.

Avery MD, Germano E, Camune B. Midwifery practice and nursing regulation: licensure, accreditation, certification and education. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55(5):411-414.

Avery MD, Howe C. The DNP and entry into midwifery practice: an analysis. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(1):14-22.

Baig L, Violato C, Crutcher R. A construct validity study of clinical competence: a multitrait multimethod matrix approach. *J Continuing Educ Health Professionals* 2010; 30(1):19-25.

Bensfield L, Olech M, Horsley T. Simulation for high-stakes evaluation in nursing. *Nurse Educator* 2012; 37(2):71-74.

Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries: a descriptive report. *Sexual Reproductive Healthcare* 2012; 3(2):67-72.

Branch ST Jr. Use of critical incident reports in medical education. A perspective. *J Gen Internal Medicine* 2005; 20(11) :1063-7.

Branch WT. The road to professionalism: reflective practice and reflective learning. *Patient Education Counseling* 2010; 80(3):327-332.

Bulmer Smith K, Profetto-McGrath J, Cummings GG. Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *Int J Nurs Studies* 2009; 46(12):1624-1636.

Campbell, C , Silver I, Sherbino J, Cate OT, Holmboe ES . Competency-based continuing professional development. *Medical Teacher* 2010; 32(8):657-662.

Carlough M, McCall M . Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured?: a clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89:200-208

Carolan M, Hodnette E . "With woman" philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry* 2007; 14(2):140-152.

Carroll VS, Thomas G, DeWolff D . Academic quality improvement program: using quality improvement as tool for the accreditation of nursing education. *Quality Man Health Care* 2006; 15(4):291-295.

Cleland J , Mackenzie RK, Ross S, Sinclair HK, Lee AJ. A remedial intervention linked to a formative assessment is effective in terms of improving student performance in subsequent degree examinations. *Medical Teacher* 2010; 32(4):e185-190.

Clifton SL, Schriener CL. Assessing the quality of multiple-choice test items. *Nurse Educator* 2010; 35(1):12-16.

Cohen-Schotanus J, van der Vleuten CPM. A standard setting method with the best performing students as a point of reference: Practical and affordable. *Medical Teacher* 2010; 32:154-160.

Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, Fox-Young S. Simulation based learning in midwifery education: a systematic review. *Women Birth* 2012; 25(2):64-78.

Cottingham J, Kismodi E, Hilber AM, Lincetto O, Stahlhofer M, Gruskin S. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bull World Health Org* 2010; 88(7):551-555.

Cowan D, Norman I, Coopamah VP . Competence in nursing practice: a controversial concept: a focused review of the literature. *Nurse Educ Today* 2005a; 25(5):355-62.

Cowan D, Norman I, Coopamah V . A project to establish a skills competency matrix for EU nurses. *Br J Nurs* 2005b; 14(11):6613-17.

Elaboración de un programa curricular de partería para una maternidad segura: guías para los programas de formación de parteras

Cubit KA, Leeson BG. Is there a case for tailoring graduate programs for nurses who have previously practiced as Enrolled Nurses? *Nurse Educ Today* 2009; 29(8):891-894.

DeChamplain AF. Ensuring that the competent are truly competent: an overview of common methods and procedures used to set standards on high-stakes examinations. *J Vet Med Educ* 2004; 31(1):61-65.

Doherty ME. Voices of midwives: a tapestry of challenges and blessings. *Am J Maternal Child Nurs* 2010; 35(2): 96-101.

Downing S, Tekian A, Yudlowsky R. Procedures for establishing defensible absolute passing scores on performance examinations in health professions education. *Teaching Learning Medicine* 2006; 18(1):50-57.

Dulski L, Kelly M, Carroll VS. Program outcome data: what do we measure? What does it mean? How does it lead to improvement? *Quality Man Health Care* 2006; 15(4):296-299.

Durham WJ, Kingston P, Sykes C. Implementing a sign off mentor preparation workshop: a tripartite approach. *Nurse Educ Today* 2012; 32(3):273-277.

Edwardson SR. Doctor of philosophy and doctor of nursing practice as complementary degrees. *J Professional Nurs* 2010; 26(3):137-140.

Embo MP, Driessen EW, Valcke M, Van der Vlieten CP. Assessment and feedback to facilitate self-directed learning in clinical practice of Midwifery students. *Midwifery* 2010; 32(7):e263-269.

Fealey GM, Carney M, Drennan J, Treacy M, Burke J, O'Connell D et al. Models of initial training and pathways to registration: a selective review of policy in professional regulation. *J Nurs Man* 2009;17:730-738,

Forneris SG, Pden-McAlpine C. Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor. *J Adv Nurs* 2009; 65(8):1715-1724.

Fox J (2003). Consumerism 2: preregistration nursing and midwives' curriculum. *Br J Nurs*, 12(6):378-86.

Frank J, Snell L, Cate O, Holmboe E, Carraccio C, Swing S et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 2010; 32(8):638-645.

Fullerton J, Engle H. Evaluation strategies for midwife education linked to digital media and distance delivery technology. *J Midwifery Womens Health*; 2003; 48(6):426-436.

Fullerton J, Ghérissi A, Johnson P, Thompson J. Competence and competency: Core concepts for international midwife practice. *Int J Childbirth* 2010; 1(1):4-12.

Germain A. Reproductive health and human rights. *Lancet* 2004; 363:65-66.

Groot E, Jaarsma D, Endedjik M, Mainhard T, Lam I, Simons RJ et al. Critically reflective work behavior of health care professionals. *J Continuing Educ Health Professions* 2012; 32(1):48-57.

Holland K, Lauder W. A review of evidence for the practice learning environment; enhancing the context for nursing and midwifery in Scotland. *Nurse Educ Practice* 2012;12(1):66064.

Holmboe E, Sherbino J, Long D, Swing S, Frank J. The role of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher* 2010; 32(8):676-682.

Howley L. Performance assessment in medical education: where we've been and where we're going. *Eval Health Professions* 2004; 27:285-303.

International Confederation of Midwives. Code of Ethics. 2008 Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. 2010 Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/Essential%20Competencies%20ENG.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Developing a midwifery curriculum for safe motherhood: guidelines for International Confederation of Midwives. Standards and Guidelines for Midwifery Education. 2010. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/MIDWIFERY%20EDUCATION%20PREFACE%20y%20STANDARDS%20ENG.pdf> [Acceso 13 de marzo de 2013]

International Confederation of Midwives. Standard ICM Competency-Based List for Basic Skills Training In Midwifery Schools, 2012. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/icm-standardequipment-list-for-competency-based-skills-training-in-midwifery-schools/> [Acceso 13 de marzo de 2013]

Kaplan L. The virtual reality of clinical education through simulation. *Nurse Practitioner* 2010; 35(10): 6.

Klein CJ, Fowles ER. An investigation of nursing competence and the competency outcomes performance assessment curricular approach: senior students' self-reported perceptions. *J Professional Nurs* 2009; 25(2):109-121.

Kneebone R. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. *Academic Medicine* 2005; 80(6):549-553.

Kneebone RL et al. Simulation and clinical practice: strengthening the relationship. *Medical Educ* 2004; 38:1095-1102.

Knowles MS, Holton E, Swanson R. *The Adult Learner*. New York: Elsevier; 2005.

Koblinsky M; Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; 368:1277-1386.

Leung SF, Mok E, Wong D. The impact of assessment methods on the learning of nursing students. *Nurse Educ Today* 2010; 28(6):711-719.

Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal morbidity 1800-1950*. London: Oxford; 1992.

Mallaber C, Turner P. Competency versus hours: an examination of a current dilemma in nurse education. *Nurse Educ Today* 2006; 26(2):110-114.

McCarey M, Barr T, Rattray J. Predictors of academic performance in a cohort of pre-registration nursing students. *Nurse Educ Today* 2007; 27(4):357-364.

Memon MA, Joughin GR, Memon B. Oral assessment and postgraduate medical examinations: establishing conditions for validity, reliability and fairness. *Adv Health Sciences Educ: Theory Practice* 2010;15(2):277-289.

Murphy J. Using focused reflection and articulation to promote clinical reasoning: An evidence-based teaching strategy. *Nurs Educ Perspectives* 2004; 25(5):226-232.

Nehring WM, Lashley FR (2004). Current use and opinions regarding human patient simulators in nursing education: an international survey. *Nurs Educ Perspectives*, 2004; 25(5):244-248.

Newble D. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Educ* 2004; 38:199-203.

Norman IJ, Watson R, Murrells T, Caiman L, Redfern S. The validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students. *Int J Nurs Studies* 2002; 39:133-145.

Oermann M, Gaberson K. *Evaluation and Testing in Nursing Education*. New York: Springer; 2005.

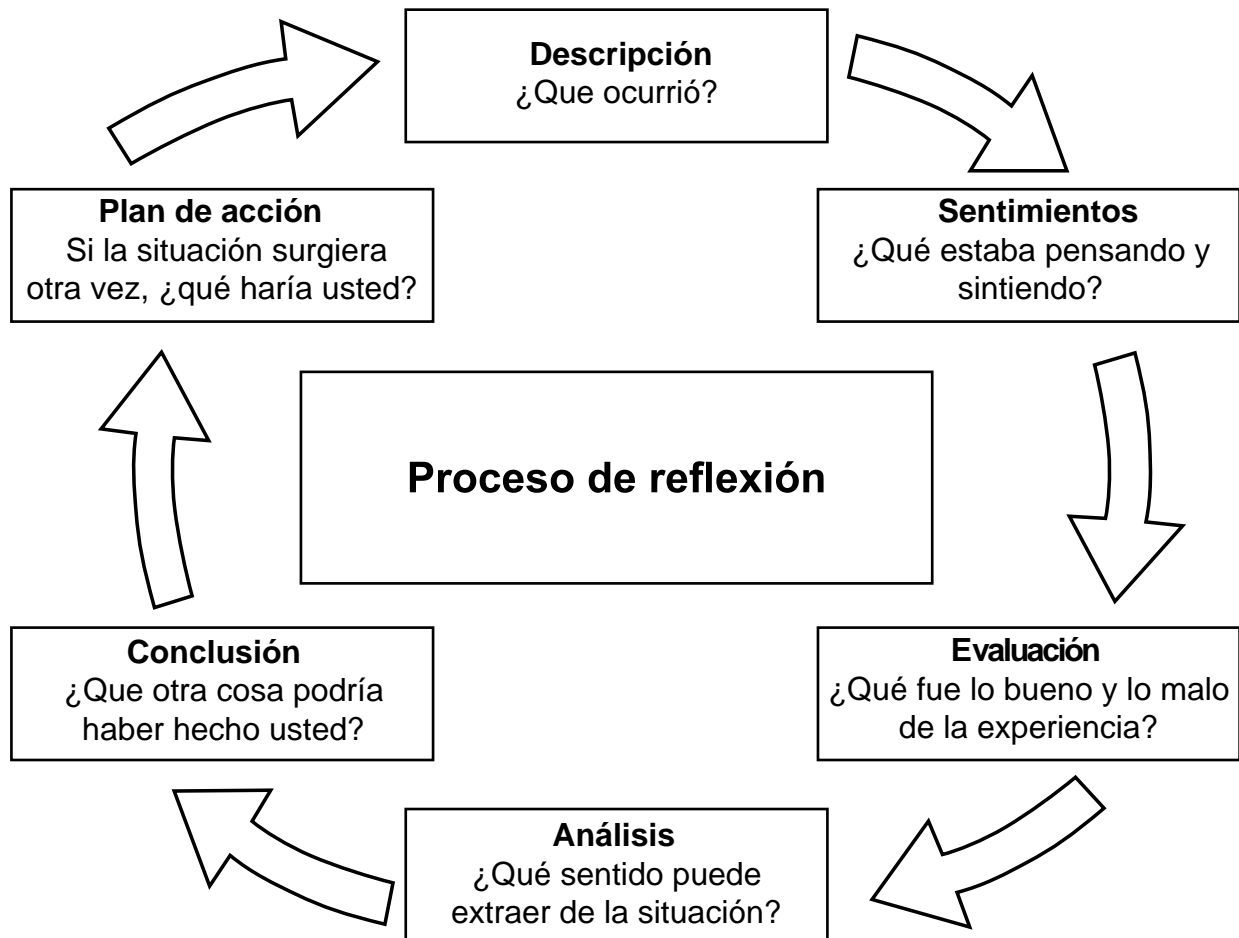
Paterson KE, Leff EW, Luce MM, Grady MD, Clark EM, Allen ER. From the field: a maternal child health nursing competence validation model. *MCAT. Am J Maternal Child Nurs* 2004; 29(4):230-235.

Pehlke-Milde J, Beier J, Friederike Zu Sayn-Wittgenstein PH, Fleming V. Vocational analysis of health care professions as a basis for innovative curricular planning: an analysis and prognosis of the development of the professional competencies of midwives: cornerstones of innovative curriculum in tertiary education. *Nurse Educ Today* 2006; 26:183-190.

Elaboración de un programa curricular de partería para una maternidad segura: guías para los programas de formación de parteras

- Raisler J, O'Grady M, Lori J. Clinical teaching and learning in midwifery and women's health. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(6):398-406.
- Reubenson A, Schnepf T, Waller R, Edmondston S. Inter-examiner agreement in clinical evaluation. *Clin Teacher* 2012; 9(2):119-122.
- Rhodes ML, Curran C. Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program. *Computers, Informatics, Nursing* 2005; 23(5):256-262.
- Ricketts C, Freeman AC, Coombes LR. Standard setting for progress tests: combining external and internal standards. *Medical Educ* 2009; 43(6):589-593.
- Roseman M, Reichenbach L. International Conference on Population and Development at 15 year: Achieving sexual and reproductive health and rights for all? *Am J Public Health* 2010; 100(3):403-406.
- Rowan CJ, McCourt, Beake S. Problem based learning in midwifery: the teacher's perspective. *Nurse Educ Today* 2007; 27(2): 131-138.
- Rowan CJ, McCourt C, Beake S. Problem based learning in midwifery: the students' perspective. *Nurse Educ Today* 2008; 28(1):93-99.
- Rowan C, McCourt C, Beake S. Midwives' reflections on their education program: a traditional or problem-based learning approach? *Midwifery* 2009; 25(2):213-222.
- Schmidt J, Rotgans J, Yew E. The process of problem-based learning: what works and why. *Medical Educ* 2011; 45:792-806.
- Scott I. Accreditation of prior learning in pre-registration nursing programs: throwing the baby out with the bath water? *Nurse Educ Today* 2007; 27(4):348-356.
- Smith JM, Currie S, Azfar P, Rahmanzai AJ. Establishment of an accreditation system for midwifery education in Afghanistan: maintaining quality during national expansion. *Public Health* 2008; 122(6):558-567.
- Smithburger PL, Kane-Gill SL, Ruby CM, Seybert AL. Comparing effectiveness of 3 learning strategies: simulation based learning, problem-based learning, and standardized patients. *Simulation Healthcare* 2012; 7(3):141-146.
- Stern D, Ben-David MF, De Champlain A, Hodges B, Wojtczak A, Schwarz MR. Ensuring global standards for medical graduates: a pilot study of international standard-setting. *Medical Teacher* 2005; 27(3):207-213.
- Strupe DA, Huynh D, Haines ST. Scoring objective structured clinical examinations using video monitors or video recordings. *Am J Pharmaceutical Educ* 2010; 74(3):44.
- Sturmberg J, Hinchy J. Borderline competence – from a complexity perspective: conceptualization and implementation for certifying examinations. *J Eval Clin Pract* 2010; 16:867-872.
- Su WM, Juestel MJ. Direct teaching of thinking skills using clinical simulation. *Nurse Educator* 2010; 35(5):197-204.
- Taylor RM. Defining, constructing and assessing learning outcomes. *Revue Scientifique Technique* 2009; 28(2):779- 788.
- Thompson J. A human rights framework for midwifery care. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:175-81.
- Thompson J, Fullerton J, Sawyer A. The International Confederation of Midwives: global standards for midwifery education (2010) with companion guidelines. *Midwifery* 2011; 27(4):409-416.
- Wilding PM. Reflective practice: a learning tool for student nurses. *Br J Nurs* 2008; 17(11):720-724.
- Winters CA, Echeverri R. Teaching strategies to support evidence-based practice. *Crit Care Nurse* 2012; 32(3):49-54.
- World Health Organization, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of skilled attendants: a statement. Geneva: WHO; 2004. World Health Organization. Midwifery Modules for Safe motherhood: education materials for Midwife Teachers. Geneva: WHO; 2006.

Figura 5.1: Ciclo de reflexión



Definición: La reflexión es un proceso de revisión de la experiencia de práctica para describir, analizar y de ese modo informar lo que se aprendió sobre la práctica.

Anexo 5.1: Marco para evaluar el currículo

Esta lista de verificación se puede utilizar para evaluar el currículo, para ver dónde hay que fortalecerla. Al llenar la lista de verificaciones es importante:

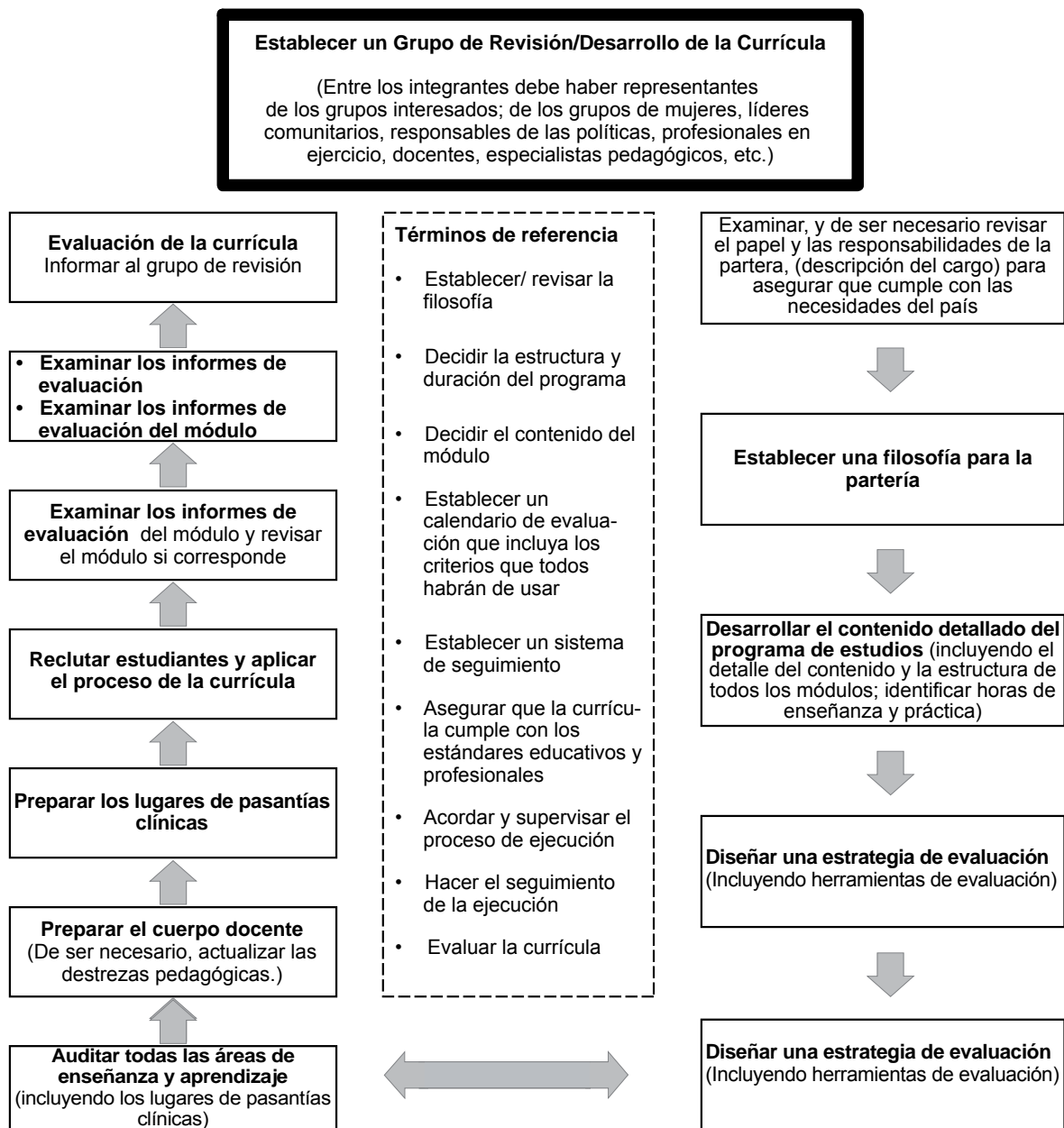
- Examinar el documento escrito que contiene el currículo y todas las herramientas y pautas de evaluación;
- obtener la visión de los estudiantes actuales y los que hayan hecho el curso recientemente, docentes y líderes de programas;
- obtener la visión de las parteras en la práctica clínica que supervisan estudiantes;
- obtener la visión de la institución educativa que supervisa el currículo;
- obtener las visiones del órgano regulador y de la asociación profesional en los lugares donde existan;
- observar instancias de enseñanza y aprendizaje ;
- observar a estudiantes en las áreas clínicas;
- revisar los registros de los estudiantes;
- revisar los recursos disponibles para la enseñanza y el aprendizaje.

Criterios	Sí	No	No se sabe
El currículo ha sido examinado y revisado en los últimos cinco años.			
Se cuenta con requisitos mínimos establecidos para el ingreso al programa y se los está siguiendo. (Ingrese aquí los criterios correspondientes).			
Se ha acordado una relación docente/estudiante y se cumple con las normas nacionales y los estándares internacionales.			
El currículo requiere la aprobación de la autoridad rectora de partería (el órgano establecido por el gobierno para supervisar la partería y habilitar para el ejercicio).			
El currículo es enseñado en un órgano/institución de educación apropiado o tiene su aprobación.			
El currículo está a nivel equivalente al de otros profesionales de la salud.			
El currículo está basado en teorías educativas sólidas de aprendizaje de adultos, que fomenta en los estudiantes el pensamiento crítico y las destrezas de resolución de problemas.			
El currículo tiene una clara filosofía de partería que valora a las parteras que trabajan junto con las mujeres y que reconoce al embarazo y al parto como un acontecimiento natural de la vida para la mayoría de las mujeres.			
El currículo está organizado como para asegurar que las estudiantes vinculen la teoría a la práctica; las pasantías de prácticas les permiten aplicar en la práctica lo que aprendieron en el aula.			
El currículo está dirigido por una profesora de partería experimentada que tiene trayectoria en partería y que ha recibido capacitación para la docencia.			
Los recursos de enseñanza y aprendizaje son adecuados y exponen a las estudiantes a los hallazgos de investigación recientes.			
Las estudiantes tienen oportunidades de trabajar en el área clínica bajo la supervisión directa de una partera especializada, y se evalúa su práctica.			

Cont. Anexo 5.1: Marco para evaluar el currículo

Criterios	Sí	No	No se sabe
Al terminar el programa de educación las parteras son capaces de trabajar como profesionales autónomas/ independientes, capaces de ejercer la partería tal como se resume en la Definición Internacional de una Partera.			
Al completar el programa de educación las parteras son capaces de ejercer como miembros de participación plena de un equipo multidisciplinario.			
Al culminar el programa de educación, las parteras son capaces de brindar cuidados de partería en cualquier situación, comunidad clínica, dependencia sanitaria, hospital o los propios hogares de las clientas.			
Al terminar el programa educativo las parteras son capaces de brindar todas las destrezas que salvan vidas esenciales a las mujeres y recién nacidos.			
Todas las evaluaciones están claramente identificadas en el currículo y los estudiantes saben cuáles son los puntos de valoración.			
Se han establecido criterios claros para todas las evaluaciones teóricas y clínicas.			
Todos los evaluadores, incluyendo los evaluadores clínicos, han sido preparados especialmente para su papel.			
El currículo tiene un mecanismo de mejora de calidad claro y transparente; las estudiantes tienen instancias para expresar su opinión a los docentes.			
Todas las herramientas de evaluación han sido sometidas a prueba para confirmar su validez y confiabilidad.			
Los registros de los estudiantes aseguran que se puede rastrear su avance individual a lo largo del programa.			

Anexo 5.2: Pasos esenciales en el desarrollo de un currículo para asegurar que cumple con su cometido



Módulo 6

Desarrollo de programas eficaces para preparar docentes en partería



6.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto reducir de manera significativa la morbilidad y mortalidad maternas asociadas al parto. Parte de la estrategia de la OMS para cumplir este objetivo es disponer de los servicios de asistentes calificados en todos los nacimientos. No obstante ello, la información disponible sobre la proporción de asistentes calificados indica que en muchos países todavía queda mucho por hacer si se quiere cumplir con esa meta (OMS, 2006). Las parteras competentes bien entrenadas son una parte primordial del cuadro de asistentes calificados. Es crucial contar con un número creciente de parteras para poder dar cuidados de maternidad de alta calidad, con el fin de lograr el objetivo de cobertura de todos los partos con asistentes calificados (Koblinsky y col., 2006). También es necesario que haya suficientes docentes de partería bien preparados para satisfacer las necesidades de educación de cada país. Es por lo tanto esencial contar con programas eficaces y de alta calidad para la formación de esos docentes de partería. Estas directrices han sido desarrolladas para ayudar a los países a examinar y mejorar la calidad de los programas existentes o preparar nuevos programas. Este módulo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* está a su vez complementado con otros módulos destinados a ayudar a los países a desarrollar un ambiente de políticas propicias que promuevan las mejoras prácticas en la partería y en la atención de la maternidad a través de la promulgación de legislación también propicia, y la promoción de altos estándares de práctica mediante educación, supervisión y una evaluación continua de la competencia.

6.1.1 - Objetivos y razones

La calidad de la educación impartida para la preparación de los docentes de partería incide en gran medida en la capacidad de formar personal seguro y competente, tanto parteras como otros trabajadores de la salud responsables de ofrecer atención calificada en el embarazo y el parto. En la actualidad en las diferentes partes del mundo se aplican múltiples métodos y enfoques para preparar a los docentes de partería, y son también muy variadas las normas fijadas para ingresar a esos cuerpos docentes. Algunos docentes de partería tienen poca o ninguna instrucción que los prepare para esa responsabilidad. Algunos países han establecido programas de docencia genéricos para formar profesores que provienen de otras disciplinas. Sin embargo, este tipo de programas de formación docente rara vez prepara para enseñar las habilidades específicas que necesitan los docentes de partería para poder cumplir con su rol pedagógico, tanto a nivel académico como clínico. Se puede dar inclusive que las parteras no estén representadas en los comités que diseñan estos programas, o puede ser que se prescindan de ellas como mentoras o modelos de rol para las estudiantes de profesorado de partería. Asimismo, a veces las candidatas a profesoras de partería antes de asumir el papel de docentes pueden venir con una formación básica con una experiencia clínica muy limitada.

En países con recursos limitados la escasez de profesoras de partería es un gran problema. Esta escasez, y las enormes exigencias a las que está sometido el personal médico y de partería disponible que interviene en la docencia y supervisión clínica, lleva a que con frecuencia los docentes de otras disciplinas, como enfermería o medicina, pasen a jugar un papel preponderante en la educación de las parteras, aun sin ser parteras. Es comprensible que se limiten a enseñar la parte teórica de la partería, recurriendo a información que consiguen de los pocos libros de texto que están a su alcance. Es muy probable que estos docentes no logren transmitir cómo aplicar en la práctica lo que se aprende en la teoría, ni enseñar las destrezas específicas de la partería, o supervisar a las estudiantes cuando realizan estas técnicas clínicas. Como resultado, con demasiada frecuencia la educación de las estudiantes

de partería es inadecuada, y no las prepararan para su rol profesional, ya que egresan a veces sin haber adquirido la competencia clínica necesaria para ejercer de manera segura. Por lo tanto, el cuidado que se ponga al contratar y preparar a las profesoras de partería es crucial si se pretende mejorar a su vez la educación de las parteras, para en último término promover una maternidad sin riesgos.

Estas directrices para el desarrollo de programas de formación de profesoras de partería pretenden:

- Aportar información y herramientas que ayuden a los países con recursos acotados a planificar, instaurar y monitorear programas de formación de profesoras de partería de alta calidad;
- promover la preparación de un número suficiente de profesoras de partería con un alto nivel de competencia tanto en el ejercicio como en materia pedagógica, para satisfacer las necesidades de formación del país en cuestión;
- ofrecer diferentes opciones para la educación de profesoras de partería, planteando la posibilidad de compartir programas y recursos con otras disciplinas, e incluso con otros países, para que puedan impartir cursos de alto nivel y económicamente viables.

6.2. Directrices para programas de formación de docentes

Glosario de términos vinculados a la formación de profesoras de partería

Cooperación entre países para la formación de profesoras de partería: Dos o más países planifican y conducen un programa compartido para la formación de profesoras de partería.

Mentor: Una partera experimentada que trabaja en un área clínica o una profesora de partería que trabaja en una escuela de partería, que da apoyo, orientación y supervisión a la estudiante de profesorado de partería.

Docente o profesora de partería: Partera calificada, competente, egresada de un programa de formación docente reconocido en el que recibió preparación para enseñar partería.

6.2.1 - Requisitos de ingreso

La finalidad de establecer requisitos de ingreso para la admisión al programa de formación de profesoras de partería es promover la equidad y justicia al considerar las calificaciones de cada candidata individual¹. Hay ciertos factores que facilitan esta transición del rol, y hay ciertas consideraciones que son esenciales para cualquier docente que asuma la responsabilidad de supervisar a otros en un papel de práctica clínica basado en competencias. Esos factores se presentan en la Tabla 6.1.

¹ El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería es vista exclusivamente como abierta a las mujeres. No obstante, en una serie de países los hombres también ingresan a esta profesión. La definición internacional ha sido actualizada para reflejar un lenguaje más neutro en cuanto al género; sin embargo, la guía utiliza el género femenino por motivos prácticos.

Tabla 6.1. Consideraciones de admisión

Edad.	<p>No existe ninguna evidencia a favor de fijar una edad mínima como requisito de admisión. Sin embargo, lo más probable es que las candidatas superen en varios años a las estudiantes de nivel básico porque forzosamente ya tienen que haber terminado un programa de formación de partería y haber adquirido algunos años de experiencia de práctica clínica.</p> <p>Compete a los países decidir una edad máxima para las parteras que comiencen el programa de docencia de parteras. Esto dependerá de varios factores, entre los que se incluye la edad de jubilación.</p>
Educación.	Las candidatas tienen que venir ya con una buena formación general, normalmente de 12 años de duración. Se exige a la futura docente de partería haber obtenido los certificados correspondientes de egreso del país de origen, incluyendo estudios en un tema vinculado a ciencias. Deberían también tener fluidez en la lengua franca prevalente en la región (por ejemplo: inglés, francés, español o chino) ya que gran parte de la bibliografía de estudio disponible está publicada en esos idiomas clave.
Calificación de partería.	Las candidatas deberían poseer credenciales apropiadas de sus países que declaren que han finalizado con éxito un programa básico de formación de partería, y que han demostrado la obtención de buenos estándares tanto en la teoría como en la práctica.
Experiencia en la práctica.	Se recomienda exigir un mínimo de dos años de experiencia clínica reciente como parteras a tiempo completo (o el equivalente en tiempo parcial), además del tiempo dedicado a los programas de formación pre servicio. La experiencia clínica obtenida durante los años de la práctica de partería debe revisarse cuidadosamente. Si la experiencia es limitada (por ejemplo, un promedio menor a un parto por mes) antes de que la candidata sea considerada para el programa se le debe exigir más práctica de partería. Si solamente ha ejercido como partera a nivel comunitario, sería claramente provechoso que la candidata hiciera una pasantía en un hospital antes de embarcarse en un curso de profesorado, y a la inversa.
Buen conocimiento de partería básica y un buen historial en los estándares de ejercicio.	<p>Estos criterios se pueden evaluar de varias maneras. Una posibilidad es solicitar a las candidatas que presenten alguna evidencia que refleje que cumplen con esos criterios. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● notas de exámenes para ingresar a la práctica (como los exámenes de inscripción a un trabajo o la certificación que se exige en algunos países); ● registros de revisiones de pares obtenidos durante la supervisión de su práctica; ● evidencia de participación en programas de educación continua en partería; ● Cartas escritas de referencia de las matronas y otros profesionales de la salud que hayan tenido oportunidad de observar recientemente a la solicitante en el desempeño de tareas focalizadas en la función de partería.
Motivación para ser docente de partería.	Puede optarse por exigir una entrevista a todas las candidatas. Las preguntas de la entrevista se concentrarían en la motivación de la candidata para ser docente; por ejemplo, las razones por las que ella aspira a asumir este papel con respecto a las estudiantes que asisten a las familias que procrean y a la comunidad. El entrevistador debería preguntar por una autoevaluación de sus aptitudes para la docencia, y su capacidad para concordar con la filosofía del programa y poder cumplir con los requisitos de la teoría y la práctica del mismo. Si resulta difícil coordinar una entrevista debido a la distancia o a los gastos, podría extenderse una solicitud por escrito que se ocupe de estas mismas preguntas, la cual se podría ampliar para incluir una sección sobre educación; por ejemplo, solicitarle a la candidata que escriba un ensayo sobre su experiencia de docencia en la práctica clínica o su concepto personal de la educación en partería.
Buena salud.	Conforme las bases éticas de la práctica de la partería, las estudiantes no deben estar cursando ninguna patología que pudiera transmitirse a la mujer y a su niño al atenderlos de la forma habitual y brindando los servicios de salud de costumbre.
Criterios opcionales.	Los países pueden optar por aplicar otros criterios a nivel local, dependiendo de las circunstancias específicas nacionales.
Criterios de exención.	En el programa se podrían establecer criterios para eximir a algunas estudiantes de ciertas partes del programa, y es algo que se puede considerar en el examen de admisión. Por ejemplo, una partera que haya adquirido conocimientos avanzados de partería por haber tomado cursos adicionales de partería en una institución académica reconocida, o que en la práctica haya adquirido experiencia a un nivel superior a la formación básica de partería, podría exonerar esa parte del programa en el currículo modelo de educación docente.

6.3 Marcos sugeridos para programas de formación de docentes en partería

Los modelos descritos a continuación son opciones que pueden adoptarse o adaptarse según convenga a la situación del país en términos de recursos, personal disponible y la calidad del grupo de aspirantes. Se presentan y describen los elementos esenciales para los diversos modelos y el núcleo común de un programa de formación docente se detalla en las secciones siguientes. Los modelos y opciones que se describen pueden ser seleccionados en función de las calificaciones y experiencia previa de las aspirantes que reúnan los requisitos para la admisión en el programa de formación del profesorado. Los métodos por los cuales se imparte el contenido, por ejemplo, basado en el aula o basado en la web, no altera el contenido del programa, y todos los programas deben tener práctica docente supervisada con los estudiantes de partería. Al igual que con cualquier programa de educación, la duración es influenciada por el tamaño del contenido, los requerimientos de enseñanza clínica supervisada en un entorno propicio, la disponibilidad de docentes calificados y material didáctico, el calibre/necesidades de los solicitantes y las exigencias políticas del país/región.

6.3.1 - Estructura del programa

6.3.1.1 Un programa de educación de docentes en partería independiente

El programa de educación de docentes en partería puede ser diseñado en forma independiente, basado en competencia; el programa de educación continua que busca verificar la competencia obstétrica clínica y se centra en el desarrollo de competencias de los docentes en partería. Estos programas pueden ser estructurados como los programas de tiempo completo o medio tiempo de estudio, por lo general un mínimo de 9 a 12 meses de duración para estudios a tiempo completo, que incluye tiempo para absorber el contenido y aplicarlo durante la enseñanza supervisada de la teoría y la práctica clínica.

El programa incluiría centrar la atención en la práctica clínica de la partería para aquellos estudiantes que necesitan actualizar sus competencias clínicas, y las bases de la enseñanza y el aprendizaje en un programa de educación en partería basado en competencias para todos los estudiantes. La práctica clínica se incluye para permitir a las estudiantes de profesorado aplicar la teoría en la práctica y mantener y aumentar sus destrezas clínicas, mientras que la práctica de la docencia supervisada es una parte esencial de un programa de profesorado de partería.

6.3.1.2 La educación de los profesores como un enfoque académico de estudio

Algunas instituciones académicas ofrecen programas de formación de profesorado que se insertan en los programas avanzados de enfermería o formación en partería. Estos se refieren típicamente como “académicos menores” ofrecidos dentro de los programas de estudios de posgrado. Se ofrecen generalmente cuatro unidades de estudio que cubren las áreas de contenidos descritos en la sección 5.5.2 de este módulo: a) la competencia basada en métodos y estrategias de enseñanza, b) diseño curricular, c) los métodos de evaluación y d) los aspectos administrativos y legales de enseñanza. Cada unidad de estudio varía de 30 a 45 horas de contenido teórico y tiene un período asociado de enseñanza práctica supervisada que se calcula típicamente en una proporción de 3 horas de práctica por cada 1 hora de crédito.

6.3.2 - Opciones para programas de docentes en partería: mayor exploración

Hay una serie de opciones que se pueden aplicar al diseñar un programa independiente para profesoras de partería. La primera de las dos opciones presentadas abajo representa dos partes de un programa que busca fortalecer las habilidades clínicas en partería de las futuras docentes y luego, basado en tal competencia, crear capacidad para enseñar y evaluar al estudiante. La segunda opción acorta el programa de estudios para centrarse en la educación de los profesores, asumiendo que los candidatos a docentes ya han adquirido y demostrado habilidades en la práctica clínica de la partería.

A continuación se presentan dos de las opciones más habituales.

6.3.2.1 Opción 1: Dos partes claramente diferenciadas: estudios de partería avanzada/postbásica y estudios de formación docente.

La razón para dividir el programa en dos partes separadas, concentrándose primero en la partería (parte 1) y luego en la educación (parte 2), es asegurar que la docente de partería tenga un conocimiento profundo de la teoría y competencia práctica de la partería antes de embarcarse en la sección educativa del programa. Esto es un requisito esencial para las profesoras de partería (Williamson, 2004). Esta opción tiene muchas ventajas, una de las cuales (y no la menor) es que también ofrece la oportunidad de que las parteras que deseen profundizar su conocimiento en la partería pero no quieran hacer docencia completen sólo la parte 1 del programa. Esto es una actitud a alentar, dado que la disponibilidad de parteras con una mejor formación en la práctica clínica no solamente promovería niveles de atención más altos sino que también propiciaría una enseñanza y supervisión más eficaces de las estudiantes de partería en las áreas de práctica. Otra ventaja de abrir la parte 1 del programa a todas las parteras idóneas es que permitiría aumentar el número de participantes, y por lo tanto ayudaría a hacer el curso más viable. Sin embargo, hay que dejar aclarado que las parteras que deseen ser docentes deben completar tanto la parte 1 como la parte 2 del programa.

Las parteras que ya hayan completado exitosamente un programa de estudios de partería avanzado/posbásico que cumpla con los criterios acordados para la institución que ofrece el programa pueden quedar exoneradas de la parte 1.

La parte 2 del programa (estudios pedagógicos) normalmente comenzaría a las pocas semanas de haber finalizado la parte 1. Si las parteras no comienzan esta parte dentro de los cinco años de haber aprobado la parte 1, normalmente tendrían que presentar alguna prueba de que recientemente han actualizado su conocimiento de partería. Además, si no han estado trabajando en la práctica clínica gran parte de ese tiempo, las parteras deben acordar que inmediatamente antes de comenzar con la parte 2 dedicarán un período de tiempo a la práctica clínica. Además, deben conseguir una referencia de un supervisor clínico que atestigüe que son clínicamente competentes en todos los aspectos de la práctica de partería.

Para el diseño de la opción 1, parte 2 (estudios pedagógicos) se pueden considerar las siguientes alternativas:

- Un programa diseñado sólo para profesoras de partería;
- un programa multidisciplinario que incluiría estudiantes de profesorado de otras disciplinas vinculadas a la salud, por ejemplo, enfermería, fisioterapia, etc. (Copperman y Newton, 2007). Esto puede resultar necesario si no hay un número suficiente de estudiantes de profesorado de partería como para hacer que el programa sea viable, si bien en la sección 10 se analizan otras opciones, incluyendo cooperación entre diferentes países;

- un programa multidisciplinario que incluya parteras, otro personal vinculado a la salud y también profesionales de otras disciplinas que vayan a enseñar a adultos, por ejemplo, historia, literatura, etc. El compartir recursos entre varias disciplinas puede dar viabilidad al programa.

Sea cual sea el tipo de opción elegida, es esencial que en el equipo de gestión del programa haya una profesora de partería con antigüedad que esté plenamente involucrada en todos los aspectos de la planificación, ejecución y realización del programa.

En los casos en que se ofrezcan programas multidisciplinarios, se recomienda que estos tengan un currículo principal al que asistirían todos los estudiantes, y módulos especiales para estudiantes de diferentes disciplinas, donde se les pueda enseñar o donde tengan la oportunidad de analizar la aplicación del contenido principal de esta área especializada con un tutor de su propia disciplina. La práctica docente también sería dispuesta y supervisada por el tutor especialista. Por lo tanto, una profesora de partería integrante del personal de la institución que condujera el programa para profesoras de partería, supervisaría a las estudiantes de profesorado de partería. Además, las estudiantes del profesorado deberían designar una profesora de partería en el lugar donde les toque enseñar, para que actúe como mentora y supervisora.

6.3.2.2 Opción 2: Estudios avanzados integrados de la teoría, práctica y educación de partería

Los estudios pedagógicos y la teoría y práctica de partería avanzada/pos básica quedarían repartidos a lo largo de todo el programa de profesorado de partería.

Las ventajas de la opción 2 son que:

- Se puede integrar la teoría, práctica y pedagogía en partería a lo largo de todo el programa;
- hay menos riesgo de que se asignen parteras a cargos docentes luego de haber completado sólo la parte 1 (es decir que sólo hayan cumplido con los estudios de partería avanzados/pos básicos pero sin competencia docente).

Las desventajas de la opción 2 son que:

- Es menos flexible, dado que la naturaleza integrada del curso haría más difícil abrir la parte de estudios avanzados de partería a otras parteras;
- el dar programas separados para actualizar a las parteras en la práctica clínica conlleva importantes implicaciones de costos y recursos;
- el diseño integrado del programa significa que sería más difícil poder exonerar a las parteras que ya hayan completado estudios avanzados de partería;
- tanto la partería avanzada/postbásica, como la parte pedagógica tendrían que estudiarse en los mismos centros (la opción 1 ofrece una cierta flexibilidad en cuanto a los locales de estudios. Si no hay centros

de excelencia para la parte de partería y pedagogía en las cercanías, sería posible realizar cada parte del programa en áreas diferentes. *Esta flexibilidad podría ser particularmente importante si se diseñan programas que se compartan con otros países.*);

- con el modelo integrado hay una mayor necesidad de tener un programa estructurado que permita a los estudiantes adquirir competencia en profundidad tanto en partería como en pedagogía simultáneamente (la opción 1 ofrece más flexibilidad en partes específicas del programa, por ejemplo podría diseñarse un curso para aula o darse parcialmente utilizando tecnologías de aprendizaje a distancia) (Anshu y col., 2008; Vitale, 2010);
- el modelo integrado puede tener un efecto deletéreo sobre los programas de estudiantes de partería de pregrado (básica) dado que las estudiantes de profesorado de partería tendrían que dar clase a estudiantes de partería básica durante su práctica docente, antes de haber desarrollado un conocimiento completo y en profundidad de la partería. Eso hace que las estudiantes de profesorado pueden tener una base de conocimiento inadecuada al inicio de su práctica docente.

6.4 Institución educativa, reconocimiento de la finalización y del personal requerido para el programa de profesorado en partería

6.4.1 - Institución docente

Se propone que la formación de las profesoras de partería se enmarque en el sistema educativo existente en el país. El programa puede desarrollarse en cualquier institución que cuente con el personal, instalaciones y recursos adecuados para ofrecer un curso o programa de estudio de esta naturaleza, como una universidad, un instituto de enseñanza superior u otra institución idónea habilitada para otorgar licenciaturas, títulos de nivel terciario o certificados de finalización.

6.4.2 - Acreditación del aprendizaje y reconocimiento de la finalización del programa

Todos los programas de profesorado de partería deben estar acreditados. La acreditación en este sentido se refiere al otorgamiento de créditos o reconocimientos por cursar los estudios (Hovenga, 2004; Avery, Germano y Camune, 2010). La acreditación en un sentido más amplio se refiere al proceso mediante el cual se le reconoce a la institución académica que cumple con un conjunto predeterminado de estándares que la habilitan para brindar una educación de calidad (Pincombe, Thorogood y Kitschke, 2003; Cueto y col., 2006; Carroll, Thomas y DeWolff, 2006; McLean, Blackwell y Stoskopf, 2006; Smith y col., 2008).

Idealmente, habría que desarrollar las vías que permitieran a las profesoras de partería avanzar académicamente luego de haber finalizado el programa para profesoras de partería en caso de querer hacerlo. Estas vías deberían permitir que los estudiantes adquieran suficientes créditos al nivel apropiado como para que se les entregue un título académico que sea superior al que se establece en el programa de profesorado de partería. La progresión de las estudiantes debería eventualmente llevar a un título de grado académico (Doctor en Filosofía [Ph.D]) o un doctorado

clínico (las credenciales académicas varían según el país). Esta consideración es particularmente importante, ya que se necesitan parteras con un nivel elevado en partería y temas afines, especialmente para enseñar en programas de partería avanzados/postbásicos y en programas de profesorado de partería. Asimismo, se necesitan parteras con títulos en educación o práctica clínica para enseñar en programas de profesorado de partería, y para el diseño y desarrollo del currículo, por lo que algunos países con escasos recursos pueden examinar esto críticamente y elaborar sus propios programas de estudios para todos los programas de partería.

6.4.3 - Personal

6.4.3.1 Estudios de partería avanzados/postbásicos que componen el programa

Profesoras de partería

Es esencial que las docentes de partería jueguen un papel decisivo en la definición de los programas de formación de profesores de parteras. Para eso deben estar bien preparadas para su rol. Es obligatorio que hayan finalizado exitosamente un programa de partería avanzado reconocido a nivel de diploma o grado y un programa educativo que lleve a un título académico reconocido de nivel superior. Si en los países no se dispone de programas adecuados en los que se base el programa de profesoras de partería, se recomienda que las profesoras de partería seleccionadas para enseñar en el programa de profesorado reciban formación asistiendo a programas adecuados en otro país.

Otro personal docente

- Conferencistas en ciencias biológicas y del comportamiento;
- personal médico con experiencia en obstetricia, pediatría neonatal, salud pública y otros temas pertinentes que intervendrían en la enseñanza tanto de la teoría como de la práctica;
- otros profesores especialistas que incluyen nutricionistas, farmacéuticos, epidemiólogos, investigadores y personal administrativo gerencial de instituciones de salud.

6.4.3.2 Componente educativo del programa de profesorado de partería

Profesoras de partería

Las profesoras de partería con las calificaciones y experiencia correspondientes estarían a cargo de impartir las partes fundamentales de la parte educativa del programa. Serían responsables de aplicar los principios de educación que se enseñan en la parte clave del currículo del profesorado de partería. También dispondrían de pasantías para la práctica docente para las estudiantes de profesorado de partería, y haría un seguimiento y una evaluación de sus avances durante la práctica de la enseñanza tanto en el aula (u otros lugares de enseñanza) como en las áreas clínicas.

Otras disciplinas

En la parte pedagógica del programa se puede incorporar docentes con experiencia específica y conexas que den cursos del área educativa. Los campos de experiencia y conocimiento podrían incluir por ejemplo, principios de la educación a adultos, tecnologías de la enseñanza y tecnologías instructivas (por ejemplo, uso de Internet para cubrir el programa docente, desarrollo de medios audiovisuales), o métodos de evaluación basados en evidencia.

6.5 Programa de estudios modelo para un programa de profesorado de partería

6.5.1 - Programa y plantel de profesores

El equipo docente debería elaborar el plan de estudios y desarrollar el programa. Los integrantes del equipo también deberían ser responsables de hacer un seguimiento y evaluar el programa, y de seguir desarrollándolo conforme los hallazgos.

Los integrantes del equipo de programación podrían incluir, como mínimo, profesoras de partería en ejercicio, parteras de las diferentes áreas clínicas con antigüedad, estudiantes de profesorado de partería, personal médico, una docente de enfermería, administración, pedagogos del sector de educación superior y un bibliotecario. Personas con una determinada especialidad para asistir a algunas de las reuniones para que el equipo se beneficie de ese conocimiento en particular. Las profesoras de partería deberían estar particularmente bien representadas en todas las reuniones del equipo.

6.5.2 - Filosofía del programa

La base filosófica del programa debería estar claramente establecida conforme las consideraciones abajo detalladas y abarcando cualquier otro factor adicional que se considere importante en el contexto del país donde funcionará el programa. Esa filosofía debe verse reflejada a lo largo de todo el desarrollo y la implementación del programa. Por lo tanto debe ser realista y alcanzable.

El considerar la filosofía, sería conveniente que el equipo reflexione sobre:

- La filosofía de la atención de partería;
- las políticas nacionales y locales de atención de salud que afectan la atención de partería;
- otras políticas y factores que podrían afectar a las mujeres y los lactantes, especialmente las que atañen a su salud y bienestar;
- la filosofía de la educación;
- políticas educativas que afectan la preparación de las profesoras de partería;
- otras políticas y asuntos que afectan a las parteras en su formación;
- perspectivas internacionales (por ejemplo, direcciones estratégicas de la OMS para los servicios de enfermería y partería:2011-2015 (OMS, 2010);
- la influencia de la investigación sobre el programa;
- elección de un marco curricular.

6.5.3 - Marco/modelo curricular

El modelo que se seleccione para el diseño del currículo refleja y enfatiza los valores y creencias de la institución y el enfoque del personal hacia la educación. Los elementos clave que determinan el diseño de la organización o la estrategia que se seleccione pueden ser representados gráficamente. En la Figura 6.1 se presenta un marco modelo.

6.5.4 - Objetivos y resultados basados en el aprendizaje

Los objetivos generales deberían especificar lo que los docentes quieren alcanzar en el programa (Johnson-Farmer y Frenn, 2009). Principalmente los resultados previstos por el programa deberían reflejar las competencias de los docentes en partería indicados por ICM (2008)². Eso va seguido de los objetivos más específicos y los resultados que se busca obtener con el aprendizaje de cada parte del programa, es decir, se establece lo que se espera que aprendan las estudiantes con cada módulo, curso o unidad de aprendizaje.

6.5.5 - Contenido del programa

Las siguientes consideraciones son la base de las decisiones adoptadas sobre el contenido del programa:

- El conocimiento y las destrezas necesarias para posibilitar a las parteras que se conviertan en profesoras eficaces;
- la disposición y la presentación de este conocimiento y de las destrezas en un programa;
- métodos y estrategias de evaluación para determinar el grado de éxito en alcanzar los objetivos y los resultados de aprendizaje que se pretendía.

6.5.5.1 Estudios de Partería

Es esencial que las profesoras de partería tengan un conocimiento profundo de la partería y los temas afines, y que sean profesionales calificadas capaces de enseñar efectivamente la teoría y la práctica de la partería. El programa debería ser diseñado en base a destrezas y conocimientos previos, pero ampliándolos. A continuación se resumen el conocimiento y las destrezas que necesitan las profesoras de partería, pero los países tienen la potestad de agregar o eliminar temas que se adapten a sus criterios de selección del contenido de los programas de estudios. Estas competencias para las profesoras de partería se basan en la filosofía de la partería, sus valores y modelos de atención (Thompson, 2002). Están en línea con las competencias esperadas que promueven los docentes de otras disciplinas vinculadas a la salud (Yeates, Stewart y Barton, 2008; Duvivier y col., 2009; Molenaar y col., 2009; da Silva Campos Costa, 2010; Stenfors-Hayes, Hult y Dahlgren, 2011; Srinivasan et al., 2011).

Teoría:

Las áreas generales del contenido incluyen:

- Destrezas de estudio;
- pensamiento crítico;
- ciencias del comportamiento y biológicas vinculadas a la práctica de la partera;

² The World Health Organization is currently developing a statement of midwife teacher competencies. Publication is anticipated in 2013.

- proceso de investigación;
- valores y ética (incluyendo el desarrollo de una filosofía personal de la enseñanza);
- epidemiología, asuntos de la salud comunitaria, políticas de salud y prestación de servicios;
- temas avanzados de la partería basados en la investigación y temas conexos, incluyendo planificación familiar, ginecología y asuntos de la salud de la mujer;
- ejercicio de la partería basado en la evidencia;
- destrezas que salvan vidas;
- asuntos profesionales en la partería, como mejora de la calidad, auditoría clínica, legislación, regulación, supervisión, ética, perspectivas internacionales.

Práctica clínica:

Las sugerencias para la práctica clínica incluyen:

- Períodos de práctica clínica cuidadosamente planificados para alcanzar determinados resultados de aprendizaje. La estudiante –con su tutor y supervisora clínica– pueden formular contratos de aprendizaje que se adapten a sus necesidades individuales (Anexo 1). Debe incluirse experiencia comunitaria y en dependencias de atención primaria de la salud, así como en hospitales;
- visitas a las áreas clínicas para recabar información para sesiones de enseñanza y aprendizaje;
- enseñanza clínica;
- observación y práctica supervisada para aprender destrezas que salvan vidas.

6.5.5.2 Estudios pedagógicos

El contenido a considerar para esta parte del programa incluye:

- Teorías para la enseñanza y el aprendizaje;
- teorías y principios del aprendizaje del adulto;
- las cualidades de un docente efectivo;
- destrezas de comunicación verbales y no verbales;
- diseño y desarrollo de los programas de estudios (English, 2010);
 - programa de redacción, curso y objetivos clínicos;
 - mapeo del programa de estudios (selección del contenido apropiado para ese fin);
 - disposición y secuencias de los contenidos teóricos y clínicas intercaladas;

- valoración y evaluación;
 - métodos y estrategias para la evaluación del aprendizaje teórico y clínico;
 - elementos clave en la construcción o selección de herramientas de valoración;
(por ejemplo, diseño [blueprinting] de exámenes, elaboración de ítems de exámenes, validez, confiabilidad);
 - establecimiento de niveles de aprobación o reprobación;
 - devolución (comunicación de opiniones);
- asuntos de gestión en la educación;
- el ejercicio de la docencia incluyendo aspectos éticos y legales;
- desarrollo profesional personal continuo.

Este contenido se puede organizar en unidades de instrucción que se presentan como cursos específicos a alcanzarse en un período de tiempo especificado (como un semestre académico), o como módulos de aprendizaje que se pueden completar a un ritmo de avance individualizado. Debe haber una planificación cuidadosa para asegurarse que el contenido se administre en una secuencia lógica y que el número de cursos (o módulos) que toma un estudiante en un momento dado representa un volumen de trabajo académico equilibrado. Los cursos o módulos que contienen los requisitos para la experiencia de práctica clínica son particularmente muy exigentes en cuanto a dedicación horaria.

6.5.6 - Lugares de pasantía para práctica docente

Las experiencias de enseñanza teórica y clínica inicialmente tendrían que ser supervisadas, y todas las estudiantes deben recibir una devolución constructiva de parte de su mentor/supervisor. A medida que las estudiantes de profesorado ganen competencia y confianza hacia el final de la práctica docente, serán capaces de enseñar sin supervisión. También se sugiere que las estudiantes participen en los grupos de sesiones de micro enseñanza, en los que recibirán opiniones constructivas antes de comenzar a enseñar a estudiantes en una escuela de partería (Pattison et al., 2012; Sullivan et al., 2012).

6.5.6.1 Selección de instituciones para pasantías docentes

Es útil si el personal de las instituciones que se considera para pasantías de enseñanza (incluyendo las organizaciones no gubernamentales) llena un cuestionario para darles un perfil de su institución a los organizadores del programa de profesorado. La selección de los sitios donde asignar estudiantes dependerá de varios criterios:

- Tipo de institución de salud, y la gama y volumen de servicios realizados en el lugar que se presta a una experiencia docente para estudiantes (diversidad de experiencias de aprendizaje) incluyendo la experiencia de complicaciones que requieren habilidades que salvan vidas;
- las estadísticas relacionadas con el cuidado de las mujeres embarazadas y sus bebés (por ejemplo, número de camas y el número de partos por año) para determinar el volumen de las experiencias disponibles;

- el acceso a instalaciones comunitarias y personal implicados en la salud materno-infantil en la comunidad;
- equipos, suministros y recursos disponibles para partería, atención obstétrica y neonatal (para garantizar un ambiente de aprendizaje favorable);
- instalaciones disponibles para la instrucción didáctica (por ejemplo, aulas, salas de discusión, otras salas docentes, laboratorios de computación);
- la cantidad de estudiantes de profesorado de partería que podría recibir en dicha experiencia;
- la cantidad y el tipo de otras ocupaciones o profesiones de la salud que están asignados a esa dependencia para su propio aprendizaje (para que el aprendizaje pueda ser colaborativo y no competitivo);
- el número y la experiencia del equipo de parteras y médicos interesados, preparados y disponibles para la enseñanza y la supervisión de estudiantes de docencia;
- los recursos disponibles para enseñar y aprender (por ejemplo, ayudas para enseñar, modelos, ayudas audiovisuales, instalaciones de biblioteca, computadoras);
- la proximidad al lugar de residencia de la estudiante de profesorado y el transporte, de ser necesario;
- alojamiento para los estudiantes de docencia, si fuera necesario.

Cada estudiante de profesorado necesita ser asignada a una institución donde se imparta formación de partería. Algunos países pueden optar por dar a sus estudiantes experiencia en una segunda institución, tal vez hacia el final del programa, cuando las estudiantes hayan ganado confianza. Se seleccionará una docente de partería experimentada de la institución donde se asignan las estudiantes para desempeñarse como mentora/supervisora de la estudiante.

6.5.6.2 Preparación de mentoras/supervisoras

Se recomienda que la institución responsable de la preparación de estudiantes de profesorado de partería prepare a las mentoras/supervisoras para el papel que habrán de desempeñar supervisando y evaluando a las estudiantes de profesorado de partería.

Entre las áreas a considerar en la preparación de mentoras/supervisoras se incluye:

- Información acerca del programa de profesorado;
- experiencia requerida a las estudiantes durante su pasantía. Deberían incluir todos los aspectos del papel de una docente de partería, así como la enseñanza teórica y en áreas clínicas;
- papel de la mentora/supervisora;
- procedimiento y herramientas para valoración de la enseñanza impartida en la teoría y en la clínica;
- enlace con una docente de partería en la institución donde tiene lugar el curso de profesorado.

Debería haber un diálogo continuo entre las profesoras de partería de enlace y las mentoras/supervisoras, para analizar el programa, los avances de las estudiantes, y cualquier problema que hayan debido enfrentar. El enfoque coordinado en asociación beneficia a ambas partes, y en particular, beneficia a las estudiantes.

6.5.6.3 Coordinación para la práctica docente

Lo ideal sería disponer de dos breves períodos de orientación y observación en el lugar de pasantía de enseñanza en las primeras semanas del profesorado seguido de dos bloques más largos más adelante. Es preciso formular resultados de aprendizaje claros para cada período de la pasantía de enseñanza. También habría que estimular a las estudiantes a mantener un diario de reflexiones y escribir los incidentes más importantes que hayan ocurrido, por ejemplo cómo manejó ella (u otra de las tutoras) a una estudiante que distorsionaba el funcionamiento de la clase, o un problema de relaciones entre el personal. La reflexión y el análisis de estos incidentes con el grupo de compañeras y la tutora al volver a sus clases (sin revelar el nombre de los individuos en cuestión) promueve el aprendizaje a partir de los incidentes (Aronson, 2011). Otro elemento que también ayuda al aprendizaje es el uso de contratos de aprendizaje formulados por las estudiantes y analizados con sus mentoras/supervisoras durante la práctica de enseñanza (Anexos 1 y 2).

Se requerirá evaluaciones de enseñanza tanto en los componentes teóricos como clínicos. La responsabilidad de la evaluación del progreso del estudiante debe ser compartida por los docentes en formación, el equipo docente del programa y por la mentora/supervisora de la estudiante. Si la distancia y viajes son un inconveniente para la supervisión directa, se solicitará a las mentoras y supervisoras que redacten informes provisionales y finales sobre los avances de sus estudiantes.

6.6 Estrategias de enseñanza y aprendizaje

Las estudiantes de profesorado de partería son alumnas adultas que aportarán mucho al curso con la riqueza de su experiencia profesional. Es ampliamente reconocido que los estudiantes adultos aprenden con mayor efectividad cuando intervienen activamente en su propio aprendizaje (Knowles, Holton y Swanson, 2005; Merriman, 2008). Los métodos centrados en los estudiantes promueven este tipo de participación, y se está haciendo cada vez más evidente que son los métodos más efectivos para enseñar/aprender (Bash, 2005). Además, estos métodos ayudan a los estudiantes a asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje y tornarse en gente que aprende toda la vida, una característica esencial para las profesoras de partería.

Los métodos de aprendizaje centrados en los estudiantes que promueven su participación activa incluyen:

- Aprendizaje basado en problemas;
- estudios de casos;
- discusión y otro tipo de trabajo de grupos;
- presentaciones en seminarios;
- aprendizaje por experiencias (por ejemplo, juego de roles, simulación);

- talleres;
- proyectos.

Los métodos centrados en los docentes incluyen:

- Clases;
- demostraciones;
- tutoriales.

El aprendizaje basado en problemas es un abordaje que utiliza situaciones de la “vida real” para estimular al adulto a iniciar un proceso de solución de problemas. El grupo y el profesor analizan y evalúan las maneras de obtener el conocimiento necesario para resolver un problema. Se promueve en los estudiantes el desarrollo de un pensamiento crítico (Raisler, O’Grady y Lori, 2003; Moore, 2008; Rowan, 2009). (Ver Módulo 5 para una mayor discusión de este tema.)

Este método pedagógico sirve particularmente a los docentes de partería porque hace un uso activo del conocimiento que ya tienen de la partería, los temas relacionados y la educación, amplía su conocimiento y sus destrezas en el contexto en el que han de utilizarse y promueve la formación de alumnos independientes capaces de reflexionar. La experiencia con este método pedagógico en su educación las ayudará a utilizarlo eficazmente con sus propias alumnas una vez que se desempeñen como docentes calificadas (Rowan; Mc Court y Beake, 2009; Polyzois, Claffey y Mattheos, 2010).

6.7 Estrategias de evaluación

Es esencial contar con una estrategia de evaluación válida y confiable para asegurar que las estudiantes logren el conocimiento y las destrezas necesarias para convertirse en profesoras de partería competentes. La estrategia de valoración debería incluir tanto la teoría como la práctica en las partes del programa dedicadas a la partería y a la educación. Debe tomarse la decisión sobre si se impondrán exámenes formales durante y/o al final del programa, si se harán evaluaciones continuas a lo largo del programa sin exámenes, o una combinación de evaluaciones continuas y exámenes. En un programa modular es habitual que los estudiantes sean evaluados durante y/o al finalizar cada módulo, y es preciso utilizar una serie de métodos de evaluación, a lo largo del curso.

6.7.1 - Validez y confiabilidad de las evaluaciones

Sea cual sea la estrategia elegida es importante que las evaluaciones sean:

- Adecuadas para el conocimiento o las destrezas que se está evaluando (es decir, válidas);
- de un nivel apropiado;
- bien espaciadas a lo largo del programa;
- las notas/evaluaciones deben hacerse utilizando criterios claros y con herramientas de evaluación bien formuladas;

- las notas/evaluaciones las hacen los docentes que son expertos en la materia en cuestión;
- repetidas si el estudiante no logra alcanzar el nivel exigido.

Lo que actualmente se considera la mejor práctica pedagógica destaca el aprendizaje basado en la competencia (ver Módulo 5 en esta *Caja de Herramientas*). Los esquemas pedagógicos basados en la competencia ofrecen oportunidad al estudiante para repetir la evaluación, adquirir oportunidades de aprendizaje adicionales y/o ser evaluados de una manera diferente (por ejemplo, sustituyendo un examen oral por uno escrito), pero con los mismos criterios de exigencia de resultados. No hay ninguna norma general en cuanto al número de veces que debería permitírsele a un estudiante repetir una evaluación dada. No obstante ello, es preciso formular criterios claros en cuanto a la repetición de exámenes. Deben estar formulados teniendo en cuenta los resultados que se pretenden con el aprendizaje y la relación entre la competencia de un docente y el bienestar del cliente (estudiantes y pacientes) que habrá de utilizar los servicios de la futura profesora. Estos criterios deben ser claramente conocidos por todas las partes.

6.7.2 - Métodos de evaluación

Los métodos de evaluación deben ser variados, permitiendo a un alumno adulto individual demostrar la profundidad y amplitud del aprendizaje adquirido, no sólo en clase sino también a lo largo de su experiencia anterior. Entre los ejemplos de metodologías de evaluación se incluyen:

- Ensayos;
- críticas de investigación;
- presentaciones en seminarios seguidas de discusión y resúmenes escritos;
- estudios de casos de partería;
- proyectos;
- exámenes;
- observación de práctica clínica seguida de discusión.

La evaluación del nuevo aprendizaje en el campo de la teoría y práctica educativa debería concentrarse más directamente en la enseñanza y el aprendizaje. A continuación se presentan algunos ejemplos de evaluaciones:

Cartera de recursos pedagógicos

La cartera incluiría ejemplos de materiales elaborados por las estudiantes de profesorado al preparar una tarea docente (clase o curso). A continuación se presentan algunos ejemplos de dicho material:

- Objetivos de aprendizaje;
- público objetivo;
- plan de la lección;
- tarea escrita;

- ayudas pedagógicas preparadas por la estudiante para promover el aprendizaje durante la clase, incluyendo la razón de la elección de esa ayuda y explicando cómo se la ha de utilizar.

Esto podría incluir, por ejemplo el análisis de tres métodos de enseñanza que ha utilizado u observado la estudiante durante su pasantía de práctica docente, identificando las fortalezas y debilidades de cada uno y analizando su uso en la formación de partería.

Reflexiones sobre la práctica docente

A la estudiante se le podría solicitar que tome nota de algunos incidentes importantes que ocurran durante la pasantía de práctica docente (por ejemplo, algo que haya ocurrido en el salón de clase o el área clínica, o un problema de relación que haya surgido). La estudiante reflexionará sobre estos incidentes utilizando el ciclo reflexivo (Figura 6.2), y especificará, luego de un análisis, lo que haya aprendido a partir de los incidentes, y qué acciones deberá tomar en caso de enfrentarse nuevamente a situaciones similares.

Evaluación de la práctica clínica

A la estudiante de profesorado se le podría exigir que diseñara una herramienta para una evaluación clínica utilizando los principios de las mejores prácticas para el desarrollo de instrumentos de medición (Oermann y Gaberson, 2009; Raykov, 2010). La estudiante explicaría y justificaría el diseño, realizando una evaluación clínica, bajo supervisión, le daría su opinión a la estudiante (devolución), llenaría el formulario de evaluación y escribiría una crítica de su herramienta y de su propia actuación como evaluadora.

Evaluaciones docentes

Las estudiantes acumularán experiencia en la realización de evaluaciones de las destrezas docentes de sus compañeras, y a su vez recibirán la evaluación de las mentoras/supervisoras y de sus compañeras en cuanto a sus propias destrezas de enseñanza. La devolución constructiva sería un elemento esencial de este ejercicio. Hay que evaluar la enseñanza impartida, tanto en lo teórico como en la clínica.

6.8 Evaluación de la calidad

6.8.1 - Calidad de la educación

La calidad de la educación se evalúa midiendo lo que se brinda y comparándolo con lo esperado. Si esa evaluación pone en evidencia ciertas deficiencias o debilidades al impartir la formación –por ejemplo, escasa dotación de docentes, bajos niveles de enseñanza o recursos inadecuados–, deben hacerse intentos genuinos por corregir los problemas. La calidad de los programas que preparan a las docentes de partería tiene a su vez un impacto directo en la calidad de la educación que se les ofrece a las estudiantes de partería (Taub y col., 2010). A continuación se detallan los aspectos mínimos de los programas de formación de profesoras que se debe examinar en base a las mejores prácticas:

- Política (justicia, ética, equidad de género);

- personal (suficiente en cuanto a su cantidad, actualizado en cuanto a conocimiento y destrezas, efectivo en sus tareas);
- cursos (de alcance completo, contenido basado en la evidencia);
- marketing (amplia extensión, opciones de accesibilidad);
- enseñanza y aprendizaje (variedad de enfoques, múltiples medios de evaluación);
- resultados (logros tanto a nivel individual como del programa).

6.8.2 - Evaluación del programa de formación de profesoras y de los cursos que lo componen

Las estudiantes deberían tener la oportunidad de evaluar los cursos individuales a intervalos regulares durante el transcurso del programa y de evaluar el programa en su totalidad. Los métodos de evaluación pueden incluir:

- Discusiones grupales informales con el cuerpo docente;
- comentarios y/o cuestionarios escritos;
- una muestra aleatoria de entrevistas no estructuradas;
- entrevistas al egreso;
- encuestas a ex alumnas ya graduadas.

Los datos obtenidos de las evaluaciones deberían incluir todos los aspectos del programa y deben ser remitidos al equipo administrativo, que es responsable de responder con decisiones apropiadas en lo referente al desarrollo continuo de los componentes del programa. Los resultados de las evaluaciones y los planes de acción basados en esta información deberían compartirse con otras autoridades que pudiera corresponder en la institución en la que funciona el programa.

6.8.3 - Revisión del desempeño individual

Se recomienda realizar una revisión anual individual del desempeño para todos los miembros del equipo que contribuyen regularmente con el programa de formación de profesoras de partería. Normalmente esto estaría a cargo de un miembro experimentado del personal del departamento. En esa evaluación se identificarían las fortalezas y debilidades y se diseñarían estrategias para un desarrollo profesional continuo de cada persona.

6.9 Recursos

6.9.1 - Institución educativa

Para poder realizar un curso de profesorado de partería en buenas condiciones debe haber recursos adecuados. Estos recursos incluyen un cuerpo completo de docentes bien capacitados, bibliotecarios, personal de audiovisuales

y personal administrativo. Incluye además salones bien equipados, salas para seminarios y una serie de ayudas audiovisuales y otras ayudas para la enseñanza, instalaciones informáticas y una biblioteca bien abastecida. Además, debe disponerse de espacio de oficinas y de estudio, tanto para los docentes como para las estudiantes y el resto del personal. En algunas circunstancias tal vez se necesite un vehículo de transporte para las localidades donde tienen lugar las pasantías docentes. Debería también contar con un medio (por ejemplo, teléfono, Internet) que comunique al centro de formación de docentes con otros programas que preparen profesores de educación superior y de adultos, si estos programas no se ofrecen en la misma institución.

6.9.2 - Lugares de pasantía

Se debe contar con un número apropiado de lugares de pasantía clínica adecuados para darles a las estudiantes la experiencia de partería que incluya la enseñanza de destrezas que salvan vidas, así como enseñanza clínica. Para la práctica de enseñanza también se necesitarán lugares de pasantía para parteras y/o enfermeras en los centros donde hay estudiantes de partería y/o enfermeras que estudian partería.

El número de estudiantes de profesorado asignados a cada locación debe estar en consonancia con la experiencia disponible en ese lugar. La mayoría de los centros solo podrán ofrecer suficiente experiencia y buena supervisión para dos o tres estudiantes de docencia. Por consiguiente, la institución educadora que organiza el curso de profesorado, tendrá que formar vínculos con varias áreas clínicas y escuelas de partería a las que se podría recurrir para pasantías de estudiantes. Los criterios para la selección de la institución han sido previamente presentados en la sección 5.6.1.

6.10 Opciones para ofrecer programas para profesoras de partería

A muchos países les resulta difícil encontrar los recursos necesarios para ofrecer programas apropiados para la formación de docentes de partería. Sin embargo, es esencial disponer de suficientes profesoras bien preparadas si los países se plantean capacitar parteras competentes y conocedoras de la materia que sean capaces de ofrecer cuidados seguros y calificados a las mujeres y sus niños. Por lo tanto, esta sección incluye una serie de opciones para la formación de profesoras de partería que puede ser de utilidad a los países.

6.10.1 - Opción 1: Programas nacionales

Cada país ofrece su propio programa o varios programas para preparar a sus profesoras de partería:

- Solo para profesoras de partería;
- para profesoras de partería junto con otros profesionales de la salud que se estén preparando para enseñar a estudiantes de su grupo profesional, por ejemplo enfermeras, fisioterapeutas;
- para profesoras de partería, de otros grupos profesionales de la salud y de otras disciplinas que se están preparando para la docencia de adultos; por ejemplo, enseñar historia, economía, etc.

Es importante destacar que solo se puede compartir con otros grupos profesionales la parte pedagógica del programa.

La estudiante tiene que haber finalizado la parte de estudios avanzados de partería del programa antes de ingresar a la secuencia de estudios de formación de profesores.

6.10.2 - Opción 2: Programas entre países

Cuando los recursos son limitados puede hacerse imposible para algunos países ofrecer programas para la formación de docentes de partería. En esos casos se sugiere que dos o más países en la misma región combinen sus recursos limitados y ofrezcan un programa compartido. Al tener un número mayor de estudiantes, se les hará más viable el programa.

Este programa puede estar:

- Localizado en un país;
- localizado en dos países –por ejemplo, la parte de estudios avanzados del curso de partería podría ser en un país y la parte pedagógica en el otro–, o;
- la parte pedagógica del programa podría compartirse con otras disciplinas.

En todas las opciones, se acordaría cómo se hará el financiamiento y se compartiría entre los gobiernos que participen.

Entre los asuntos a considerar en programas que involucren a más de un país se incluyen los siguientes:

- Selección del país o de los países donde tendrá lugar el curso;
- uso de aprendizaje a distancia para una parte o la totalidad del programa de estudios de partería.
- arreglos especiales para la experiencia clínica, incluyendo la enseñanza de destrezas que salvan vidas;
- factibilidad de organizar el programa para que las estudiantes vuelvan a su propio país para las principales pasantías de práctica docente;
- posibilidad de tener que enseñar en más de un idioma;
- diferencias culturales que pueden darse entre los países participantes;

(estas diferencias pueden enriquecer el programa pero también pueden llevar a malentendidos).

- Estrategias para incluir el aporte de todos los países que lo quieran compartir en la organización del curso, la planificación y el desarrollo continuo del programa;
- maneras de asegurar acuerdos sobre el currículo y otros asuntos (por ejemplo, acreditación externa del programa, diploma o título que se entregaría para que todas las egresadas del programa alcancen una designación común que sea reconocida y respetada en todos los países participantes);
- maneras de establecer buenas comunicaciones entre los países que participan en la administración del programa de profesoras de partería;
- costos y acuerdos entre los países con respecto a los presupuestos.

6.10.3 - Opción 3: Participación de los países desarrollados en la formación de profesoras de partería

Los países con más recursos y experiencia de formación de profesoras de partería podrían ofrecer plazas de estudios a estudiantes de profesorado de partería de países de bajos ingresos y países con poca experiencia en programas de profesorado de partería. Esta no es la mejor solución a largo plazo para la formación de profesoras de partería de los países con recursos restringidos, pero puede ser una medida provisoria que ayude a establecer un programa local de profesoras (Herberg, 2005; Wright y col., 2005). Las docentes de partería que se formen de esta manera podrían prepararse para enseñar en un curso futuro de profesoras a nivel nacional o supervisar estudiantes de profesorado en sus locaciones.

Además se puede disponer de la participación de otro país de varias maneras alternativas, por ejemplo, ofreciendo consultores/asesores, conferencistas, profesores invitados, asistencia con el desarrollo de paquetes de aprendizaje a distancia, valoración y evaluación del programa, y visitas de intercambio para estudiantes y personal. Un pre requisito para este modelo sería tener dominio del idioma en el que se imparte el curso.

6.11 Desarrollo profesional continuo de las profesoras de partería

Al finalizar el programa de profesorado de partería, las parteras deberían estar actualizadas en la práctica de la partería basada en la evidencia y en la teoría y práctica pedagógica (en el anexo 4 se presenta una lista de verificación para autoevaluación y evaluación por pares). La evidencia que avala las mejores prácticas tanto clínicas como pedagógicas surge y evoluciona continuamente, requiriendo un compromiso de aprendizaje de toda la vida (Joyce y Cowman, 2007). Esto puede ser especialmente difícil para aquellos sin acceso a buenas instalaciones de bibliotecas y tecnología de información. La docente de partería que trabaja aisladamente de otros profesionales y otras instituciones puede tener menos oportunidades de compartir ideas y participar en discusiones con sus pares. Esto puede contribuir a que esas profesoras de partería se desactualicen en cuanto al conocimiento, y que pierdan motivación y entusiasmo. Por lo tanto es esencial que las profesoras de partería tengan oportunidades de pasar por períodos regulares de educación continua. Se recomienda que todas las profesoras de partería tengan un período mínimo especificado para su desarrollo profesional personal continuo a intervalos regulares, por ejemplo cada tres años.

6.12 Referencias

- Anshu Bansal P, Mennin SG, Burdick WP, Singh T. (2008). On-line faculty development for medical educators: experience of a South Asian program. *Educ Health* 2008; 21(3):175.
- Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. *Medical Teacher* 2011; 33(3):200-205.
- Avery MD, Germano E, Camune B. Midwifery practice and nursing regulation: licensure, accreditation, certification, and education. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55 (5):411-414.
- Bash L. *Best Practices in Adult Learning*. Boston: Anker; 2005.
- Carroll VS, Thomas G, DeWolff D. Academic quality improvement program: using quality improvement as tool for the accreditation of nursing education. *Quality Man Health Care* 2006;15(4):291-5.
- Copperman J, Newton PD. Linking social work agency perspectives on inter professional education into a school of nursing and midwifery. *J Interprofessional Care* 2007; 21(2):141-154.
- Cueto J Jr., Burch VC, Adnan NA, Afolabi BB, Ismail Z, Jafri W. Accreditation of undergraduate medical training programs: practices in nine developing countries as compared with the United States. *Educ Health* 2006;19(2):207-222.
- Da Silva Campos Costa. Pedagogical training of medicine professors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18(1):102-108.
- Duvivier RH, van Dalen, van der Vieuten CP, Scherpbier AJ. Teacher perceptions of desired qualities, competencies and strategies for clinical skills teachers. *Medical Teacher* 2009; 31(7):634-641.
- English FW. *Deciding What to Teach and Test: Developing, Aligning and Auditing the Curriculum*. Thousand Oaks, CA: Corwin; 2010.
- Gard CL, Flannigan PN, Cluskey M. Program evaluation: an ongoing systematic process. *Nursing Educ Perspectives* 2004; 25(4):176-179.
- Herberg P. Nursing, midwifery and allied health education programs in Afghanistan. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 123-133.
- Hovenga EJ. Academic standards, credit transfers and associated issues. *Studies Health Techn Informatics* 2004;109:18-27.
- International Confederation of Midwives. *Qualifications and competencies for midwifery teachers*. 2008. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-core-documents/> [Acceso 13 de marzo de 2013]
- Johnson-Farmer B, Frenn M. Teaching excellence: what great teachers teach us. *J Professional Nurs* 2009; 25(5):267-272.
- Joyce P, Cowman S. Continuing professional development: investment or expectation? *J Nurs Man* 2007; 15(6):626-633.
- Knowles MS, Holton E, Swanson R. *The Adult Learner*. New York: Elsevier; 2005.
- Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I. Going to scale with professional care. *Lancet* 2006; 368:177-1386.
- McLean RA, Blackwell JL, Stoskopf CH. Accreditation across cultures: a case study. *J Allied Health* 2006; 35(2):121-3.
- Merriman S (Ed). *Third Update on Adult Learning Theory: new Directions for Adult and Continuing Education*. San Francisco: Jossey Bass; 2008.
- Molenaar WM, Zanting A, van Beukelen P, de Grave W, Banne JA. A framework of teaching competencies across the medical education continuum. *Medical Teacher* 2009; 31(5):390-396.
- Moore J. An exploration of lecturer as facilitator within the context of problem-based learning. *Nurse Educ Today* 2008; 29(2):150-156.

- Oermann M, Gaberson K. *Evaluation and Testing in Nursing Education*: New York: Springer; 2009.
- Pattison AT, Sherwood M, Lumsden CJ, Gale A, Markides M. Foundation observation of teaching project: a developmental model of peer observation of teaching. *Medical Teacher* 2012; 34(2):e136-142.
- Pincombe J, Thorogood C, Kitschke J. The development of National ACMI Standards for the accreditation of three year Bachelor of Midwifery programs. *Australian J Midwifery* 2003; 16(4):25-30.
- Plyzois I, Claffey N, Mattheos N. Problem-based learning in academic health education: a systematic literature review. *European J Dental Educ* 2010; 14(1):55-64.
- Raisler J, O'Grady M, Lori J. Clinical teaching and learning in midwifery and women's health. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(6):398-406.
- Raykov T, Marcoulides G. *Introduction to Psychometric Theory*. New York: Routledge; 2010.
- Rowan C, McCourt C, Beake S. Midwives' reflections on their educational program: a traditional or problem-based learning approach? *Midwifery* 2009; 25(2):213-222.
- Rowan CJ, McCourt C, Bick D, Beake S. Problem based learning in Midwifery: the teacher's perspective. *Nurse Educ Today* 2007; 27(2): 131-8.
- Smith JM , Currie S, Azfar P, Rahmanzai AJ. Establishment of an accreditation system for midwifery education in Afghanistan: maintaining quality during national expansion. *Public Health* 2008; 122(6):558-567.
- Srinivasan M, Su-Ting T, Meyers F, Pratt D, Collins J, Braddock C. et al. "Teaching as a Competency": Competencies for medical educators. *Academic Medicine* 2011; 86:1211-1220.
- Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren LO. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Advances in Health Sciences Education: Theory Practice* 2010; 16(2):197-201.
- Sullivan PB, Buckle A, Nicky G, Atkinson SH. Peer observation of teaching as a faculty development tool. *BMC Medical Education* 2012; 12:26.
- Taub A, Birch DA, Aud ME. Strengthening quality assurance in health education: recent milestones and future directions. *Health Promotion Practice* 2009; 10(2):192-200.
- Thompson J. Competencies for midwifery. *Midwifery* 2002;18:256-259.
- Vitale AT Faculty development and mentorship using selected online asynchronous teaching methods. *J Cont Educ Nurs* 2010; 41(12):549-556.
- Williamson G. Lecturer practitioners in UK nursing and midwifery: what is the evidence? A systematic review of the research literature. *J Clin Nurs* 2004; 13:787-795.
- World Health Organization. *The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]
- World Health Organization. *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015*. Geneva: WHO; 2010.
- Wright S, Cloonan P, Leonhardy K, Wright G. An international program in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium. *Int Nurs Rev* 2005; 52(1):18-23.
- Yeates PJ, Steward J, Barton JR. What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices. *Medical Education* 2008; 42(2):134-142.

Figura 6.1: Modelo de currículo

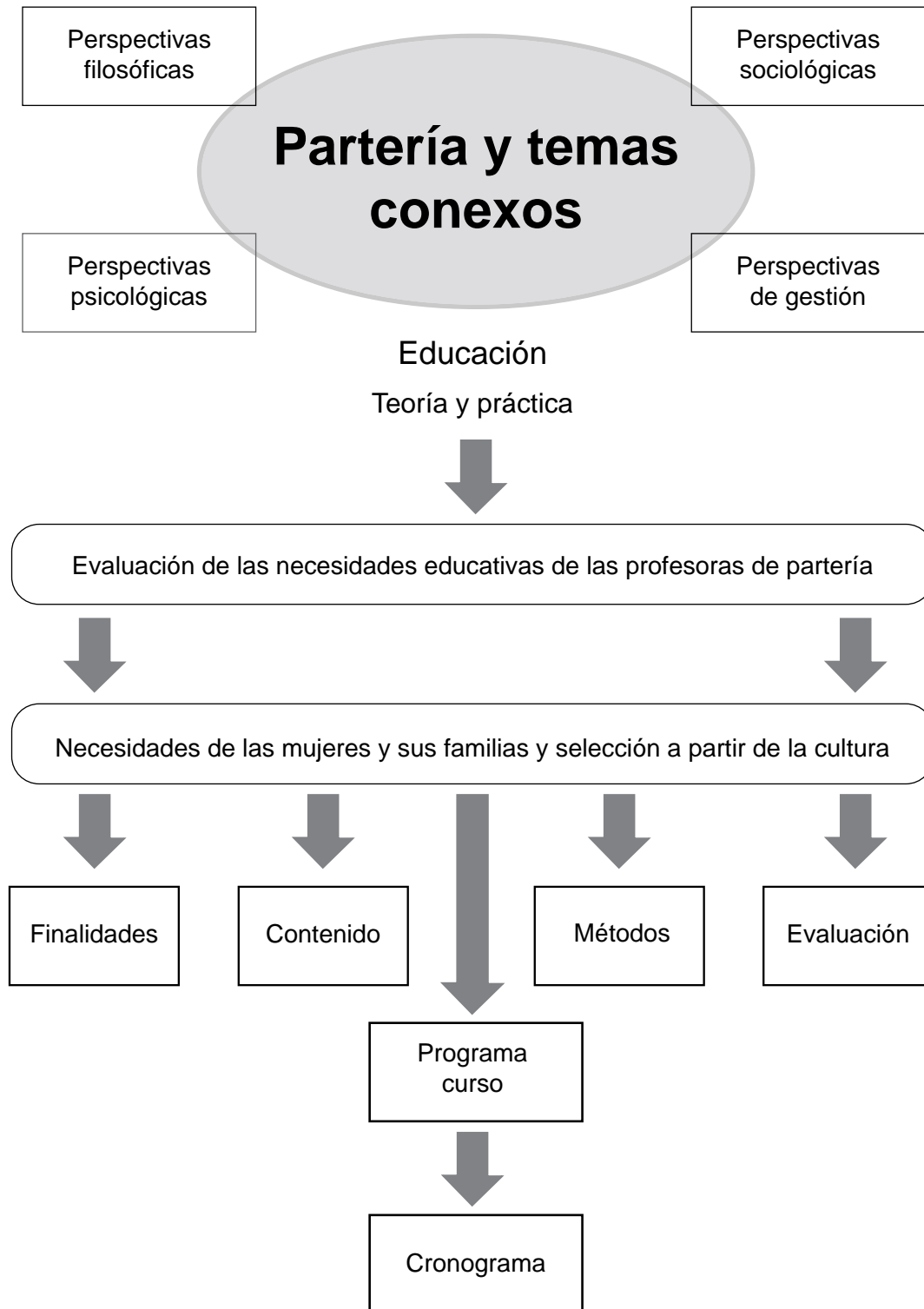
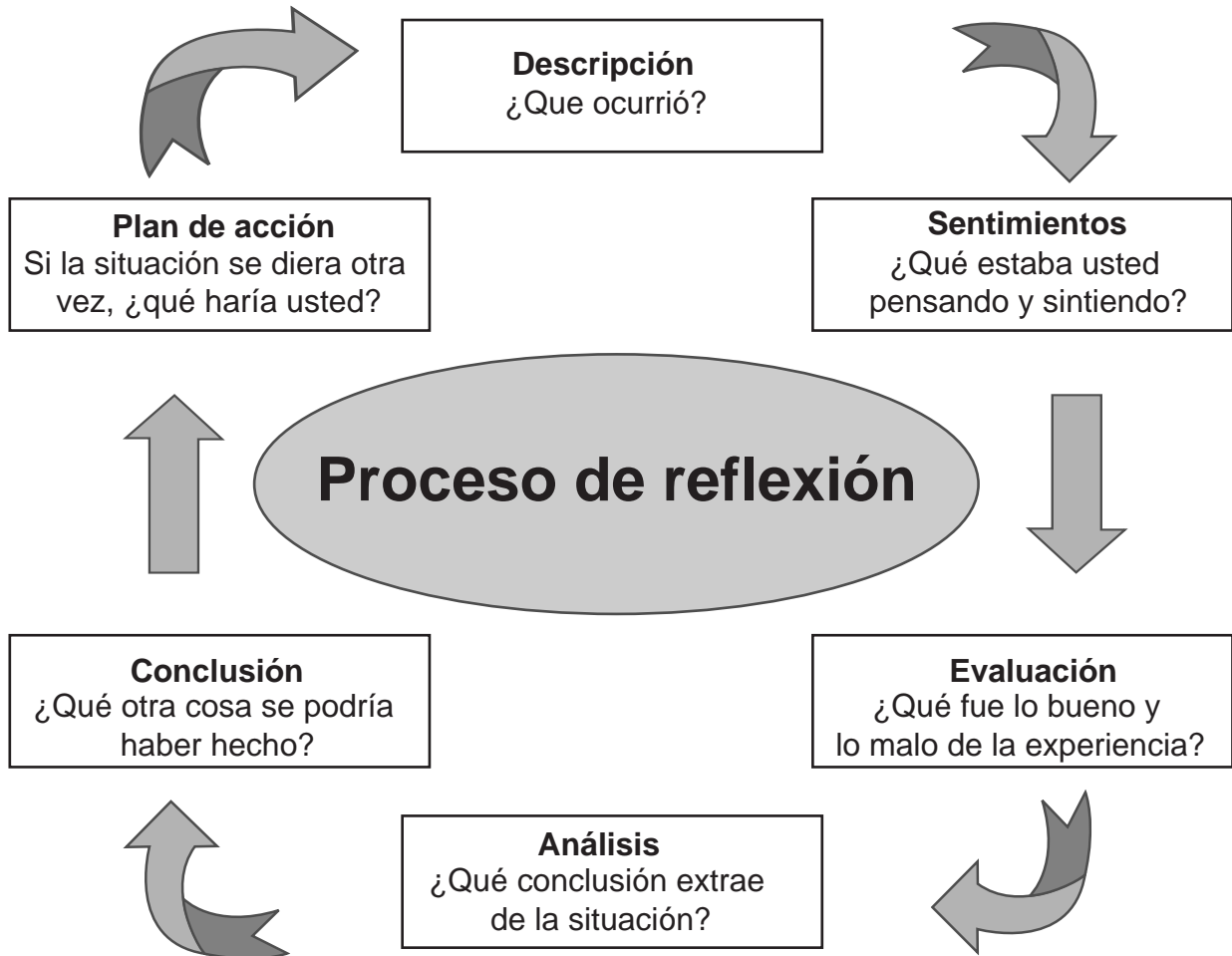


Figura 6.2: Ciclo de reflexión

Definición: La reflexión es un proceso de revisión de la experiencia de la práctica para describir, analizar y así informar el aprendizaje sobre la práctica.



Anexo 6.1: Contrato de aprendizaje

Objetivo de aprendizaje: _____

Estrategia: _____

Recursos para el aprendizaje: _____

¿Quién puede ayudar? _____

¿De qué se dispone? _____

Evidencia de logros: _____

Firma de la estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del tutor / mentor: _____ Fecha: _____

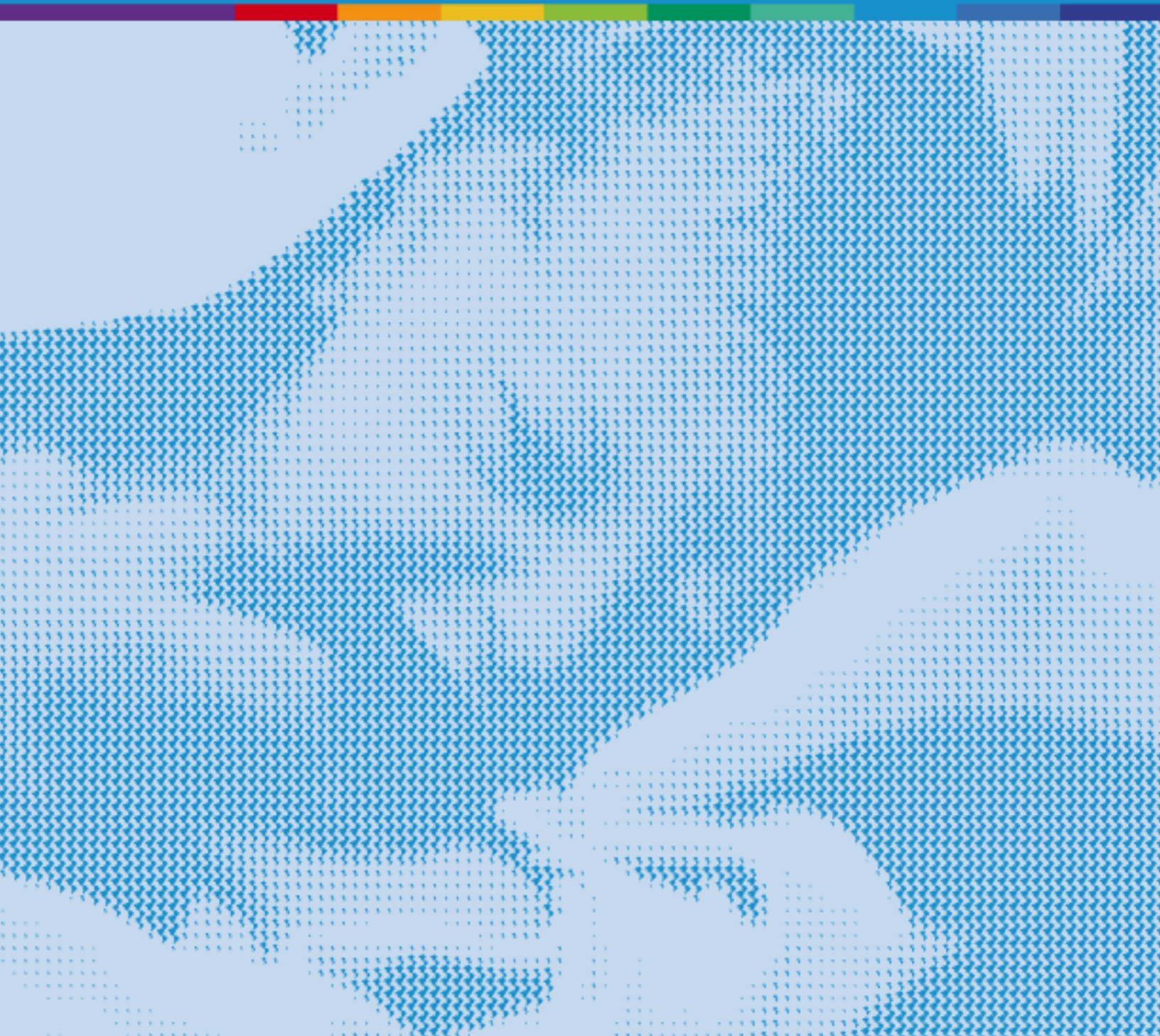
Anexo 6.2: Competencia de la docente de partería

La siguiente lista de verificaciones se puede utilizar como un formulario de autoevaluación o como parte del perfil de evaluación del docente. La lista de destrezas se ha ampliado para incluir el conocimiento que el profesor debe tener para ejercer esta destreza al nivel necesario y las destrezas de actitudes necesarias para dar sustento a la práctica.

Destrezas	Conocimiento	Actitud	Siempre	No	No está seguro
Practica todas las destrezas de partería clínica a nivel de maestría	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento en ciencias biológicas y sociales que refuerzan la partería hasta un nivel avanzado; ● materias de partería hasta un nivel avanzado; ● aplica los hallazgos de la investigación a la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Profesional reflexiva; ● empática; ● se concentra en las mujeres y sus recién nacidos; ● aplica la ética profesional. 			
Realiza investigación sencilla utilizando metodologías cualitativas y cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> ● Epidemiología básica; ● estadística básica; ● marco analítico; ● recursos de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Minuciosa; ● considerada (ponderada); ● analítica. 			
Enseña a las estudiantes con efectividad	<ul style="list-style-type: none"> ● Estilos de aprendizaje; ● metodologías de enseñanza y aprendizaje; – teoría; – clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente; ● buen sentido del humor; ● lógico. 			
Evalúa a las estudiantes de forma justa	<ul style="list-style-type: none"> ● Estrategias de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Considerada; ● establece <i>rapport</i> fácilmente. 			
Informes y mantenimiento de registros de manera clara, exacta y concisa	<ul style="list-style-type: none"> ● Redacción de informes; ● legislación nacional sobre mantenimiento de registros. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidadosa; ● veraz; ● exacta. 			
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> ● Teorías de gestión educativa; ● diseño de cronogramas y calendarios; ● diseño y desarrollo curricular; ● seguimiento de la currícula; ● evaluación de la currícula. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Confiable; ● colaboradora; ● metódica; ● tranquila. 			
Buena comunicadora	<ul style="list-style-type: none"> ● Técnicas de comunicación; ● metodologías de presentación; ● técnicas de escucha; ● técnicas de consejería. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centrada en las personas. 			
Competencia intercultural	<ul style="list-style-type: none"> ● Tabúes y costumbres culturales; ● identidad cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Respetuosa. 			

Módulo 7

Supervisión de las parteras



7.1 Introducción

El cualquier parte del mundo donde estén trabajando, las parteras se pueden beneficiar de la supervisión y del apoyo de un supervisor o una supervisora (idealmente, también una partera). Las parteras deben cargar con el peso de la responsabilidad de las madres y los recién nacidos que atienden, y se pueden sentir muy vulnerables cuando deben encarar situaciones difíciles. Cuando las parteras adoptan la supervisión, la encuentran de ayuda para sus finalidades profesionales, sintiéndose respaldadas en el ejercicio de la profesión.

La finalidad de este módulo es demostrar los beneficios más amplios de la supervisión. En el módulo se explora cómo puede incidir la introducción de la supervisión de las parteras sobre la seguridad de las madres y de los recién nacidos a nivel mundial. El módulo también brinda orientación sobre la elaboración de un sistema de supervisión en aquellos lugares donde al presente no existe ninguno. En otros módulos de esta *Caja de herramientas* respaldan esta información.

7.1.1 - ¿Qué es la supervisión?

La palabra *supervisión* tiene varios significados. La definición habitual del diccionario es “supervisar, vigilar”. Cuando se lo utiliza en negocios o en las aplicaciones de la práctica clínica, el término *supervisor* habitualmente se refiere a la persona inmediatamente superior a uno en el lugar de trabajo, es decir, la persona a quien uno rinde cuentas directamente en la organización. Las definiciones del diccionario también incluyen aspectos como cuidado, protección y orientación como elementos de la supervisión. Estos términos se ajustan mucho mejor a la definición de la supervisión de las parteras.

Las diferentes profesiones aplican modelos de supervisión muy diversos. Esta sección presenta un panorama breve de algunos de estos modelos, pero con un especial énfasis en la supervisión de las parteras utilizando un modelo de supervisión de apoyo.

Glosario de términos relacionados a la supervisión

Análisis de incidentes críticos: Proceso en el cual los involucrados en una situación difícil analizan las circunstancias que pueden haber afectado el resultado, con el interés de identificar factores que puedan modificarse para promover mejores resultados.

Autorregulación profesional: Sistema de regulación en el que se asume responsabilidad personal para adherir a las reglas legales, regulaciones y directrices de la partería.

Gobernanza clínica: Un marco para promover la excelencia en la atención clínica utilizando la gestión.

Mejora continua de la calidad: Un proceso por el cual se hace una evaluación de la práctica de un individuo y/o un grupo y se la compara con estándares externos de práctica segura y eficaz, y cuando esté indicado se hacen recomendaciones para incrementar la calidad de los cuidados generados.

Mentoría: Proceso de desarrollo que tiene lugar cuando un socio con menos experiencia (al que se denomina protegido) es guiado por una persona con más experiencia, que lo asiste para que mejore su entendimiento de las nuevas situaciones o experiencias, mediante la integración de aprendizaje previo.

Práctica reflexiva: Técnica mediante la cual se da la oportunidad de revisar la práctica de uno en un grupo o individualmente.

Preceptoría: Proceso de apoyo que tiene lugar cuando una persona con más experiencia trabaja codo a codo con otra para brindarle apoyo clínico y orientación a quien está aprendiendo y adquiriendo nuevas destrezas (preceptoría de estudiantes) o un profesional recientemente habilitado que está en el proceso de transición hacia el papel de un profesional independiente.

Supervisión clínica: Profesionales de apoyo, habitualmente en un grupo que utiliza la mentoría, la preceptoría y la práctica reflexiva.

Supervisión de apoyo: Ofrecimiento de apoyo y orientación mediante el compromiso mutuo a dialogar sobre los temas de la práctica clínica.

Supervisión legal: Proceso formal de supervisión clínica y revisión de la práctica según estándares, que es exigido por la regulación legal; sistema de regulación de las parteras dentro de un marco regulatorio.

7.1.2 - Supervisión de apoyo

La supervisión de apoyo es una descripción de la manera en que se puede realizar la supervisión para dar el máximo apoyo a las parteras. Los retos de trabajar independientemente pueden ser abrumadores. Simplemente saber que hay alguien allí para asistir a uno personalmente implica ya de por sí una gran ventaja, inclusive si esa persona no es más que alguien a quien puede plantear sus preguntas o con quien uno puede hablar de sus ideas o dudas después de una experiencia difícil o que haya representado un reto. La capacidad de compartir las inquietudes en estas circunstancias puede ser de un gran valor.

En los servicios de salud modernos los cambios tienen lugar muy rápidamente. Esto puede ser muy estresante para las parteras, especialmente si implica un cambio en la práctica o en el área de trabajo. Sus supervisores están en una buena posición para asesorar y orientar a las parteras que se sientan desafiadas por el cambio.

Para que la supervisión sea positiva, es necesario que haya un respeto mutuo entre las dos partes (Gluck, 2007; Kaplan, Mestel y Feldman, 2010). El trabajo conjunto permitirá obtener los mayores beneficios de la supervisión y ampliar la efectividad del proceso, no solamente para bien de las parteras, sino también de las madres y recién nacidos a quienes atienden. Cuando está apoyada por alguien que la supervisa, la partera¹ debería sentir más confianza en su propia práctica.

7.1.3 - Supervisión legal de las parteras

La finalidad de la supervisión legal de las parteras es proteger al público y apoyar y promover la buena práctica de partería (Consejo de Enfermería y Partería, 2002). En muchos países las parteras pueden ejercer independientemente, es decir, que no se les exige derivar sus pacientes a un médico a no ser que el caso se desvíe de lo normal o que haya complicaciones (Skår, 2009). Por consiguiente, es esencial que haya supervisoras de parteras que faciliten el ejercicio de la partería segura y autónoma.

El término *supervisión estatutaria o legal* se refiere al sistema de supervisar a las parteras dentro de un marco regulatorio. Las autoridades de gobierno crean estatutos (leyes) que rigen la práctica de las parteras en cada país (ver Módulo 2). La legislación para la Práctica de Parteras y de Parteras y Enfermeras promulgada en el Reino Unido (RU) es un ejemplo de ese tipo de legislación. La primera regulación que incluyó a las parteras en el Reino Unido fue introducida al aprobarse la Ley de Parteras en 1902. Esa ley requería que todas las parteras estuvieran registradas por el gobierno para estar habilitadas para ejercer. Desde entonces, periódicamente se han ido actualizando la ley y el papel de las parteras inscriptas en el registro.

La ley establecía la creación de una entidad que regulara la partería y que sería responsable de mantener el registro de las parteras y de regular su educación y la práctica de la profesión. La legislación ulterior introdujo códigos, reglas y exigencias educativas para las parteras. A través del estatuto se hizo responsables a los supervisores de las parteras de hacer un seguimiento de la adherencia de éstas con las reglas y los códigos.

La introducción de la supervisión de las parteras llevó a mejorar las normas de la partería y creó una situación en la que las mujeres tenían más probabilidades de recibir atención de profesionales competentes. Las parteras estaban obligadas a estar inscriptas en una nómina (registro) y cada año debían comunicar su intención de ejercer para que los inspectores de partería pudieran evaluar si esa solicitud era apropiada. A los supervisores de partería se les exigía que notificaran al Oficial de la Autoridad Supervisora Local (LSA) de cualquier partera cuyo nivel fuera considerado no satisfactorio y que representara un peligro para el público. En tales casos, ese funcionario tenía la autoridad de suspender a la partera del ejercicio.

La supervisión legal continúa al día de hoy, pero con el valor fundamental de servir como supervisión de apoyo. Los supervisores hacen un seguimiento de la actuación de las parteras en su lugar de trabajo, aunque no necesariamente de una manera directa. Se reúnen anualmente con las parteras para una revisión de supervisión personalizada, en una relación uno a uno, para analizar temas vinculados a la práctica y al desarrollo profesional. La supervisión es una manera de apoyar la práctica profesional de las parteras, mediante el acceso a una supervisora designada, quien es responsable de hacer un seguimiento del trabajo de cada partera individual en su labor.

¹ El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería es vista partería es vista exclusivamente como abierta a las mujeres. No obstante, en una serie de países los hombres también ingresan a esta profesión. La definición internacional ha sido actualizada para reflejar un lenguaje más neutro en cuanto al género; sin embargo, la guía utiliza el género femenino por razones prácticas.

7.1.4 - Supervisión clínica

La supervisión clínica aplica un enfoque algo distinto, que se diferencia de la supervisión legal de las parteras (Cummins, 2009). El concepto utilizado es aplicar un enfoque “ascendente” en vez de “descendente” para crear instancias y sistemas para la supervisión de las parteras. Cada uno de los elementos de la supervisión clínica se puede adaptar y aplicar según las condiciones de cada país, y por lo tanto puede servir a todas las enfermeras a nivel mundial (Clements, Streefland y Malau, 2007). La supervisión clínica es un término que cubre muchos aspectos del apoyo y el desarrollo de las profesionales. La supervisión clínica se puede ofrecer a nivel individual o como un método que pretende examinar y dar apoyo a grupos de parteras que trabajan en un mismo centro (Livni, Crowe y Gonsalvez, 2012). Los enfoques primarios de la supervisión clínica son la mentoría, la preceptoría y la práctica reflexiva (Mills, Francis y Bonner, 2005).

7.1.4.1 La mentoría

La mentoría es un proceso de desarrollo que tiene lugar cuando una persona con más experiencia trabaja codo a codo con un compañero con menos experiencia al que se denomina un mentorizado o un protegido (Mills, Lennon y Francis 2006; Hodges, 2009). Todas las parteras, las que ingresan en educación pre-servicio y las que ya están habilitadas para ejercer, aportan un rico caudal de aprendizaje y experiencias previas a su educación o a las condiciones de práctica clínica. Los mentores ayudan a los mentorizados a incorporar esa riqueza personal a su nueva formación o a la aplicación práctica.

Un mentor actúa como un asesor, guía, maestro y consejero en el lugar de práctica clínica, escuchando, mostrando empatía, estableciendo confianza y afirmando la experiencia de su protegido, ayudándolo a pasar de un estado de dependencia a una práctica dirigida por sí mismo. La mentoría es un elemento de supervisión clínica que se adapta muy bien a la partería. La mentoría de alumnos es una práctica aceptada en la partería en la mayoría de los países (Latham, Hogan y Ringl, 2008; Jones, Maxfield y Levington, 2010).

7.1.4.2 La preceptoría

La preceptoría se ha hecho ampliamente aceptada como un medio valioso para ayudar a la partera recién recibida (Lackey, 2007; Holland y col., 2010) o a la partera que recién se incorpora a un nuevo cargo clínico (Ledema y col, 2010). La preceptoría pretende dar apoyo en la transición desde el rol de estudiante al de un profesional calificado. También puede ser muy valioso ayudando a la partera calificada (es decir, una partera ya autorizada para ejercer) para que haga los ajustes necesarios para adaptarse a una nueva condición de trabajo o un nuevo ambiente. La partera trabaja lado a lado con un mentor (que puede ser otra partera u otro prestador con igual o mayor calificación) durante un determinado tiempo, compartiendo los mismos patrones de turnos, siempre que sea posible. Las parteras valoran y desean este periodo de apoyo inicial para consolidar sus destrezas y su conocimiento. Las ayuda a aumentar la confianza en sus habilidades personales, independientemente de las condiciones del ambiente. Se ha demostrado que influye en la filosofía de la atención y mejora la retención del personal, tal vez porque las parteras se sienten más apoyadas (Boon y col., 2005; Latham).

7.1.4.3 Práctica reflexiva

Se acepta en general que la supervisión clínica busca identificar soluciones a problemas, mejorar el ejercicio de la profesión y aumentar la comprensión de los temas profesionales. La práctica reflexiva es un enfoque utilizado para revisar la práctica de uno dentro de un grupo de colegas o individualmente, con una supervisora calificada como parte de una supervisión clínica (Ralston 2005). La elección del enfoque depende de una serie de factores, dentro de los cuales la elección personal no es un tema menor; también importa el acceso a la supervisión, el nivel de experiencia de los colegas del grupo, así como la disponibilidad de grupos de supervisión dentro de un servicio de atención muy ocupado (Duffy, 2008).

- La *supervisión grupal* implica que un individuo designado como supervisor se reúne con un grupo de pares para una práctica reflexiva. Sirve más para analizar la práctica que se realiza dentro de un área de trabajo particular que para analizar la práctica de un individuo (Severinsson, Haruna y Friberg, 2010). Se puede utilizar con éxito en el marco de la supervisión de partería, pero no sustituye la supervisión individualizada, en una relación uno a uno. El enfoque de equipo parece haber sido exitoso en algunos estudios, aunque es preciso tener en cuenta que la demostración del impacto de la supervisión clínica en la atención de los pacientes es problemática, ya que es difícil de medir. Un estudio que evaluó ese impacto encontró que una supervisión de equipo lograba una mejora continua en la calidad de los cuidados en general y aumentaba la satisfacción de los pacientes (Hyrkäs y Lehti, 2003). Sin embargo, los resultados fueron muy variables en las cinco áreas en las que se realizó el estudio, subrayando que la personalidad de los involucrados determina variaciones ya de por sí;
- la *supervisión del grupo de pares* es un enfoque en el que los miembros del grupo (habitualmente hasta seis integrantes) comparten roles duales, sirviendo tanto de supervisor como de supervisado. Este abordaje en grupo de apoyo mutuo permite recibir apoyo no solamente de una supervisora designada, sino también de colegas que pueden estar compartiendo muchas inquietudes que se expresan en el grupo. Esto es particularmente eficaz cuando los colegas comparten ambientes de trabajo estresantes (Deery, 2005);
- la *supervisión individual* es una supervisión con una relación uno a uno, y se la utiliza en muchas profesiones donde se participa en el cuidado general de otros (Falender y col., 2004). Es más útil en circunstancias en las cuales se puede considerar inapropiado analizar temas con más de una persona. Este enfoque funciona particularmente bien con las parteras que necesitan reflexionar sobre su manera personal de encarar la práctica.

La supervisora es capaz de dar su opinión o instrucciones durante estas sesiones reflexivas, ya sean grupales o individuales, puede ayudar a desarrollar destrezas y el conocimiento teórico para mejorar la competencia (Ralston 2005). La supervisora está a las órdenes para escuchar y dar apoyo, pero también para confrontar al supervisado cuando surgen problemas, dudas o incertidumbres, y para emprender acciones si la discusión reflexiva sugiere que una partera está trabajando de manera inferior a la óptima, o si está haciendo gala de falta de confianza luego de un incidente difícil o a raíz de circunstancias personales.

7.1.5 - Supervisión cruzada

La supervisión cruzada es un término que describe el proceso en que una supervisora da apoyo a los profesionales que están trabajando en un área de práctica diferente. Podría ser una supervisora de parteras que supervise a parteras en un hospital o comunidad diferente del área habitual de trabajo de ese supervisor, o simplemente una supervisora de parteras que trabaja en un hospital y supervisa a parteras que trabajan en la comunidad.

La supervisión cruzada puede resultar necesaria en aquellos casos en que se carezca de parteras disponibles en un área, por lo que se solicite una de otra área para desempeñar ese trabajo. La distancia involucrada puede variar de un área a otra y de un país a otro. Es muy probable que haya áreas donde se haga imposible tener acceso directo a una partera que necesite ayuda y asesoramiento debido a la localidad y falta de transporte. En esas circunstancias se puede considerar la opción de una comunicación telefónica. Este enfoque es perfectamente aceptable para dar asesoramiento y es muy tranquilizante para la partera que busca una segunda opinión en una emergencia.

7.2 ¿Por qué supervisar?

Al supervisar a las parteras y cuidar de ellas, desarrollando su capacidad y su empoderamiento mediante la supervisión, se logrará mejorar el nivel de atención de las mujeres y los recién nacidos que atienden esas parteras técnicamente más confiables. Cuando a pesar del apoyo y desarrollo profesional ofrecido mediante la supervisión las parteras trabajan de manera inaceptable, hay dos formas de encarar la situación. En primera instancia la supervisora puede aumentar el apoyo y desarrollo profesional en particular, en un intento por mejorar el trabajo de la partera. No obstante ello, cuando las circunstancias indican que es improbable que mejore su desempeño, o en aquellos casos en que la práctica es inapropiada, entonces, luego de una minuciosa documentación de los acontecimientos, se puede eliminar el nombre de la partera de la nómina habilitada.

7.2.1 - Apoyo para las parteras

La supervisión que se ofrece hoy en día tiene una perspectiva mucho más de apoyo que cuando se instauró inicialmente la supervisión estatutaria hace más de un siglo. Los supervisores de las parteras actúan como guías y asesores para las parteras en su trabajo. Están disponibles para asesorar sobre temas de la práctica o a escuchar cuando las parteras hayan debido enfrentar situaciones difíciles. Los supervisores son un soporte al desarrollo profesional de las parteras y se reúnen con ellas periódicamente para analizar sus inquietudes, ayudarlas a reflexionar sobre su práctica y para discutir sus metas para el futuro.

La finalidad común de todas las parteras y supervisoras de parteras es brindar la mejor atención posible a madres y recién nacidos. Las maneras y los medios más eficaces para ofrecer ese nivel de cuidados constituirán la base de la comunicación entre la supervisora y la persona supervisada. Mediante los contactos y conversaciones periódicas se promueve la mutua consideración y un compromiso a reunirse regularmente.

La supervisión ha demostrado ser un enfoque positivo para respaldar la práctica no solo de las parteras, sino de otros profesionales igualmente (Hall 2007). Puede inclusive tener un efecto restaurador, particularmente cuando los profesionales trabajan en un ambiente tensionante y dentro de medios de trabajo difíciles (Abbott y col 2006). El apoyo brindado por los supervisores también ha demostrado incidir positivamente sobre la satisfacción con el empleo y los resultados de la atención de los pacientes, además de reducir los niveles de *burnout* y de agotamiento

emocional y despersonalización (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner y Haataja, 2006; Edwards y col., 2006; Larsson, Aldegarmann y Aarts, 2009).

7.2.2 - Protección del público, madres y recién nacidos

La protección del público era uno de los principales objetivos de la supervisión estatutaria, según se desprende de su diseño original, y ese objetivo ciertamente sigue siendo pertinente en el presente en la administración de servicios de salud. La relación entre el concepto de supervisión de las parteras y la protección de madres y recién nacidos puede ser difícil de comprender, ya que se trata de un mecanismo indirecto. Sin embargo, existen evidencias que muestran que las parteras que trabajan en un ambiente en el que puedan ser supervisadas y apoyadas tienen menos probabilidades de cometer errores en su juicio clínico o en su práctica. Aun así, a pesar de este apoyo, habrá ejemplos de práctica subóptima, y eso puede ocurrir a varios niveles, desde la partera que simplemente se esfuerza menos, hasta la partera que no evalúa seguridad y calidad de su práctica continuamente, no acepta la responsabilidad cuando ocurren errores o emprende acciones para corregir su práctica riesgosa. En la práctica de partería es imposible predecir el volumen de trabajo clínico. Es inevitable que, aun cuando uno haga una planificación cuidadosa, haya periodos en los que el personal disponible es insuficiente para atender a todos. Los incidentes son más comunes cuando las parteras están trabajando bajo presión y cuando las circunstancias las tientan a tomar atajos que pudieran ir en detrimento de la seguridad en aras de ser más expeditivas.

Las parteras que trabajan en comunidades aisladas, donde hay barreras a la accesibilidad de la atención obstétrica de emergencia, inevitablemente tienen que tomar decisiones difíciles. La falta de supervisión técnica y una inadecuada educación continua o en el lugar de trabajo han sido identificadas como las principales causas de una mala calidad de atención en algunas condiciones de trabajo (Warwick, 2010).

Las parteras que hayan pasado por situaciones difíciles con resultados adversos pueden presentar ansiedad sobre su vuelta al lugar de trabajo, pero muchas no tienen opción en ese sentido. Sea cual sea la circunstancia, necesitan apoyo para poder asimilar lo que ha pasado. Durante esos periodos les será de utilidad que se las tranquilice manifestándoles que tendrán la oportunidad de recibir una mayor capacitación para subsanar su problema con lo que causó el incidente, para que puedan probar que son capaces de trabajar de manera segura no solamente a su supervisora, sino también a sí mismas. Al apoyar mediante la supervisión se logra que las mujeres y los recién nacidos reciban una atención segura y competente de parteras que, sin supervisión, podrían seguir ejerciendo de manera subóptima o riesgosa y sin confianza en sí mismas.

7.2.3 - Propiciando un aprendizaje permanente

Se requiere un compromiso de las parteras con la formación continua para que exista la oportunidad permanente de desarrollar, actualizar y modernizar la práctica que refleja la evidencia nueva y emergente. La educación continua es esencial para promover el desarrollo profesional personal.

El concepto de desarrollo profesional es crucial para mantener los estándares de la práctica y asegurar que el trabajo sea actualizado, basado en la evidencia y seguro. Es un tema reconocido que la experiencia puede mejorar la práctica, pero no si esa experiencia se limita a repetir la misma experiencia año tras año sin aprender nada nuevo. El aprendizaje experimental tiene un enorme valor si se lo compara con los principios de observar y aprender solos (Fowler, 2008).

La supervisora de parteras puede darles apoyo para determinar qué tipo de educación adicional es la indicada según sus necesidades individuales. Debe mantenerse un registro del perfil profesional de la actividad de aprendizaje, para llevar registro del modo en que una determinada actividad de aprendizaje ha informado y cómo ha influido sobre la práctica profesional personal. Esto ayuda al supervisor a hacer el seguimiento del desarrollo profesional de una partera.

Si la partera está realmente comprometida con dar atención de calidad, se debe esperar que por su cuenta, independientemente, emprenda una serie de estudios periódicamente durante su vida laboral (Joyce y Cowman, 2007). Las juntas reguladoras de la partería en cada país pueden establecer un número mínimo de unidades de educación que haya que adquirir en el transcurso de un periodo de tiempo especificado, ya sea como un estándar de ejercicio o para renovar la licencia para ejercer.

7.2.4 - Promoción de la autorregulación profesional

Habitualmente las parteras comprenden la reglamentación laboral y profesional, definida como reglamentos estatutarios, reglas y directrices para el ejercicio de la partería; esas reglas son formuladas a nivel nacional por el órgano competente establecido con esa finalidad (ver Módulo 2). La autorregulación profesional es un proceso conexo, pero tal vez sea menos comprendido por cada partera individualmente. Lo que tal vez no les quede claro a todas las parteras es el verdadero significado de la rendición de cuentas, es decir, el asumir la responsabilidad personal de cumplir con estas regulaciones y, en consecuencia, asumir la responsabilidad personal adicional de monitorear la calidad de su propia práctica.

Puede haber conflictos entre lo que las parteras entienden por rendición de cuentas sobre su propia práctica en el ambiente en que estén ejerciendo y donde la responsabilidad es compartida cuando están siguiendo instrucciones del personal médico. El asesoramiento regulatorio debe incluir una explicación en el sentido de que la responsabilidad no puede ser ni delegada ni asumida por otros, sino que cada profesional individualmente es siempre responsable de sus actos (Kenyon, 2009). La discusión con la supervisora de parteras puede servir para aclararlo y comprender mejor la situación (Plant, Pitt y Troke, 2010).

Algunas veces las parteras quedan en la posición de defensoras de mujeres que quieren ejercer elecciones personales que pudieran no estar en consonancia con la política local. Por ejemplo, hoy en día en algunos países la norma y la práctica esperada es tener el parto en instalaciones especiales para esos efectos. Sin embargo, tal vez una madre quiera quedarse en su hogar para dar a luz. Esto puede presentar un problema para la partera que quiere apoyar a la madre en su elección de tener un parto domiciliario pero al mismo tiempo no estaría ejerciendo conforme a las políticas y los protocolos del empleador. Este es un ejemplo de una circunstancia en que las parteras tal vez deseen buscar ayuda de su supervisora asignada o de otra supervisora local. La supervisora puede ayudar a la partera, respaldándola para que siga atendiendo a la mujer en su domicilio pero indicándole que deje documentada la decisión de la mujer y el consejo que ella le ha dado en su calidad de supervisora. La supervisora también puede dar apoyo a la partera luego del evento, iniciando una revisión de la política local a la luz de nuevas evidencias (Berggren, Barbosa da Silva y Severinsson, 2005).

La disponibilidad de servicios también puede inhibir la elección de una mujer. Por ejemplo, el acceso a los servicios de atención obstétrica de emergencia puede ser muy limitado en algunos países. Una mujer que presenta un trabajo de parto obstruido y estaría mejor atendida si se la transfiriera a un hospital más lejano, o que requiera pago de honorarios, o el consentimiento de los familiares, puede representar un escollo para la responsabilidad de la partera, como partera y como empleada en relación de dependencia. La partera tendrá que buscar urgentemente el apoyo de una supervisora que la ayude a tomar decisiones y a emprender alguna acción.

7.3 Beneficios de la supervisión para una organización más amplia

7.3.1 - Apoyo a la gobernanza clínica

La gobernanza clínica es un marco a través del cual las organizaciones rinden cuentas del proceso de mejora continua de la calidad de sus servicios y la salvaguarda de altos estándares de atención (Scott, 2009; Arulkumaran, 2010). El propósito de la gobernanza clínica es crear un ambiente de excelencia en la atención clínica y en el cual se haga gestión de riesgos en toda la organización. Las supervisoras de parteras dan apoyo al marco de gobernanza clínica actuando en defensa de la madre y el recién nacido y monitoreando la actuación profesional de las parteras (Som, 2007). Esto promueve un estándar seguro de la práctica de la partería que mejora la calidad de los cuidados.

Las supervisoras de parteras cumplen su papel de proteger al público siendo conscientes de la actual cultura de seguridad de sus áreas de trabajo y estando preparadas para informar a los administradores con poder de decisión sobre los riesgos que surgen cuando las unidades de maternidad no tienen el personal suficiente en cuanto a profesionales y al personal de apoyo. La supervisora de parteras que adopta el papel de protección pública seriamente, también reconocerá la necesidad de informar a la dirección sobre los riesgos en que se incurre dentro de su área de gestión.

Sin embargo, la gestión de riesgos es una responsabilidad compartida tanto por supervisoras como por las parteras en ejercicio. El ejercicio de la rendición de cuentas profesional mantiene la cultura de seguridad de la profesión de partería. Esto significa que las parteras deberían reconocer toda limitación que tengan en cuanto a sus conocimientos y competencias y deberían declinar cualquier deber o responsabilidad a no ser que sean capaces de realizarlo de una manera segura y competente.

Pese a eso, a menudo es difícil para la partera respetar ese principio al ejercer, particularmente cuando no hay nadie más que pueda desempeñar las tareas, lo que implica que no se habrán de satisfacer las necesidades de los clientes.

También es posible lograr altos estándares de cuidado instaurando un programa de auditorías de supervisión (Johnson, Jefferies y Langdon, 2010). Las autoridades supervisoras pueden programar visitas de auditoría de supervisión para cada centro de maternidad en dependencias sanitarias y en comunidades. La manera en que se ejerce la partería en estas circunstancias puede evaluarse comparándola con los estándares de práctica existentes, tales como las normas de la OMS *Reducir los riesgos del embarazo* (OMS 2006). Como evaluador externo, el auditor tiene la potestad de recomendar las acciones correctivas en circunstancias donde haya variaciones inaceptables en la práctica clínica de la partería o en las que se esté brindando una atención inapropiada que no se ajusta a las necesidades de las mujeres.

La autorregulación profesional y el aprendizaje permanente también son temas clave de la gobernanza. Estos elementos ya han sido descritos como parte integral de la supervisión de las parteras, promoviendo y desarrollando prácticas seguras y difundiendo buenas prácticas basadas en la evidencia y la innovación. Les compete a los supervisores apoyar este marco en pos de un desarrollo profesional continuo y una actualización del conocimiento de partería.

La mejora continua de la calidad (MCC) es un proceso mediante el cual se realiza una evaluación de un individuo y/o un grupo en su práctica, se compara su actuación con patrones externos de referencia de práctica segura y eficaz y, de estar indicado, se generan recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. El interés de los servicios

de maternidad por emprender un proceso de MCC es proporcionar la evidencia de que las actividades que atañen a la calidad están siendo realizadas de manera eficaz. Esto debería promover la confianza entre la administración, los colegas que participan en la prestación de servicios y el público sobre la calidad de la atención ofrecida.

La auditoría clínica puede ser vista como un elemento de la evaluación de calidad o igual a ella, y debería ser parte integral de todas las actividades de atención de la salud y de mejoras continuas de la calidad. Estas actividades pueden incluir algunas como revisión por pares, estudios de calidad y auditorías de todo tipo (de Reu y col., 2009).

Los sistemas utilizados para el control de calidad de los servicios de salud se apoyan en normas clínicas, prácticas basadas en la evidencia y lo que enseñan las lecciones a partir de una mala actuación. Un programa de supervisión de parteras y auditorías de supervisión puede servir como un componente importante de estos sistemas de control de calidad. El Módulo 3 de esta *Caja de herramientas* analiza la elaboración de normas nacionales para la práctica de la partería. Respalda la teoría de que, si han de fijarse estándares para la práctica de la partería, las parteras deberían participar de la colaboración multidisciplinaria que trabaja en la elaboración de estos estándares. Un supervisor de parteras estaría bien posicionado para representar a las parteras en el organismo de trabajo que establezca estos estándares.

La práctica basada en la evidencia es crucial a cualquier programa de actividades de mejoras de calidad dentro de la gobernanza clínica. Los supervisores de parteras tienen una responsabilidad de hacer un seguimiento de la práctica de la partería. El seguimiento periódico de la práctica de partería por parte de los supervisores que trabajan en el entorno clínico puede ayudar a identificar la posibilidad de riesgo y de emprender alguna acción para atender ese problema.

7.3.2 - Apoyo a la mejora continua de la calidad

La mejora continua de la calidad es un proceso mediante el cual se hace una evaluación de la práctica individual y/o grupal en comparación con los estándares externos para una práctica segura y eficaz y, cuando esté indicado, las recomendaciones generadas para mejorar la calidad de la atención. El interés de los servicios de maternidad en participar en un proceso de mejora continua de la calidad es proporcionar la evidencia de que la calidad de las actividades relacionadas se lleva a cabo eficazmente. Esto debería fomentar la confianza entre la administración, los pares de los proveedores y el público sobre la calidad de la atención que se ofrece.

La auditoría clínica puede ser vista como un elemento de evaluación de la calidad y debe ser una parte integral de toda la entrega de cuidado en la salud y la persistencia de las actividades de mejora de calidad. Estas actividades pueden incluir instancias como la revisión por pares, estudios de calidad y auditorías de todos los tipos (de Reu et al., 2009).

Los sistemas utilizados para el control de calidad en los servicios de salud se apoyan en los estándares clínicos, la práctica basada en la evidencia y el aprendizaje de las lecciones de los malos resultados. Un programa de supervisión de parteras y de auditoría de supervisión puede servir como un componente importante de estos sistemas de control de calidad.

El Módulo 3 de esta *Caja de herramientas* analiza el desarrollo de normas nacionales para la práctica de la partería. Esto apoya la teoría de que si los estándares han de establecerse para la práctica de la partería, entonces las parteras deben formar parte de la colaboración multidisciplinaria en la producción de estos estándares. Una supervisora de

matronas, que es también una practicante activa de obstetricia, estaría en buena posición para representar a las matronas en el cuerpo de trabajo que establece estas normas.

Los supervisores deben asegurarse de que la práctica dentro de su propia área clínica se base en la evidencia (Spiby y Munro, 2009). También deben cuestionar la práctica que se realiza, basada en un sentimiento de tradición y sin ninguna evidencia. Además se espera que los supervisores se aseguren de que las parteras comprendan no solo el significado de la práctica basada en la evidencia, sino también que sepan dónde y cómo encontrar evidencia y cómo evaluarla de manera adecuada, que sean capaces de diferenciar entre los estudios de investigación de buena y mala calidad (Gordon y col., 2008).

El análisis de incidentes críticos es un proceso en el cual los involucrados en una situación clínica difícil entablan una discusión sobre las circunstancias que pudieran haber afectado el resultado, con el fin de identificar factores que se puedan modificar para promover mejores resultados en el futuro (McCool y col., 2009; Vachon y LeBlanc, 2011). El análisis de incidentes críticos es una parte crucial del papel de una supervisora (Arvidsson y Fridlund, 2005; Schluter, Seaton y Chaboyer, 2008). Todos los eventos negativos que involucren a las parteras deberían ser registrados, investigados y seguidos por las supervisoras. Este es un mecanismo mediante el cual las supervisoras pueden ayudar a las parteras a extraer lecciones de un mal desempeño.

Muchas instituciones tienen reuniones periódicas de auditoría perinatal en las que se examinan los resultados de la atención clínica y se identifican áreas donde es posible mejorar. Esas son instancias excelentes para que las supervisoras de parteras hagan un seguimiento del trabajo de partería y emprendan las acciones apropiadas en los casos en los que se ha demostrado que el cuidado no ha sido óptimo. Las reuniones de auditoría perinatal ofrecen una oportunidad de analizar las lecciones aprendidas de una auditoría de forma multidisciplinaria y para discutir qué se puede hacer para evitar malos resultados en el futuro.

7.4 Modelos de supervisión

Se ofrecen a consideración dos modelos de supervisión. El primero es aplicable a parteras que hayan ejercido en países desarrollados y que hayan estado a cargo de partos institucionales. El segundo modelo puede ser de utilidad para las parteras que trabajan en países en desarrollo. La discusión abarcará el modo en que contribuye la supervisión a las instituciones bien establecidas, pero pondrá especial énfasis en los aspectos prácticos de la supervisión en comunidades menos desarrolladas.

7.4.1 - Supervisión de todas las parteras

Un programa formal de revisión de la supervisión ofrece un tiempo especialmente previsto para que las parteras se reúnan periódicamente con su supervisor y reflexionen sobre su trabajo en el periodo precedente. De ser factible, se recomienda hacer una revisión anual. Si es necesario, o si la partera así lo desea, se puede disponer de reuniones más frecuentes. Las parteras que estén preocupadas sobre algún aspecto de su trabajo pueden hablar de estos temas francamente, sabiendo que estas conversaciones son confidenciales y que constituyen una oportunidad para recibir apoyo y orientación, más que críticas. Las parteras también deberían ser capaces de hablar con su supervisora cómo y cuándo lo necesiten o quieran hacerlo. El hecho de que las supervisoras de parteras tengan cargos clínicos constituye una ventaja, porque les permite trabajar lado a lado con las parteras que supervisan y tener un contacto más regular de un modo informal.

La revisión de la supervisión es una oportunidad para analizar el desarrollo profesional. La supervisora puede servir como caja de resonancia que ofrece consejos y guías, y que ayuda a cada partera individualmente a tomar decisiones. La supervisora de parteras es de hecho responsable de facilitar oportunidades que mantengan y mejoren sus destrezas y que desarrollen otras nuevas destrezas, conocimiento y competencia.

A las parteras que han estado involucradas en situaciones difíciles se las alienta a reunirse con sus supervisoras y reflexionar sobre cómo se manejó la emergencia, los acontecimientos que llevaron a ella y los resultados. El papel de la supervisora en estas situaciones es brindar apoyo a la partera y velar por el mejor interés de la profesión de partería y de los clientes. En algunas circunstancias muy graves puede ser positivo contar con la asistencia de otra supervisora, a la que se le pueda solicitar que lleve a cabo una investigación como supervisor mientras la supervisora asignada a la partera que tuvo el problema le da su apoyo a esta, ayudándola a identificar alguna laguna en su conocimiento o debilidades en la práctica.

Estas lagunas se pueden abordar mediante un aprendizaje apropiado, apoyado por la supervisora de parteras en el área de trabajo haciendo de enlace con el departamento de formación de partería local si se necesitara un aporte académico.

7.4.2 - Supervisión de las parteras que realizan partos en dependencias de salud

En los casos en que las parteras atiendan partos institucionales o partos domiciliarios cercanos a la unidad de partos, suele haber un rápido acceso a una supervisora de parteras. Bajo dichas circunstancias se puede desarrollar programas estructurados de seguimiento y supervisión del trabajo de partería y aplicarlos sin grandes dificultades.

La revisión de historias es una de las herramientas que se puede elegir para hacer el seguimiento del trabajo de las parteras. El mantenimiento de registros de partería está bien establecido en la mayoría de los países desarrollados. Estos registros deben ser exactos, haciendo las anotaciones en el momento mismo de los hechos y brindando un buen relato de los cuidados administrados (OMS 2006). Las supervisoras de parteras son responsables de asegurar buenos estándares de mantenimiento de registros, controlando periódicamente los registros de las parteras en su lugar de trabajo y dando su opinión a las parteras sobre los estándares del mantenimiento de registros. Esto ayuda a las parteras a mejorar su manera de escribir (incluyendo los registros médicos electrónicos) (Maust, 2012) y a relatar con claridad la acción que emprendieron en situaciones de emergencia.

7.4.3 - Supervisión de las parteras que trabajan en los países en desarrollo

El acceso a una supervisora de parteras puede ser difícil en los países en desarrollo, debido a las distancias involucradas y la naturaleza rural o lo distante de la región. Sin embargo, la comunicación no tiene por qué ser en persona. El uso de tecnologías de internet y telecomunicaciones posibilitaría el contacto necesario (Xavier, Shepherd y Goldstein, 2007). Los principales principios de la supervisión –apoyo y reflexión sobre la práctica– pueden verse facilitados de esa manera. Siempre que sea posible se harán visitas personales apoyadas por un contacto periódico a través de otros medios, para dar a las parteras asesoramiento, orientaciones y apoyo en su trabajo.

La revisión del trabajo a través de los registros de maternidad puede ser difícil, ya que en algunos países las historias o registros que llevan las parteras son limitados. Sin embargo, puede recaer en las supervisoras la responsabilidad de introducir la toma de registros y entrenar a las parteras en estas normas.

Las supervisoras pueden inspeccionar equipos y dependencias durante sus visitas a las áreas rurales para asegurarse de que se mantengan bien y que sean adecuados para las necesidades de la comunidad. Empero, estas visitas de supervisión deben hacer énfasis en el apoyo y las necesidades de desarrollo profesional, y las maneras de “estar disponibles” para las parteras cuando lo necesiten. Estos énfasis brindan un marco confidencial para que se produzca una relación de apoyo entre las supervisoras y las parteras donde sea que estén trabajando.

7.5 Cómo planificar y desarrollar un sistema de supervisión

7.5.1 - Brindar un marco regulatorio y normas para supervisión

Se presentan una serie de pasos para ayudar a los países en su esfuerzo por planificar, desarrollar e introducir un sistema de supervisión de parteras.

Lo más esencial al desarrollar un sistema para supervisión de parteras será considerar la introducción de regulación de la práctica de partería que pueda ser apoyada por supervisión. Esta regulación permite establecer una agenda formal para la creación de normas para la supervisión. Estas normas, a su vez, serán la base de un programa de educación para supervisoras de parteras.

La regulación se analiza en detalle en el Módulo 2. La autonomía de las parteras difiere de un país a otro, y de un estado a otro, por lo que el nivel de regulación variará de acuerdo a eso. El nivel de regulación debe ser suficiente como para respaldar un sistema robusto de supervisión durante todo el periodo de habilitación legal de una partera para hacerse plenamente responsable por las madres y los recién nacidos a su cargo. La creación de las normas puede quedar a cargo de un equipo multidisciplinario que incluya una fuerte representación de parteras. Al desarrollar las normas se debe reflejar las reglas y códigos establecidos por esa regulación.

7.5.2 - Selección de supervisoras de parteras

Las calificaciones personales y profesionales de las personas seleccionadas para desempeñarse como supervisoras se basarán en estas normas. Las supervisoras de parteras serán parteras plenamente calificadas, siendo lo ideal que cuenten con por lo menos tres años de experiencia. Otras cualidades ideales en una potencial supervisora serían:

- Ser accesible;
- ser clínicamente experimentada;
- mantenerse en contacto y actualizada;
- estar dispuesta a actuar.

Expectativas adicionales de las potenciales supervisoras serían que fuera:

- Comprometida con la atención centrada en la mujer;
- una fuente de conocimiento profesional y experiencia;
- capaz de resolver los conflictos;

- amable y alentadora.

Las supervisoras de parteras actúan de líderes en su profesión, por lo que las parteras con habilidades y cualidades de liderazgo serán excelentes candidatas. Los buenos líderes apoyan, cuestionan y dan su visión (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlenchner y Kivmäki 2005). Poseen ciertas características tales como la fe en sí mismos y la conciencia de sí mismos. Son personas íntegras y políticamente astutas. Las supervisoras tienen que estar en condiciones de confirmar la capacidad de una partera y crear oportunidades para la reflexión, y cuando sea necesario deben estar dispuestas a comprometerse en un proceso de cambio. El liderazgo utiliza los procesos de espejo y reflexión para ayudar a los supervisados a examinar su propia manera de pensar y a ver sus propios comportamientos de una manera nueva, para que comprendan sus fortalezas y debilidades personales más claramente. Es imposible encontrar todas estas características en una misma partera, pero si se forma un grupo de parteras con esta combinación de características y cualidades, el equipo de supervisoras será un valor para la organización y las parteras que la integran.

La capacidad de mantener la confidencialidad se encuentra implícita en el papel de supervisoras de parteras. Una partera debe confiar en todo momento en que las conversaciones con sus supervisoras serán confidenciales. Puede haber ocasiones en las que la supervisora tenga que actuar en interés de la seguridad, en cuyo caso tendrá que conversar con la partera sobre la necesidad de compartir la información que esta le brindó.

Las supervisoras deben ser asignadas a roles y títulos más clínicos que administrativos, para evitar confundir entre la gestión y la supervisión. Los gestores a menudo tendrán responsabilidades presupuestarias que inciden sobre los recursos adjudicados a los servicios, mientras que para la supervisora clínica de partería la principal atención va dirigida a la práctica de la partería y no a la organización. Sin embargo, la selección final quedará dictada por el universo de candidatas que se presenten.

7.5.3 - Preparación de la supervisión de parteras

Las personas seleccionadas como posibles supervisoras de parteras deben recibir un programa de capacitación individualizado. Antes de desarrollar el programa de capacitación de supervisoras hay que decidir el nivel de capacitación a impartir. Se sugiere que el nivel de educación generalmente sea un escalón superior al nivel de la capacitación de parteras, de modo que, si las parteras tienen un título que se otorga a los cuatro años de estudios, se exija una licenciatura con más años de estudio como lo apropiado, pero si las parteras tienen una licenciatura, entonces las supervisoras deberían tener estudios a nivel de maestría, etc.

El programa de formación debería ser amplio, incluyendo conceptos de conciencia política. Las supervisoras tienen que ser conscientes tanto de las políticas de los servicios nacionales de salud como del clima político general que incide en el ejercicio, además de las políticas locales que influyen en la prestación de servicios de maternidad a nivel local.

Cuando se diseñan las políticas de salud, tanto a nivel local como nacional, se pretende que la supervisora dirija a las parteras en su aplicación. Un ejemplo de ello sería la introducción local de un nuevo programa nacional de pesquisa.

La duración del programa de educación debe estar en línea con su contenido. Los programas que se ofrecen a nivel de bachillerato o de diploma deberían comprender por lo menos un semestre. En muchas instituciones de enseñanza será apropiado utilizar el aprendizaje autodirigido. Se puede disponer también de algunos días de estudio adicionales,

para que tengan la oportunidad de compartir aprendizaje con otras posibles supervisoras.

Una supervisora de parteras experimentada debería funcionar como mentora de la estudiante de supervisora, para respaldarla y guiarla en los elementos prácticos de la supervisión y para exponerla a actividades de supervisión. Obviamente, este paso en el desarrollo del sistema de supervisión recién puede ocurrir una vez que se haya establecido el sistema de supervisión y se disponga de un cuadro de supervisoras con experiencia para asumir ese papel.

El programa de capacitación debería incorporar los siguientes temas:

- Supervisión de apoyo;
- rol de la supervisora de parteras;
- finalidad de la supervisión;
- liderazgo;
- influencia sobre la supervisión;
- empoderamiento y promoción de derechos;
- supervisión proactiva;
- toma de decisiones y resolución de problemas;
- organización de la supervisión;
- modelos de supervisión;
- legislación;
- rendición de cuentas;
- normas profesionales;
- asociaciones de supervisión;
- gobernanza clínica y gestión de riesgo;
- rol de la supervisora en el desarrollo profesional;
- idoneidad para la tarea;
- identificación de supuestas malas conductas;
- conducción de una investigación.

Gran parte del programa se puede cubrir utilizando estudios de casos y ejemplos.

Debe alentarse la elaboración de una cartera de aprendizaje. La evaluación puede consistir en una tarea escrita con una presentación oral o en la evaluación de una carpeta.

7.5.4 - Designación de supervisoras de parteras

Las potenciales supervisoras serán elegibles por designación como supervisoras de parteras luego de haber completado exitosamente el programa de capacitación. El sistema de designación debería permitir algún margen para la selección final de las candidatas, de manera que si durante el entrenamiento surge cualquier duda sobre la capacidad de una partera para desempeñarse como supervisora, no exista ninguna obligación de designarla para ese papel. No es raro que se presente una situación así, dado que una selección mediante entrevista no necesariamente identifica las debilidades de una candidata.

7.5.5 - Adjudicación de carga de trabajo

La experiencia en los países desarrollados sugeriría que lo razonable es asignar 10 - 15 parteras por cada supervisora. Sin embargo, esto podría ser excesivo si la distancia entre las distintas dependencias es grande y el acceso a las supervisadas es limitado.

Por lo tanto, la cantidad será determinada según la cantidad disponible de supervisoras y la logística de acceso a las personas a supervisar, teniendo en cuenta que la supervisora además tiene que cumplir con un cargo importante como partera.

7.5.6 - Elección de una supervisora

La relación de supervisión se beneficiará si la partera es capaz de elegir su propia supervisora siempre que sea posible (Catherine y Stewart-Moore 2006). La calidad percibida de la supervisión ha demostrado ser superior en aquellos casos en que las personas supervisadas eligen a sus propios supervisores (Edwards y col., 2005). Sin embargo, es probable que tenga que haber algún tipo de proceso de adjudicación designado para los primeros años, mientras recién se está introduciendo el sistema de supervisión. Una vez que ya esté establecido ese sistema de supervisión, las líderes del sistema podrán encontrar la oportunidad de agregar sus nombres a la lista de supervisoras de parteras disponibles para que las parteras puedan elegir su supervisora personal asignada.

7.5.7 - Establecimiento de contacto

Las supervisoras de partera recibirán una lista de los nombres de las parteras que les han sido adjudicadas y/o los nombres de las parteras que han seleccionado a esa supervisora para que ejerza ese papel. La supervisora debe dedicarse a establecer contactos informales lo antes posible con cada supervisada, a fin de presentarse y entablar el proceso de comunicación. Si ya han establecido una relación, a la partera que está ejerciendo le resultaría luego mucho más fácil ponerse en contacto con la supervisora si en algún momento la necesita. Lo ideal es que en este momento del primer contacto ya se hagan arreglos para una reunión formal. La supervisada puede aprovechar esa reunión formal para actualizar a la supervisora sobre los detalles de su carrera hasta la fecha, sus aspiraciones y sus inquietudes sobre el ejercicio de la partería.

En este punto se considera que la relación está establecida. Sin embargo, el desarrollo de la relación es un componente esencial de una supervisión eficaz (Cerinus, 2005). No en todas las circunstancias es posible construir una relación eficaz. Por lo tanto, tiene que haber una opción como para que tanto la supervisora como la supervisada puedan optar

por interrumpir esa relación si reconocen que no es positiva y que la supervisión no resulta beneficiosa, por lo que se podrá disponer de un cambio de supervisora.

7.5.8 - Responsabilidades de las supervisoras de parteras

Las supervisoras de parteras asumen las responsabilidades descritas previamente en este módulo. Las supervisoras harán el seguimiento del trabajo de todas las parteras que estén en su área de trabajo de forma constante, e inclusive subconscientemente. Esta actitud de estar constantemente “consciente del ejercicio” hará que la supervisora se encargue de ver que todo el trabajo esté actualizado y que se basa en la evidencia y cumple con las normas (los módulos 3, 4 y 8 ofrecen orientación adicional). En su servicio de maternidad, las supervisoras serán libres empoderadoras. Las parteras reconocerán que las supervisoras también son una fuente de información, guía y soporte.

La principal responsabilidad de una supervisora es hacer el seguimiento del trabajo de partería y esto se realiza de varias maneras:

- Trabajando en áreas clínicas con las parteras; haciendo auditorías de historias y evaluando los resultados clínicos;
- contribuyendo a la auditoría clínica, incluyendo la realización de investigaciones confidenciales de las muertes maternas y los óbitos fetales;
- reuniéndose con las parteras para analizar su trabajo;
- investigando incidentes clínicos.

El apoyo que se brinde a las parteras es igualmente importante. Esto se logra:

- Mediante una reunión regular con las parteras adjudicadas para analizar su trabajo;
- respondiendo a las preguntas de las parteras cuando piden consejo y orientación sobre asuntos clínicos;
- siendo capaz de actuar como una caja de resonancia cuando las parteras necesitan una segunda opinión;
- apoyando a las parteras que han tenido experiencias clínicas difíciles;
- reflexionando con las parteras sobre su trabajo;
- alentando a las parteras para alcanzar sus metas;
- disponiendo de un desarrollo profesional apropiado para las parteras;
- actuando de acuerdo a la información recibida cuando una partera comunica un desempeño subóptimo en su práctica.

Algunos países han promulgado la exigencia de que las parteras notifiquen su intención de ejercer como tales cada año. Las supervisoras de parteras reciben y procesan los formularios de notificación enviados por las parteras asignadas a ellas para verificar que en estas circunstancias se hayan cumplido las exigencias legales.

7.6 Expectativas de la supervisión

7.6.1 - *Expectativas de las parteras*

La experiencia personal de las parteras dictará sus propias expectativas de supervisión.

Aquellas que han recibido una supervisión de apoyo y de atención cuidadosa son generalmente muy positivas sobre la supervisión y están dispuestas a promoverla en cualquier situación. Por el contrario, habrá parteras que han recibido una supervisión punitiva ejercida en un ambiente jerárquico. Aun cuando esto pueda haber pasado muchos años antes, estas parteras se pueden encontrar incapaces de ver nada positivo sobre la supervisión debido a esos sentimientos profundamente enraizados.

La relación de supervisión debe tener los elementos esenciales de respeto mutuo y confidencialidad para ser eficaz. Por lo tanto, es importante que las parteras consideren cuidadosamente la selección de su supervisora. Deberían elegir una supervisora con quien ellas crean que pueden entablar una relación abierta y honesta.

La supervisora elegida debería, a su vez, ser capaz de apreciar el entorno en el que está ejerciendo actualmente la partera.

Las parteras que se sienten empoderadas por su supervisora también se sienten capaces de hacer lo propio con sus clientas (Hermansson y Mártensson, 2011). Las decisiones de supervisión percibidas como empoderadoras son aquellas a las que se haya llegado por consenso entre la supervisora y la partera (Matthews, Scott y Gallagher, 2009).

Cuando las parteras tienen ideas para cambiar y mejorar la práctica, sus supervisoras pueden empoderarlas para que introduzcan esos cambios y apoyarlas en sus iniciativas, abogando por ellas ante las autoridades de la institución. La confianza profesional mejora cuando la partera siente que es valorada y apoyada por las supervisoras y que se han reconocido sus logros.

La partera puede aprovechar la oportunidad de cambiar de supervisora si la relación de supervisión no logra lo que ninguna de las dos espera, siempre y cuando haya otras disponibles (McGilton, 2010). Algunas parteras han declarado que sus supervisoras personales no las apoyaban y que sentían que querían dejar la profesión por esa razón (Curtis, Ball y Kirkham, 2006). La supervisora misma puede considerar que se necesita un cambio en la relación de supervisión si no hay confianza en la relación de la supervisión. Algunas han sugerido que es bueno cambiar de supervisora cada pocos años. Otras, por el contrario, sugieren la necesidad de una relación a largo plazo.

7.6.2 - *Expectativas de las supervisoras*

Las supervisoras también ganan algo al supervisar. Ellas mismas tienen una supervisora personal que las apoya como profesionales clínicas y que las asiste en su labor en el manejo de temas de supervisión difíciles. El papel de supervisora puede ayudar a la profesional a mejorar la percepción de sus propios asuntos personales como supervisora, y a definir las fortalezas y debilidades personales más claramente. Las supervisoras pueden obtener satisfacción personal de ejercer este papel; les ofrece la oportunidad de compartir el entusiasmo de las supervisadas a medida que van creciendo y desarrollando su propio ejercicio profesional.

Se pueden establecer redes de supervisión que brinden apoyo a las supervisoras. Estas están en una buena posición para identificar las buenas prácticas en sus propias áreas y para compartirlas con supervisoras de otros centros de maternidad. Asimismo, pueden aprender ejemplos de buenas prácticas de otras unidades para adoptarlas dentro de sus propias áreas. Una supervisora de parteras debería ser parte integrante de un foro multidisciplinario que incida sobre la práctica de maternidad en su propia comunidad y país.

7.6.3 - Expectativas de las mujeres

Las mujeres y las familias que reciben los servicios de las parteras salen ganando con la supervisión. Aun así, en la mayoría de los países donde la supervisión ya está bien establecida, la población no conoce mucho sobre los sistemas de supervisión. Todavía hay mucho por alcanzar comunicando los posibles beneficios de la supervisión de partería a las mujeres que reciben la atención de las parteras. Las supervisoras deberían estar disponibles para las mujeres que sienten la necesidad de que alguien abogue por ellas porque están preocupadas por la atención que están recibiendo o para transmitir el tipo de cuidados que querrían recibir. Por ejemplo, una mujer puede estar buscando un parto en domicilio en un área geográfica atendida por una partera local que no se siente con la experiencia suficiente como para brindar este servicio y se niega a esa solicitud. La supervisora podría vincular a la mujer y a la partera con otro prestador de servicios que pueda satisfacer las necesidades de servicio de la mujer y las necesidades de capacitación de la partera. Las mujeres en comunidades y países menos desarrollados pueden beneficiarse de tener la asistencia de una supervisora de parteras que introduzca o amplíe la disponibilidad a un servicio profesional, como expandir la disponibilidad de servicios de planificación familiar.

Las supervisoras que trabajan en la comunidad serían requeridas más a menudo que en las áreas en las que las parteras son quienes realizan los partos institucionales, donde encuentran asistencia más a mano. Las parteras que trabajan aisladamente en la comunidad utilizarán a la supervisora para consejo cuando sea necesario. Las mujeres asistidas por estas parteras deberían ser conscientes del origen del asesoramiento que reciben. Esto da la oportunidad de promover el valor de la supervisión de partería a las mujeres en la comunidad.

7.7 Referencias

- Abbott S, Dawson L, Hutt J, Johnson B, Sealy A. Introducing clinical supervision for community-based nurses. *Br J Com Nurs*, 2006, 11: 346-348.
- Airulkumaran S. Clinical governance and standards in UK Maternity care to improve quality and safety. *Midwifery* 2010; 26(5):485-487.
- Arvidsson B, Fridlund B. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *J Nursing Man* 2005; 13:231-237.
- Berggren I, Barbosa da Silva A, Severinsson E. Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nursing Health Sciences*. 2005; 7:21-28.
- Boon J, Graham B, Wainwright M, Warriner S, Curren-Briggs V. Is preceptorship valuable? *RCM Midwives* 2005; 8: 64-66.
- Catherine M, Stewart-Moore J. Supervision: how can the gap be bridged? *RCM Midwives* 2006; 9(5):180-183.
- Cerinus M. The role of relationships in effective clinical supervision. *Nursing Times* 2005;101: 34-37.
- Clements CJ, Streefland PH, Malau C. Supervision in primary health care: can it be carried out effectively in developing countries? *Curr Drug Safety* 2007; 2(1):19-23.
- Cummins A. Clinical supervision: The way forward? A review of the literature. *Nurse Educ Pract* 2009; 9(3):215-220.
- Curtis P, Ball L, Kirkham M. Bullying and horizontal violence: Cultural or individual phenomena? *Br J Midwifery* 2006;14: 218-221.
- Deery R. An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery* 2005; 21:161-76.
- De Reu P. The Dutch Perinatal Audit Project: a feasibility study for nationwide perinatal audit in the Netherlands. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2009; 88(11):1201-1208.
- Duffy A. Guided reflection: a discussion of the essential components. *Br J Nurs* 2008; 17(5):334-339.
- Edwards D, Burnard P, Hannigan B. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs* 2006;15:1007-15.
- Edwards D, Cooper L, Burnard P, Hannigan B, Juggesur T, Adams J. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *J Psychiatric Mental Health Nursing* 2005;12 (4):405-14.
- Falender CA, Cornish JA, Goodyear R, Hatcher R, Kaslow NJ, Leventhal G. Defining competencies in psychology supervision: a consensus statement. *J Clin Psychology* 2004; 60:771-85.
- Fowler J. Experiential learning and its facilitation. *Nurse Educ Today* 2007; 28(4):427-433.
- Gluck PA. Patient safety in women's health care: a framework for progress. *Best Practice y Research. Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(4):525-536.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Br Med J* 2008;336:924-926.
- Hall DS. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing Admin Quar*, 2007, 31:68-80.
- Hermansson E, Mårtensson L. Empowerment in the midwifery context: a concept analysis. *Midwifery* 2011; 27(6):811-816.
- Hodges B. Factors that can influence mentorship relationships. *Paediatric Nursing* 2009; 21(6):32-35.

- Holland K, Roxburgh M, Johnson M, Topping K, Watson R, Lauder W. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *J Clin Nurs* 2010 Feb; 9(3-4):461-469.
- Hyrkäs K, Lehti K. Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *J Nursing Man* 2003;11:177-188.
- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Haataja R. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *J Adv Nurs* 2006; 55: 521-35.
- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Kivimäki K. First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *J Nursing Man* 2005;13:209-220.
- Ledema R, Brownhill S, Haines M, Lancashire B, Shaw T, Street J. "Hands on, Hands off": a model of supervision that recognises trainees' need for support and independence. *Australian Health Review* 2010; 34(3):296-291.
- Johnson M, Jefferies D, Langdon R. The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): a short nursing documentation audit tool. *J Nursing Man* 2010;18(7):832-845.
- Jones S, Maxfield M, Levington A. A mentor portfolio model for ensuring fitness for practice. *Nursing Manag (Harrow)* 2010 Mar; 16(10):28-31.
- Joyce P, Cowman S. Continuing professional development: investment or expectation? *J Nursing Man* 2007; 15(6): 626-633.
- Kaplan K, Mestel P, Feldman D. Creating a culture of mutual respect. *AORN J* 2010; 91(4):495-510.
- Kenyon C. Risk management standards in midwifery are no substitute for personal knowledge and accountability. *Complementary Therapies Clin Practice* 2009;15(4):209-211.
- Lackey T. Transition of the newly-qualified. *RCM Midwives* 2007;10(6):296.
- Latham CL, Hogan M, Ringl K. Nurses supporting nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Admin Quar* 2008; 32(1):27-39.
- Larsson M, Aldegarmann U, Aarts C. Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery* 2009; 25(4):373-381.
- Livni D, Crowe TP, Gonsalvez CJ. Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation Psychology* 2012; 57(2):178-186.
- Matthews A, Scott PA, Gallagher P. The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery* 2009; 25(3):327-335.
- Maust D. Implementation of an electronic medical record in a health system: lessons learned. *J Nurses Staff Dev* 2012; 28(1):E11-15.
- McCool, Guidera M, Stenson M, Dauphinee L. The pain that binds us: midwives' experiences of loss and adverse outcomes around the world. *Health Care Women Int* 2009; 30(11):1003-1013.
- McGilton KS. Development and psychometric testing of the Supportive Supervisory Scale. *J Nursing Scholarship* 2010; 42(2):223-232.
- Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and precepting: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses: a review of the literature. *Rural Remote Health* 2005; 5(3):410.
- Mills J, Lennon D, Francis K. Mentoring matters: developing rural nurse's knowledge and skills. *Collegian: J R Coll Nurs Australia* 2006;13:32-6.
- Nursing and Midwifery Council. Preparation of supervisors of midwives. London: Nursing and Midwifery Council; 2002.

Plant N, Pitt R, Troke B. A partnership approach to learning about accountability. *Br J Nurs* 2010; 19 (11):718-719.

Ralston R. Supervision of midwifery: a vehicle for introducing reflective practice. *Br J Midwifery* 2005;13: 792-796.

Schluter J, Seaton P, Chaboyer W. Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *J Adv Nurs* 2008; 61(1):107-114.

Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine J* 2009; 39(6):389-400.

Severinsson E, Haruna M, Friberg F. Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model: a pilot study. *J Nursing Man* 2010;18(4):400-408.

Skår R. The meaning of autonomy in nursing practice. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2236-2234.

Som CV. Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy* 2007; 80(2):281-296.

Spiby H, Munro J. The development and peer review of evidence-based guidelines to support midwifery led care in labour. *Midwifery* 2009; 25(2):163-171.

Warwick C. Delivering high quality midwifery care: the priorities, opportunities and challenges for midwives 2010; 26(1):9-12.

World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO; 2006.

Xavier K, Shepherd L, Goldstein. Clinical supervision and education via videoconference: a feasibility project. *J. Telemedicine Telecare* 2007;13(4):206-209.

Anexo 7.1: Introducción de la supervisión de la partería

Etapa	Pregunta	Sí	No	Acción requerida
1. Proporcionar un marco regulatorio y normas para la supervisión.	¿Existe alguna relación para la práctica de la partería que sirva de base para establecer las normas de supervisión?			
	¿La regulación prevé reglas y un código de práctica para que las supervisoras puedan hacer un seguimiento de la aplicación?			
2. Selección de las supervisoras de parteras.	¿Existe una declaración de las calificaciones y una descripción del cargo diseñado para la supervisora de parteras?			
	¿Existe una definición nacional (acordada por todas las partes interesadas) de una supervisora de parteras?			
	¿Se ha determinado un proceso de selección de las supervisoras?			
	¿Los responsables de la selección son conscientes de las cualidades que necesitan las candidatas?			
3. Preparación de las supervisoras de parteras.	¿Hay un acuerdo a nivel nacional sobre el nivel y la duración del programa de educación para las supervisoras de parteras?			
	¿Se ha preparado un programa educativo que contenga todos los elementos esenciales necesarios para educar supervisoras de parteras?			
	¿Se han preparado mentores para dar apoyo a las posibles supervisoras durante esa capacitación?			
4. Designación de las supervisoras de parteras.	¿Existe algún sistema de designación para las supervisoras de parteras que no incluya la designación automática al finalizar con éxito el programa de educación?			

Cont. Anexo 7.1: Introducción de la supervisión de la partería

Etapa	Pregunta	Sí	No	Acción requerida
5. Adjudicación de volumen de trabajo.	¿Existe alguna relación acordada localmente entre las parteras y supervisoras que no supere las 15 parteras por supervisora en las áreas desarrolladas, y un número mucho menor en áreas menos desarrolladas, según la disponibilidad?.			
6. Elección de la supervisora.	¿Las parteras pueden elegir sus propias supervisoras de una nómina de supervisoras disponibles a la que tengan acceso, siempre que sea posible?.			
7. Primer contacto.	¿A la supervisora le resulta sencillo establecer un contacto informal con cada una de las parteras para poder iniciar una comunicación regular con aquellas que aparezcan en la lista de las que tiene a su cargo?.			
8. Contacto regular.	¿Existe algún sistema acordado localmente para facilitar a las parteras el contacto regular con las supervisoras que nunca sea menor a una reunión por año, y mucho más frecuentemente en áreas rurales?.			
9. Responsabilidades de las supervisoras de parteras.	¿Todas las supervisoras de parteras son conscientes de la lista indicada de responsabilidades fijadas a nivel nacional y local?.			
	¿Las supervisoras tienen amplias oportunidades de auditar y examinar las normas de la práctica de partería?.			
	¿La mayoría de las supervisoras trabajan en dependencias de salud para estar en condiciones de dar seguimiento a la práctica de partería?.			
	¿Las supervisoras son capaces de brindar apoyo a todas las parteras que tienen a su cargo?.			
	¿Existe un sistema que brinde a las parteras acceso a por lo menos una supervisora en cualquier momento para asesoramiento y orientación sobre temas clínicos?.			
	¿Las supervisoras se hacen responsables de dar apoyo a las parteras en su desarrollo profesional?.			
	¿Existe algún proceso claro para que una supervisora de parteras investigue una práctica subóptima?.			
	¿Las supervisoras de parteras mantienen registros apropiados de sus actividades de supervisión?.			

Módulo 8

Seguimiento y evaluación del mantenimiento de la competencia para el ejercicio de la partería



8.1 Introducción

Este módulo de la *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* se concentra en la partera individual que ejerce la práctica clínica. El módulo se basa en el supuesto de que la partera ha recibido formación para ingresar al ejercicio siguiendo los criterios de las “mejores prácticas”, que recibe supervisión de apoyo apropiada para su trabajo, incluyendo la oportunidad de participar en un programa regular de desarrollo profesional continuo, y que la partera trabaja en el marco de un ambiente propicio de políticas, regulaciones y normas como se describe en los otros módulos de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*.

La finalidad de este módulo es proponer estrategias para hacer el seguimiento y la evaluación de la competencia continua de las parteras actualmente en ejercicio, para promover el mantenimiento de los más altos estándares de calidad en su práctica durante toda su carrera profesional. El módulo ofrece un marco para considerar los determinantes del desempeño de los prestadores de salud de acuerdo a los estándares de práctica establecidos. Ese marco sostiene que la evaluación de la competencia es uno de varios asuntos y factores a considerar simultáneamente cuando se crea capacidad en un sistema de salud que pretende una maternidad segura. Valores éticos, actitudes y conductas profesionales podrían también ser evaluados como componentes de cuidados profesionales de partería de alta calidad.

8.2 Definición de la competencia profesional

8.2.1 - Definición operativa de la competencia profesional

Las definiciones teóricas y prácticas de la competencia profesional se analizan en el Módulo 4 de esta *Caja de herramientas*. En esencia, la competencia puede definirse como la combinación de conocimiento y destrezas psicomotrices, de comunicación y de toma de decisiones, que en conjunto hacen al individuo capaz de realizar una tarea particular a un determinado nivel de idoneidad (Fullerton et al., 2011). La competencia debe medirse de manera objetiva, mediante un proceso de valoración estructurado, utilizando los estándares objetivos de la práctica profesional (conocimiento, destrezas y habilidades) como criterios de calidad, para documentar si hay un nivel aceptable de desempeño.

8.2.2 - Evolución de la definición de competencia a lo largo de la carrera profesional

La definición de competencia no es estática; más bien, se la define de manera diferente a lo largo de la carrera profesional de un individuo. La partera tendrá que adquirir nueva información y nuevas destrezas para poder continuar siempre brindando cuidados de alta calidad y seguros. A continuación se presentan algunas de las consideraciones:

- Cada profesional individual sigue progresando en un continuo desde las épocas de principiante a experto (Burger et al., 2010; Gardner, 2012). Una vez que un individuo ha adquirido una destreza (ya sea cognitiva o práctica), esa destreza debe ser reforzada de vez en cuando para poder mantener un nivel similar de competencia. Además, continuamente están surgiendo destrezas nuevas, a medida que la tecnología avanza. Los profesionales con

experiencia pueden ser alumnos novatos de nuevas destrezas (Anderson, 2009). El grado al cual uno maneja una situación de manera independiente, o con consulta, cambia bajo estas circunstancias.

- Asimismo, la base del conocimiento que constituye la base de la práctica profesional está en continua evolución. El concepto de competencia requiere incorporar el conocimiento que va surgiendo dentro del total del conocimiento aprendido. El individuo tiene que evaluarlo cognitivamente, para detectar qué implicancia puede tener este nuevo aprendizaje para su aplicación dentro de la práctica.
- La competencia puede ser percibida por uno mismo y por otros como el demostrar comportamientos de práctica *segura* (Armstrong, Spencer y Lenburg, 2009). La práctica segura incluye seguir las normas resumidas en las guías de la práctica (Scott, 2009); tener conciencia de las limitaciones del conocimiento y de la experiencia personal y solicitar ayuda; usar estrategias que reduzcan el riesgo a uno mismo o a los pacientes (por ejemplo, adopción de las precauciones apropiadas en situaciones de posible exposición a una infección); y tener pensamiento crítico en todas las circunstancias (es decir, el conocer los principios que determinan cualquier acción que se seleccione en cualquier circunstancia particular).
- La competencia personal también puede ser percibida como la práctica *ética* (Vanaki y Memarian, 2009). La definición de práctica ética está en gran medida determinada por la comprensión universal de conceptos tales como derechos humanos y justicia igualitaria. Sin embargo, si la define cada individuo, la práctica ética puede reflejar valores personales, religiosos, morales y culturales. Estos últimos pueden llevar a un individuo a optar por no participar en ciertos aspectos del cuidado de la cliente, llevando a un “desadiestramiento” (Bradshaw y Merriman; 2008) o a la decisión personal de no adquirir o no mantener la competencia en determinadas destrezas prácticas. Aun en ese caso, los principios éticos de equidad y beneficencia deberían llevar al individuo a ofrecer orientaciones sobre cómo podrían obtenerse legalmente y en la práctica estos aspectos del cuidado, a través de otros prestadores de la salud.

8.2.3 - Distinción entre competencia, capacidad y desempeño

Existe una distinción esencial entre competencia y desempeño, por lo que la existencia de uno no debe inferirse por la del otro (Scotland y Bullough, 2004). La competencia se refiere a la capacidad (el potencial) de desempeño que tiene un individuo. Desempeño se refiere a lo que el individuo hace en el contexto real de su ejercicio profesional, es decir, el comportamiento real observado. El desempeño puede verse afectado por el medio en el que el individuo ejerce y ese medio puede potenciar o limitar su capacidad para traducir lo que sería capaz de hacer de forma competente en teoría, en resultados reales del comportamiento. Por lo tanto, cualquier intento por medir el constructo de competencia a través de la observación del desempeño debe considerar cuidadosamente el contexto en el que actúa el profesional. Esto necesariamente subraya la importancia de utilizar varios medios y abordajes para medir tanto el desempeño profesional como el concepto de competencia profesional.

8.2.4 Relación entre competencia y confianza en sí mismo

Ya se ha manifestado que los individuos progresan o retroceden a lo largo de un continuo de competencias desde la época de principiantes hasta llegar a ser profesionales clínicos expertos a lo largo de su vida profesional, a medida que van adquiriendo nuevas destreza o que se refuerzan destrezas aprendidas previamente. La confianza –el nivel de comodidad evaluado por el propio individuo al desempeñar realmente una destreza en particular –es igualmente

variable. Se puede dar el caso de que un individuo se sienta capaz de realizar una destreza de modo que cumpla con todos los criterios objetivos de práctica segura (por ejemplo, realizando todos los componentes de una destreza en el orden correcto y de la manera correcta, tal como está documentado en la lista de verificación clínica objetiva) mientras que, paralelamente, no se siente cómodo personalmente al hacerlo (Davis et al., 2012). Esta incomodidad personal puede llevar a la reticencia del individuo a realizar esa destreza cuando se le solicite que lo haga en el curso de su práctica personal.

De igual manera, puede darse que un individuo haya adquirido tanto la competencia como la confianza para realizar cierta destreza (Jordan y Farley, 2008), pero que, debido a que tiene oportunidades limitadas de llevar a cabo esa destreza en la práctica real, ha perdido en cierto grado alguno de esos atributos. Esto se aplica tanto a eventos de bajo volumen/baja ocurrencia, como también a destrezas críticas (en situaciones en que peligró la vida) (Bhuiyan y col., 2005). El evento clínico que requiere el uso de una destreza particular puede aparecer con baja frecuencia (por ejemplo, la necesidad de realizar una compresión bimanual del útero para detener una hemorragia). También puede pasar que las políticas del medio clínico en el que ejerce un individuo restrinjan la realización de esa destreza a otro cuadro profesional. Eso puede llevar a que el sujeto pierda la destreza (menor grado de competencia) o que se deteriore su confianza en sí mismo en cuanto a su capacidad de realizar esa destreza correctamente si la tuviera que hacer. Tanto la competencia como la confianza en sí mismo pueden ser fomentadas a través de la educación profesional continua y una supervisión de apoyo (Vernon, Chiarella y Papps, 2011).

8.2.5 Pensamiento crítico como una característica de competencia continua

Con el paso del tiempo las parteras van desarrollando un estilo de práctica propio. En esa práctica individual inciden las experiencias personales (por ejemplo, lo que le funcionó en una circunstancia, pero no en otra), como también las preferencias personales (por ejemplo, lo que parece ser una manera más cómoda de trabajar para una profesional y más aceptable para las mujeres y las familias que ella¹ atiende). Lo más importante es que la práctica individual está influida por el análisis que el individuo hace de su experiencia y pasado clínico y lo que aprendió a partir de su pensamiento reflexivo. Este proceso implica pensamiento crítico, una característica y habilidad particularmente importante de las parteras competentes al inicio y en el curso de toda su carrera profesional.

Las características del pensamiento crítico incluyen análisis, inferencia, razonamiento, interpretación, evaluación y una mente siempre abierta. El pensamiento crítico implica una combinación de las habilidades necesarias para definir un problema, seleccionar la información que sea pertinente a la solución de ese problema, reconocer los supuestos subyacentes a la resolución que se propone del problema y tener la capacidad de juzgar la validez de la información que se está considerando (Riddell, 2007). El pensamiento crítico difiere del *pensamiento creativo*, el cual consiste en la generación de ideas nuevas, más que un proceso fundamentalmente retrospectivo, de reflexión y evaluación, que es lo que define el pensamiento crítico (Seymour, Kinn y Sutherland, 2003). El proceso de pensamiento crítico puede desarrollarse por medio de actividades como cuestionamientos, debates y el estudio de casos (Edwards, 2003; Brunt, 2005; Finn, 2011). Sin embargo, el talento para el pensamiento creativo es una habilidad personal. Las parteras creativas pueden generar ideas y propuestas nuevas, basándose en el saber que han adquirido a lo largo de su carrera profesional, y eso puede servir para hacer avanzar el arte y la ciencia de la práctica clínica, a través de la propuesta de nuevos modelos para el cuidado clínico.

¹ El uso del género femenino refleja que en muchos países la partería se ve como una profesión exclusivamente abierta a las mujeres. Sin embargo, en algunos países hay hombres que ingresan en esta profesión. Aunque la definición internacional ha sido actualizada de modo de reflejar un lenguaje más neutro en cuanto al género, en esta guía se usa el género femenino con fines de simplificación.

8.3 Medición de la competencia

Glosario de términos relacionados con la competencia profesional

Guía de práctica clínica: Una recomendación para una forma de ejercer, basada en las fortalezas de las evidencias que apoyan un enfoque especial para la atención de la paciente.

Competencia: Se trata de la combinación del conocimiento, destrezas psicomotrices, de comunicación y de toma de decisiones que permiten al individuo realizar una determinada tarea con un nivel definido de idoneidad.

Capacidad: Se refiere a lo que efectivamente es capaz de lograr un individuo al realizar una determinada tarea.

Evaluación: Se refiere al proceso y procedimiento de valoración de los resultados del aprendizaje o desempeño.

Seguimiento o monitoreo: Se trata de una valoración regular y periódica del desempeño, de acuerdo a ciertas normas.

Desempeño: Lo que el individuo hace, en el contexto real del ejercicio de la profesión, es decir, el comportamiento real observado.

8.3.1 ¿Por qué medir la competencia?

Hay razones muy contundentes y complementarias para medir la competencia.

- La valoración inicial y periódica de la competencia de un profesional de partería está en línea con los principios éticos que respaldan la práctica profesional.
- La medición de la competencia es un componente esencial en la medición de los resultados de la educación. Entre los ejemplos se incluyen las valoraciones académicas realizadas luego de finalizar un programa, en programas previos al servicio, durante el servicio y en programas de educación continua.
- La valoración de la competencia es una parte integral de los procesos de certificación y recertificación de los prestadores de servicios de partería en algunos países. A menudo se utilizan exámenes para determinar si una persona está calificada para ingresar al ejercicio de una ocupación o profesión específica, y en algunas circunstancias para habilitar al profesional a que continúe ejerciendo (renovación de licencia). Los exámenes ofrecen un estándar objetivo y común sobre el cual basar estas decisiones. Algunos países también autorizan a las parteras a ejercer basándose en la evidencia de que esa persona ha pasado con éxito un examen en otro país y que ha logrado una puntuación que se determina como equivalente al estándar exigido para ejercer en una nueva jurisdicción legal (Nichols, Davis y Richardson, 2010; Saltman et al., 2012).
- Las valoraciones de competencia son útiles en la planificación de nuevos servicios. Serían esenciales para determinar si es apropiado ampliar el alcance de la práctica para un cuadro ya existente de profesionales. Por ejemplo, se puede pensar que sería conveniente agregar una destreza novedosa a lo que se ha definido como el alcance de la práctica de las parteras. Esta destreza se puede incorporar a la educación que se imparte antes del servicio. Las parteras que actualmente están ejerciendo deberían ser capaces de demostrar competencia a un nivel equivalente a las que recién han egresado.

- Asimismo, el gobierno de un país puede considerar que pueda ser útil y deseable crear un nuevo cuadro profesional (por ejemplo, una auxiliar de partera), preparado para realizar algunas de las habilidades que están dentro del ámbito de competencias de un personal más calificado. Sería importante valorar con qué grado de competencia esa nueva profesional deberá saber realizar cada una de las destrezas que se haya seleccionado para incluir en el alcance de esa nueva práctica. Destrezas equivalentes deben juzgarse de manera equivalente.
- Las valoraciones de competencia podrían ser útiles en la selección de personal nuevo y la supervisión del personal existente. Se les exigiría a todas las organizaciones que documenten que todo su personal puede realizar sus deberes y funciones al nivel estipulado por las normas de calidad y faciliten un programa de mejora continua de la calidad. Esta también constituye una estrategia de gestión de riesgos de la organización.
- Las normas son actualizadas de manera continua. Es fundamental que las parteras en ejercicio tengan la oportunidad de adquirir información relevante sobre los cambios que surjan en la práctica, y que luego puedan demostrar su competencia en esas nuevas maneras adquiridas (o maneras modificadas) de ejercer.
- Y finalmente, la medición de la competencia es importante para mejorar el desempeño individual, de acuerdo con la responsabilidad personal que debería caracterizar a la práctica profesional. Esto incluye el automonitoreo de la competencia personal en la realización de las destrezas nuevas que hayan surgido de la evolución de la práctica basada en la evidencia (Perrier et al., 2010). Incluye también la realización de una nueva valoración de la persona antes de comenzar a trabajar en una práctica clínica de partería, ya sea limitada o que implique todo el alcance de la partería (puede ser el caso de las parteras que hayan abandonado la práctica clínica durante un tiempo y deseen volver a trabajar). También es fundamental para la práctica personal de cualquier partera que supervisa la práctica clínica de otros.

8.3.2 - Instancias previstas para las evaluaciones de competencia

La evaluación *formativa* tiene lugar en oportunidad del aprendizaje inicial y cada vez que se introducen nuevos conocimientos o nuevas técnicas (destrezas, procedimientos, pautas) en la práctica profesional. La evaluación formativa es un componente común de la educación que se imparte previo al servicio y durante el servicio.

La evaluación *sumativa* ocurre entre que se completan los programas de aprendizaje estructurados y se otorga la autorización de comenzar el ejercicio clínico individual. Habitualmente se considera que los procesos de evaluación sumativa son parte constitutiva de las mejores prácticas en educación (Cleland, 2010). También son usados comúnmente por las autoridades rectoras como mecanismo de control de ingreso (*gatekeeper*) a la profesión inicialmente (por ejemplo, exámenes de habilitación o certificación).

La continua evolución de la ciencia que apuntala la práctica profesional, combinada con el constante reciclaje a lo largo de un continuo de competencia y confianza en sí mismo en la práctica, subraya la importancia de las valoraciones periódicas de la competencia de los individuos. Las evaluaciones formativas y sumativas deben continuar teniendo lugar durante toda la vida profesional –en el contexto tanto del seguimiento como de la evaluación.

8.4 Seguimiento de la competencia profesional

8.4.1 - Distinción entre seguimiento y evaluación

Tanto el seguimiento como la evaluación son realizados periódicamente. Sin embargo, el seguimiento a menudo se refiere al *proceso*, y la evaluación por lo general se refiere más a los *resultados*. Este módulo se concentra en el seguimiento de las parteras *individuales* como profesionales en ejercicio. En ese contexto, el seguimiento ofrece la oportunidad de verificar que la practicante individual sigue emprendiendo acciones que promueven la permanente adhesión a las pautas y/o a las normas de práctica establecidas para la ocupación/profesión de partería. Entre los ejemplos de seguimiento se incluye una revisión de “la práctica actual”, es decir, una revisión de qué oportunidades ha tenido recientemente un determinado individuo de realizar ciertas tareas (algunos o todos los conocimientos, destrezas y habilidades [CDH] definidos para la partera) (Ver Módulo 4).

La evaluación ofrece la oportunidad de verificar que cada partera individual sigue demostrando competencia en el desempeño de las tareas abarcadas en el alcance de su práctica, al demostrar un desempeño seguro de CDH, utilizando criterios objetivos de desempeño. Estos métodos de evaluación se analizan más en detalle en el módulo 5. La evaluación es, por supuesto, un concepto también mucho más amplio. La evaluación puede también considerar los resultados y el impacto de la profesión de partería sobre la salud pública. Por ejemplo, la evaluación podría incluir la medición del impacto sobre la mortalidad materna y neonatal que sigue a la introducción de altamente calificadas profesionales parteras en la plantilla laboral de la salud.

8.4.2 - Seguimiento de las competencias de partería de acuerdo a las directrices internacionales o propias del país

El desarrollo de un programa de seguimiento de la competencia de partería comprende la identificación del conocimiento, destrezas y habilidades que, en un caso ideal, debería mantener cada individuo que ejerce la profesión. La primera tarea para establecer un programa de seguimiento de competencia de partería es seleccionar la lista de CDH que sea más apropiada y más relevante a ese propósito. Estas listas de CDH forman las pautas de seguimiento.

Algunos países, además de invertir en la educación de parteras plenamente calificadas, han creado otros cuadros de asistentes de partos (de menor nivel) que deben adquirir algunos (no todos) de los CDH exigidos en el ejercicio de la partería. Estos cuadros de menor nivel tendrían un conjunto diferente de CDH. Sin embargo, se esperaría que cada cuadro desempeñara las destrezas de esa lista específica siguiendo un estándar de práctica de calidad explícito. En el Módulo 4 y Módulo 5 de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* se presenta un análisis más completo de este tema.

En un sentido muy limitado, podrían considerarse las descripciones de cargos y las pautas de práctica clínicas (Tillet, 2009; Qaseem, 2012) como “estándares” de práctica, ya que describen las tareas que se espera que la partera realice (y que realice bien) en un determinado entorno de trabajo (Freeman y Griew, 2007). Las descripciones de los puestos desarrollados a nivel de la institución pueden limitar (pero no deberían limitar ni exceder) las tareas que están autorizadas en las pautas reguladoras del país para la práctica de la partería (Módulo 2).

8.4.3 - Modelo para el seguimiento de las competencias de partería

En este módulo se presenta un proceso para el seguimiento de la calidad de la práctica profesional de las parteras. El documento de ICM *Competencias esenciales para la práctica de la partería* (2010) ha sido utilizado como un recurso para elaborar la lista de CDH. En el anexo de este módulo se presenta un ejemplo parcialmente elaborado de las herramientas de autoevaluación y evaluación por los pares y la supervisora. Las herramientas pueden ser utilizadas para examinar si una partera individual se mantiene al día en el conocimiento, las destrezas y habilidades esperados en todas las parteras (competencias globales, básicas, esenciales). Este extracto de herramientas pretende servir de guía o modelo al elaborar herramientas similares con fines de seguimiento.

Antes de poder utilizar cualquiera de estas herramientas por cualquier cuadro de asistentes calificadas para el parto se debe revisar y modificar las declaraciones de competencia de modo que reflejen la autoridad legal general que tiene la habilitación del ámbito de práctica de ese cuadro específico de salud en esa jurisdicción. En otras palabras, las declaraciones de competencia deben estar “niveladas”, es decir, adaptadas especialmente para reflejar lo que se autoriza hacer legalmente a cualquier cuadro de asistente de parto de menor nivel al ejercer en un país específico.

Las parteras profesionales que deseen utilizar la herramienta de seguimiento como un criterio externo contra el cual comparar su propia práctica personal deberían usar la lista completa de las declaraciones de competencia, que se puede obtener de la página web de ICM (*core documents*) en www.internationalmidwives.org. Esto permitiría evaluar la práctica personal con respecto a “las mejores prácticas” tal como se definen para el profesional de partería internacional. También sería apropiado utilizar un documento que haya sido adaptado para usar dentro del país donde se ejerce, ya que esa lista - país específica reflejaría lo que abarca el alcance de la práctica, por la cual se le va a rendir cuentas profesionalmente a cualquier profesional individual.

Las autoridades regulatorias pueden elegir ser todavía más selectivas al adaptar la lista de declaraciones de competencia. A los países les puede resultar útil identificar de entre toda la lista de declaraciones de competencia aquellas que son *más cruciales* o *más directamente relevantes* para la situación del país. Por ejemplo, si una estadística vital nacional indica que la hemorragia postparto es un contribuyente mayor a la mortalidad materna, entonces tal vez sea importante capacitar a todos los asistentes calificados de todas las categorías a realizar la serie de tareas (destrezas) de manejo intraparto y postparto que estén directamente vinculadas a la prevención y al manejo de la hemorragia postparto, y por lo tanto se podría elegir estas destrezas en particular específicamente para incluirlas en el proceso de seguimiento, y tal vez excluir otras. (El Módulo 2 de esta *Caja de herramientas* describe el proceso que hay que seguir para asegurarse de que estas destrezas seleccionadas estén autorizadas legalmente en la práctica de la partería en ese país.)

Estrategias para la selección de subgrupos de declaraciones de conocimiento, destrezas y habilidades

Guía de práctica clínica:

- Los expertos en contenidos pueden examinar las declaraciones de competencia y seleccionar un grupo de ellas, llegando a un consenso. Entre los expertos en contenido se puede invitar a:
 - Docentes que sean conocedores del contexto de práctica presente y lo que está surgiendo;
 - representantes administrativos conocedores de las normas de práctica nacionales;
 - representantes de los grupos de interés de asociaciones profesionales;
 - clínicas de partería (que también deberían tener una voz en el proceso).

Tal vez se considere importante incluir la perspectiva de los consumidores y de las estudiantes de partería en ese proceso de revisión. Estos representantes, por supuesto, no hablarían en calidad de expertos en contenidos.

- Se puede utilizar métodos de encuestas. Las declaraciones de competencia de ICM fueron desarrolladas utilizando el método Delphi. Este método consiste en enviar una serie de listas de revisión luego que cada una haya sido editada (agregando o eliminando tareas específicas), basándose en las respuestas recibidas de la revisión anterior. Los participantes en la encuesta podrían reflejar los mismos grupos de interés arriba enumerados.
- Si el país ha tomado todos los pasos para delinear los CDH que definan la práctica profesional de partería para ese país, tal vez alcanzaría simplemente con comparar toda la lista de las declaraciones de competencia con las declaraciones de CDH que han sido delineadas en el o los documentos regulatorios del país.

El principal tema a considerar en cualquier adaptación (o adopción) de estas herramientas de seguimiento a nivel nacional es que el proceso de seguimiento que plantea el uso de esta herramienta *sea factible, selectivo y con una buena relación costo-eficacia*. Es inútil diseñar un proceso que no se pueda ejecutar debido a limitantes pragmáticas por falta de tiempo y por la carga financiera.

8.4.4 - Métodos y estrategias para ejecutar un programa de seguimiento de la competencia profesional

El seguimiento debería hacerse de manera periódica, programándolo regularmente. No existe ninguna pauta explícita en cuanto al intervalo entre las revisiones. Puede ser importante conducir una revisión una vez al año. Las herramientas del modelo (extracto) suministradas para este proceso apuntan tanto a la competencia como a la confianza en sí mismo, tal como se definen en la sección 2.4 de este módulo.

La herramienta de seguimiento individual está diseñada como un ejercicio de autoevaluación (*Anexo 8.1: Seguimiento de las competencias de partería: herramienta de autoevaluación*). El proceso de autorreflexión es un componente clave del uso de la herramienta de autoevaluación individual (Duffy, 2008). La autoevaluación es la habilidad de alguien que ejerce la partería de reflexionar sobre su propio desempeño, sus fortalezas y debilidades, y analizar su propia actuación para identificar las necesidades de aprendizaje y mejorar su desempeño. Se ha demostrado que la autoevaluación está vinculada con la mejora de calidad (Price, 2004).

El examen de seguimiento puede ser realizado por un individuo cualquiera solo. Podría ser apropiado o más factible para quien trabaja en la práctica privada, o, como es común en las condiciones laborales en los sistemas de salud en los países en desarrollo, puede servir a las parteras que carecen de una supervisora directa o no disponen de alguna colega que las oriente en su desempeño.

El examen de autoevaluación puede realizarse utilizando la totalidad de las competencias básicas de ICM (disponibles en la página web, como se estableció anteriormente). La partera puede simplemente seleccionar individualmente la lista de declaraciones de competencias, trasladarlas a la herramienta de modelo que se presenta en el anexo y realizar su propio examen personal. Si alguno de los CDH incluidos no resultara relevante para la práctica de la partería en su país, simplemente lo puede omitir (es decir, no transcribirlo a la herramienta de evaluación). Por otra parte, la profesional individualmente podría tomar nota de los CDH específicos que realizan otras parteras y luego fijarse una meta de aprendizaje personal, planteándose adquirir esa competencia en particular.

La persona también debería desarrollar un plan de aprendizaje individual para trabajar en torno a cualquier declaración de competencia o conocimientos exigidos que a juicio de la partera necesite actualizar, o que sienta que ha disminuido su nivel de confianza en la realización de esa destreza.

Sin embargo, es posible que cada partera individual quiera trabajar con un grupo de compañeras en un proceso voluntario, de modo que cada integrante del equipo se pueda beneficiar de la discusión y de la opinión que podría recibir de los otros cuando hacen sus propias evaluaciones individuales. Serviría para cualquier partera en ejercicio que trabaje en un ambiente y contexto similar. Por ejemplo, las parteras que atienden partos a domicilio seleccionarían como par a alguna de las otras parteras que también atienden partos a domicilio en la misma comunidad. Las parteras que trabajan en los centros de salud elegirían como pares a aquellas colegas que también trabajan en ese hospital o en otro hospital de similar tamaño y complejidad.

La herramienta de seguimiento puede también ser utilizada en el contexto de un proceso de *grupo estructurado* (tal vez mandado) en el que se utilizaría la herramienta de autoevaluación individual; la autoevaluación se vería enriquecida por una segunda revisión realizada por alguien que esté calificado como para examinarla y dar una opinión (anexo 8.2: *Seguimiento de las competencias de las parteras: Herramienta de evaluación por pares o supervisoras*). Por ejemplo, la podrían utilizar los integrantes del personal de partería que trabajan en un hospital. Se puede recibir la opinión de los colegas y *también* de los supervisores. La herramienta de evaluación diseñada para recibir la opinión de los pares y supervisores requiere que la persona que da su opinión también admita cómo adquirió su conocimiento de la práctica de otra persona y, por lo tanto, que comprenda la importancia que podría tener esa información en el proceso de revisión. El desarrollo de un plan de aprendizaje personal es el resultado buscado de esta revisión estructurada, al igual que lo fue para el proceso de autoevaluación individual.

El programa de seguimiento de competencia más deseable daría lugar a una evaluación que se realiza para cada individuo aislado (la “población”) y ciertamente la autoevaluación se puede dar a nivel de la población. Puede haber consideraciones prácticas de tiempo y recursos que hagan que las revisiones de pares y/o supervisoras se realicen entre algunos pero no todos los profesionales en un determinado entorno laboral o en un país. No hay ninguna directriz que se pueda sugerir para determinar cuál sería un tamaño apropiado de la “muestra” en esas condiciones. Se puede considerar realizar una revisión de pares o supervisoras entre las parteras que solicitan una revisión de ese tipo, luego de una autoevaluación individual o en el caso de parteras que trabajan en entornos donde el apoyo de supervisores o de colegas es limitado. También se podría establecer un sistema de rotación que permita examinar una cierta proporción de las profesionales activas, por lo menos una vez dentro de un ciclo de revisión con tiempo acotado.

8.5 Evaluación de la competencia profesional

8.5.1 - La evaluación como un componente del proceso de seguimiento

El proceso de evaluación analizado en este módulo es *una discusión muy estrecha*. Ya se ha destacado que las parteras individuales necesitarán adquirir nueva información y nuevas destrezas para poder continuar brindando cuidados seguros y de alta calidad a lo largo de su vida profesional. También se ha hecho notar que con el tiempo las parteras desarrollan un estilo de práctica personal, basado en lo que hayan aprendido de experiencias pasadas. En el contexto de este módulo, la evaluación se refiere a una valoración del grado de actualización del caudal de conocimientos y también a la determinación inicial o a la reafirmación de la habilidad de realizar una destreza clínica de acuerdo a un estándar objetivo. La meta final de la evaluación es la promoción de las mejores prácticas (Ring y col., 2005; Hamilton y col., 2007).

Hay varios métodos de evaluación del conocimiento de la partería. Los métodos de evaluación seleccionados para la evaluación de conocimiento entre las parteras en la práctica deberían ofrecerle a la partera la oportunidad de hacer uso de todo tipo de experiencias que hayan enriquecido el caudal de sus conocimientos. Estos métodos pueden incluir los exámenes de desempeño, las auditorías de las cuadrículas y la crítica de sus pares, parecido al proceso de seguimiento arriba descrito. La valoración del dominio cognitivo también debería incluir una evaluación de la habilidad de desarrollar el pensamiento crítico, ya analizado en la sección 2.5.

Posibles fuentes de información para la evaluación del desempeño clínico

- Evaluaciones que hace el alumno de su propio aprendizaje;
- evaluaciones de la calidad del servicio hechas por los usuarios del servicio/comunidad;
- evaluaciones del instructor de los conocimientos y destrezas adquiridos por el alumno;
- sucedáneos de resultados de la salud derivados de las estadísticas de prestación de servicios de rutina.

Fuente: van der Vleuten et al., 2010

Las observaciones de las parteras trabajando en sus medios de ejercicio reales son el método más directo para evaluar el desempeño clínico individual (Paterson et al., 2004). Estas observaciones se pueden hacer aún más objetivamente utilizando listas de verificación durante la observación (Hettinga, Denessen y Postma, 2010). Estas listas sirven de evidencia externa objetiva que indica que la partera ha adquirido la capacidad de trasladar conocimiento cognitivo al realizar una destreza en la práctica (los pasos correctos en el orden correcto, considerando la seguridad del cliente). Estas listas de verificación también se pueden utilizar en las prácticas simuladas con modelos anatómicos (Harvey et al., 2007), con clientes normalizados (actores que hacen de clientes que reciben un guión de respuestas) (Panzarella y Manyon, 2007) y a través de modelos computarizados (Rhodes y Curran, 2005; Laschinger et al., 2008; Schultz et al., 2011). Se han elaborado varias listas de verificación de ese tipo; muchas de ellas se encuentran detalladas en los Módulos de Educación de Parteras publicados por la OMS.

La pregunta a plantear al seleccionar una lista de verificación apropiada es si el objetivo de la tarea de evaluación es evaluar *todos* los pasos del procedimiento o sólo aquellos que sean críticos para una práctica segura (“puntuaciones centinela”) (Carlough y McCall, 2005). Por supuesto, este último enfoque es más eficiente y menos costoso, y no

disminuye la efectividad de ninguna evaluación que se concentre en la calidad de la atención.

La evaluación del dominio *afectivo y/o comportamental* (actitudes, sentimientos, valores y rasgos personales) es necesariamente subjetiva. Eso la hace más difícil de realizar, pero es igualmente importante para la calidad del cuidado. Se pueden utilizar cuestionarios de actitud y se pueden incorporar sus resultados en el proceso de autorreflexión. El diario de reflexiones permite al individuo revisar los patrones de comportamiento que sean característicos de respuestas individuales ante determinadas situaciones. Este proceso interno de revisión, junto con la opinión recibida de los otros que observan un evento particular o una interacción, le permiten al individuo tener una perspectiva más amplia de cómo reciben los clientes y los pares sus patrones de respuesta emocional social, y tal vez le permita identificar enfoques mejores (menos emocionales o más reflexivos). También es frecuente que las encuestas de satisfacción de clientes arrojen información valiosa sobre la percepción de la calidad de los cuidados (Glick, 2009).

8.5.2 - Fuentes y recursos para las herramientas de evaluación de desempeño

Es probable que no haya gran necesidad de desarrollar toda una nueva medida de desempeño del prestador de cuidados de partería. Una primera consideración es que el desarrollo de nuevas herramientas de medición es una ciencia exacta, y hacerlo bien suele demandar un proceso largo y costoso. Otra consideración es que hay abundantes ejemplos de estas herramientas que tal vez solo necesiten una adaptación mínima en el contexto local en el que se han de utilizar.

Fuentes: Listas de verificación de evaluación de desempeño

- Los módulos de Educación de Partería de la OMS (2006) contienen una serie de listas de verificación;
- los programas educativos desarrollan herramientas para medir los avances de las estudiantes a lo largo del programa de estudios;
- las asociaciones profesionales de partería han desarrollado herramientas de autoevaluación y evaluación por pares (como el extracto que aparece en este módulo);
- las organizaciones no gubernamentales que trabajan en las intervenciones de mejoramiento de destrezas específicas han desarrollado herramientas específicas (por ejemplo, para procedimientos particulares, tales como el desempeño del manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto, o la colocación de un dispositivo intrauterino).

La dificultad reside simplemente en identificar los recursos disponibles y luego aplicar los criterios adecuados para ayudar a seleccionar la herramienta de medición más apropiada (esto se analiza en más detalle en el Módulo 5).

Estrategias para aumentar la accesibilidad y disponibilidad de estos recursos

- Los programas educativos pueden trabajar en colaboración con la asociación profesional de parteras y con ONG que operen a nivel del país para crear una biblioteca de recursos en algún lugar compartido (una biblioteca física, o una dirección informática, URL);
- se pueden iniciar listas de discusión, concentrándose en la discusión de la información sobre los recursos de evaluación;
- las ONG pueden subir sus herramientas de medición en la página web de la organización, junto con la información sobre las propiedades de la herramienta y estudios de casos de su aplicación;
- asociaciones profesionales (tanto las asociaciones como las nacionales) pueden crear bibliotecas similares.

8.6 Toma de acciones

8.6.1 - Creación de un plan personal de aprendizaje

Los resultados del seguimiento y la evaluación del desempeño personal deberían derivar en un plan de aprendizaje personal. El plan de aprendizaje profesional debe concentrarse en la actualización del caudal de conocimiento incorporando la información de la investigación reciente basada en la evidencia. También debe considerar el nivel de destreza (competencia) y la recuperación (o reafirmación) de la confianza personal en realizar destrezas, en particular las destrezas críticas que pueden determinar la posibilidad de salvar vidas en ciertas circunstancias (es decir, destrezas cruciales de bajo volumen o de alto riesgo).

Los progresos en la aplicación del plan de aprendizaje pueden documentarse recopilando los diarios o carpetas personales. Mantener un diario es una técnica de reflexión que implica analizar en retrospectiva lo que pasó en la práctica, en un esfuerzo por mejorar el crecimiento personal (Blake, 2005; Lasater y Nielsen, 2009). Las carpetas contienen evidencia tanto cuantitativa como cualitativa de las actividades de aprendizaje a las que se ha abocado el individuo en su intento por alcanzar los objetivos planteados en el plan de aprendizaje (Byrne y col., 2007).

La discusión entre colegas y con la supervisora, y la devolución que estos le hacen, también contribuyen al proceso de auto aprendizaje. Siempre que sea posible sirve discutir asuntos de la práctica clínica (por ejemplo, nueva información que surge en la literatura o una situación o un evento particular ocurrido en la práctica clínica). Tal vez lo más útil sería discutirlo en el momento mismo en que ocurre el acontecimiento (dar un informe crítico del incidente) y es ciertamente una parte del proceso de seguimiento personal continuo (McBrien, 2007). Sin embargo, también es útil entablar una discusión en cualquier momento en que se presente la oportunidad. El proceso de seguimiento teórico puede dar cabida a esa oportunidad.

El objetivo final de todo proceso de seguimiento y evaluación, de autorreflexión, discusión y devolución es mejorar el pensamiento crítico para que cuando ocurra un evento inesperado, al profesional le surja espontáneamente generar una decisión clínica racional basada en la evidencia. La Figura 8.1 muestra el marco para desarrollar el proceso de pensamiento crítico.

8.6.2 - Aportando información sobre la partería como profesión

Un programa ideal de monitoreo generará información que pueda ser utilizada para medir –evaluar– la contribución de la profesión de partería a la salud de la nación –los resultados de los cuidados profesionales integrales de partería– (Walker, Visger y Levi, 2008; Duncan y Murray, 2012). El diseño de un plan de seguimiento debería incluir estrategias para transmitir los resultados de dichas revisiones a una base de datos centralizada. Esos datos, por supuesto, no harían alusión a los profesionales individuales, sino más bien a los elementos de descripción sociodemográfica que en conjunto describen el perfil de los profesionales de partería en el país (Vincent y col., 2004; Pelletier y Diers, 2004). El diseño de un programa de seguimiento también tendría previsto un análisis periódico de estos datos, incluyendo los enlaces con la información que contienen otros sistemas de gestión de información de la salud (como estadísticas hospitalarias y datos de resultados de clientes). Este tipo de datos es esencial para hacer el seguimiento de los progresos realizados en pos de los Objetivos del Desarrollo del Milenio y de las prioridades de salud materno/infantil específicas de cada país. También son cruciales para documentar la contribución de los profesionales de partería de un país a las metas y objetivos por una maternidad segura.

8.7 Referencias

- Anderson JK. The work-role transition of expert clinician to novice academic educator. *The Journal of Nursing Education* 2009;48(4):203-208.
- Armstrong GE, Spencer TS, Lenburg CB. . Using quality and safety education for nurses to enhance competency outcome performance assessment: a synergistic approach that promotes patient safety and quality outcome. *The Journal of Nursing Education* 2009;48(12) :686-693.
- Bhuiyan et al. Evaluation of a skilled birth attendant pilot training program in Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;90:56-60.
- Blake TK. Journaling: an active learning technique. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2005;(Article e7, page 2. (electronic journal)
- Bradshaw A, Merriman C. Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? *Journal of Clinical Nursing* 2008;17 (10):1263-1269.
- Brunt BA. Models, measurement, and strategies in developing critical thinking destrezas. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2005;36(6):255-262.
- Burger JL, Parker K, Cason L, Hauck S, Kaetzel D, O’Nan C et al. Responses to work complexity: the novice to expert effect. *Western Journal of Nursing Research* 2010;32(4):497-510.
- Byrne M Delarose T, King CA, Leske J, Spanas KG, Schroeter K. Continued professional competence and portfolios. *Journal of Trauma Nursing* 2010;14(1):24-31.
- Carlough M, McCall M. Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured? A clinical destrezas assessment of maternal and child health workers in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2005;89:200-208.
- Cleland J, Mackenzie RK, Ross S, Sinclair HK, Lee AJ. A remedial intervention linked to a formative assessment is effective in terms of improving student performance in subsequent degree examinations. *Medical Teacher* 2010; 34(4):e185-190.
- Davis D, Foureur M, Clements V, Brodie P, Herbison P. The self reported confidence of newly graduated midwives before and after their first year of practice in Sydney, Australia. *Women and Birth* 2010;25(3):e1-e10.
- Duffy A. Guided reflection: a discussion of the essential components. *British Journal of Nursing* 2008;18(5):334-339.
- Duncan E, Murray J. The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2012;12:96
- Edwards S. Critical thinking at the bedside: a practical perspective. *British Journal of Nursing* 2003;12(19):1142-1149.
- Finn P. Critical thinking: knowledge and skills for evidence-based practice. *Language, Speech, and Health Services in Schools* 2011;42(1):69-72.
- Freeman LM, Griew K. Enhancing the midwife-woman relationship through shared decision making and clinical guidelines. *Women and Birth* 2007;20(1):11-15.
- Fullerton J, Ghérissi A, Johnson P, Thompson J. Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. *International Journal of Childbirth* 2011;1(1):4-12.
- Gardner L. From novice to expert: Benner’s legacy for nurse education. *Nurse Education Today* 2012;32(4):339-340.
- Glick P. How reliable are surveys of client satisfaction with healthcare services? Evidence from matched facility and household data in Madagascar. *Social Science y Medicine* 2009;68(2):368-379.

Hamilton KE , Coates V, Kelly B, Boore JR, Cundell JH, Gracey J. Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *Journal of Nursing Management* 2007;15(8):773-791.

Harvey, SA, Blandón YC, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L, Rodriguez C, et al. 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(10):783-790.

Hettinga AM, Denessen E, Postma CT. Checking the checklist: a content analysis of expert- and evidence-based case-specific checklist items. *Medical Education* 2010;44(9):874-883.

Jordan R, Farley CL. The confidence to practice midwifery: preceptor influence on student self-efficacy. *Journal of Midwifery y Women's Health* 2008;53(5):413-420.

Lasater K, Nielsen A. Reflective journaling for clinical judgment development and evaluation. *Journal of Nursing Education* 2009;48(1):40-44.

Laschinger S, Medves J, Puling C, McGraw DR, Waytuck B, Harrison MB et al. Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2008;6(3):278-302.

McBrien B. Learning from practice - reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing* 2007;15(3):128-133.

Nichols BL, Davis CR, Richardson DR. An integrative review of global nursing workforce issues. *Annual Review of Nursing Research*. 2010;28:113-132.

Panzarella KJ, Manyon AT. A model for integrated assessment of clinical competence. *Journal of Allied Health* 2007;36(3):157-164.

Paterson KE , Leff EW, Luce MM, Grady MD, Clark EM, Allen ER. From the field: a maternal child health nursing competence validation model. *MCAT. The American Journal of Maternal Child Nursing* 2004,29(4):230-235.

Pelletier D, Diers D. Developing data for practice and management: an Australian educational initiative. *Computers, Informatics, Nursing* 2004;CIN, 22(4):197-202.

Perrier L, Mrklas K, Shepperd S, Dobbins M, McKibbon KA, Straus S. Interventions encouraging the use of systematic reviews in clinical decision-making; A systematic review. *Journal of General Internal Medicine* 2010;26(4):419-426.

Price A. Encouraging reflection and critical thinking in practice. *Nursing Standard* 2004;18(47):46, 52.

Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine* 2012;156:525-531.

Ridell T. Critical assumptions: thinking critically about critical thinking. *The Journal of Nursing Education* 2007;46(3):121-126.

Rhodes ML, Curran C. Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program. *Computers, Informatics, Nursing* 2005;CIN, 23(5):256-262.

Ring N , Malcolm C, Couli A, Murphy-Black T, Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(9):1048-1058.

Saltman DC, Kidd MR, Jackson D, Cleary M. Transportability of tertiary qualifications and CPD: A continuing challenge for the global health workforce. *BMC Medical Education* 2012;12(1):51.

Schultz CM, Mayer V, Kreuzer M, Kochs EF, Schneider G. A tool for immediate and automated assessment of resuscitation skills for a full-scale simulator. *BMC Research Notes* 2011;20(4):550.

Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal* 2009;39(6):389-400.

Scotland GS, Bullough CH. What do doctors think their caseload should be to maintain their skills for delivery care? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2004;87(3):301-307.

Seymour B, Kinn S, Sutherland S. Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing* 2003;42(3):288-296.

Tillett J. Development guidelines and maintaining quality in antenatal care. *Journal of Midwifery y Women's Health* 2009;54(3):238040.

Van der Vieuten CP, Schuwirth LW, Scheele F, Driessen EW, Hodges B. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice y Research. Clinical Obstetrics y Gynaecology* 2010;24(6):703-719.

VAnaki Z, Memarian R. Professional ethics: beyond the clinical competency. *Journal of Professional Nursing* 2009;25(45):285-291.

Verson R, Chiarella M, Papps E. Confidence in competence: legislation and nursing in New Zealand. *International Nursing Review*. 2011;58(1):103-108.

Vincent D, Hastings-Tolsma M, Park J. Down the rabbit hole: examining outcomes of nurse midwifery care. *Journal of Nursing Care Quality* 2004;19(4):361-367.

Walker DS, Visger JM, Levi A. Midwifery data collection: options and opportunities. *Journal of Midwifery y Women's Health* 2008;53(5):421-429.

World Health Organization Education materials for teachers of midwifery: *Midwifery Education Modules*. 2ed Geneva:WHO; 2006.

Figura 8.1: Marco para la adopción de un pensamiento crítico

Piense la siguiente situación...

¿Qué salió según su plan de gestión?

¿Qué asuntos le preocuparon o la hicieron sentir incómoda?

¿Qué hizo usted bien cuando se presentó ese problema o esa dificultad?

¿Qué hubiera hecho de manera diferente que hubiera podido arrojar un resultado diferente?

Si usted hubiera tenido algo más a mano (por ejemplo, una persona, un equipo, un insumo en particular),

¿cómo podría haber cambiado el resultado de esa situación? ¿Cómo le habría ayudado disponer de eso?

Si usted pudiera volver a tomar una decisión, ¿cuál sería esa nueva decisión?

¿Qué diferencia hubiera provocado en el resultado de este caso?

ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

NOTA: Este extracto contiene un número limitado de declaraciones de conocimientos, destrezas y habilidades extraídos del documento *Competencias esenciales para el ejercicio básico de partería* de ICM, que se ofrece solo como un modelo de la herramienta, demostrando las áreas de evaluación y el enfoque utilizado para la medición. Puede acceder a la lista completa de las competencias (versión 2010) como documento esencial en <http://www.internationalmidwives.org>.

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
Competencia #1: Las parteras tienen el conocimiento y las destrezas necesarios de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética que forman la base de una atención apropiada, culturalmente relevante y de alta calidad, de mujeres, recién nacidos y parejas que tienen familia.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Métodos de prevención y control de infecciones apropiados para el servicio que se está brindando.								
Derechos humanos y sus efectos sobre la salud de los individuos (incluye asuntos tales como la violencia doméstica perpetrada por la pareja y mutilación [corte] de los genitales femeninos).								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto	Algo			Mucho
				1	2	3	4	5
Comportamientos profesionales:								
Es responsable y rinde cuentas por las decisiones y acciones clínicas.								
Actúa de forma consistente conforme los valores éticos profesionales y los derechos humanos.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre:								
Uso apropiado de habilidades de comunicación y escucha a través de todos los niveles de su competencia.								
Cumplir con todas las regulaciones locales de registro de nacimientos y defunciones.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia de ICM#2: Las parteras brindan educación sobre la salud de alta calidad y culturalmente sensible, y servicios a todos en la comunidad para promover una vida familiar sana, embarazos planificados y paternidad positiva.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Crecimiento y desarrollo relacionado con la sexualidad, desarrollo sexual y actividad sexual.								

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
Anatomía y fisiología masculina y femenina relacionadas con la concepción y reproducción.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis completa sobre la salud obstétrica/ ginecológica y reproductiva.								
Realizar el examen físico, incluyendo examen clínico de mama, concentrándose en el estado con que se presenta la mujer.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia #3: Las parteras brindan atención prenatal de alta calidad para maximizar la salud durante el embarazo. Incluye la detección temprana y el tratamiento, o la derivación de ciertas complicaciones seleccionadas.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Anatomía y fisiología del cuerpo humano.								
La biología de la reproducción humana, el ciclo menstrual y el proceso de concepción.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis inicial y continuada de cada consulta prenatal.								
Realizar un examen físico y explicar los hallazgos a la mujer.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia #4: Las parteras brindan atención de alta calidad y culturalmente sensible a las mujeres y sus recién nacidos durante el trabajo de parto, conducen un nacimiento limpio y seguro, y manejan ciertas situaciones de emergencia seleccionadas para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprenden sobre...								
Fisiologías de los tres primeros estadios del trabajo de parto.								
Anatomía del cráneo fetal, diámetros críticos y puntos de repère.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis específica y signos vitales maternos en el trabajo de parto.								
Realizar un examen físico concentrándose en el trabajo de parto.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Seguimiento y evaluación del mantenimiento de la competencias para el ejercicio de la partería

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
Competencia #5: Las parteras brindan atención postnatal integral, de alta calidad y culturalmente sensible a las mujeres.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Cambios médicos y emocionales que ocurren después del parto, incluyendo el proceso normal de involución.								
Fisiología y proceso de lactancia y variaciones comunes que incluyen ingurgitación, producción insuficiente de leche, etc.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis selectiva, incluyendo detalles del embarazo, trabajo de parto y nacimiento.								
Realizar un examen físico detallado de la madre.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia #6: Las parteras brindan atención integral, de alta calidad al lactante esencialmente sano desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza de forma segura <i>en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
Principios de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina; por ejemplo, sistema de puntuación Apgar para respiración, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y color.								
Necesidades básicas del recién nacido: vía aérea, abrigo, nutrición, apego.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene la destreza y/o capacidad necesaria para...								
Brindar cuidados inmediatos al recién nacido, incluyendo pinzamiento y corte del cordón, secado, limpieza de la vía aérea y confirmación de que se haya establecido la respiración.								
Promover y mantener la temperatura corporal de un recién nacido normal cubriendo con mantas, gorros, haciendo el control del ambiente, y promoviendo el contacto piel contra piel.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. ANEXO 8.1: Seguimiento de las competencias de partería. Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Competencia			Confianza				
				Autocalificación de confianza en el conocimiento actual O la realización segura de esta tarea				
Conocimiento, destreza o comportamiento profesional (CDC)	<i>No he actualizado mi conocimiento, O No he realizado esta destreza de forma segura en el correr de este último año</i>	He actualizado mi conocimiento, O He realizado esta destreza de forma segura <i>al menos una vez en el correr de este último año</i>	Estoy al día en cuanto a mis conocimientos, O He realizado esta destreza <i>de forma segura en más de una ocasión en el correr de este último año</i>	En absoluto		Algo		Mucho
				1	2	3	4	5
Competencia #7: Las parteras brindan una serie de servicios de atención individualizados, culturalmente sensibles relacionados con el aborto a mujeres que solicitan terminación de su embarazo o que se presentan con pérdida del embarazo, conforme el derecho y las reglamentaciones correspondientes y siguiendo protocolos nacionales.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Políticas, protocolos, leyes y regulaciones vinculadas a los servicios de atención de abortos.								
Factores involucrados en decisiones vinculadas a embarazos no buscados o mal programados.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene la destreza y/o capacidad necesaria para...								
Evaluar el período gestacional preguntando por la FUM, examen bimanual y/o pruebas urinarias de embarazo.								
Instruir y aconsejar a las mujeres (y miembros de la familia, cuando corresponda), sobre la sexualidad y planificación familiar luego de un aborto.								
<i>Siguen otras declaraciones....</i>								

Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería Herramienta de autoevaluación - Extracto

NOTA: Este extracto contiene un número limitado de declaraciones de conocimientos, destrezas y habilidades extraídos del documento *Competencias esenciales para el ejercicio básico de partería* de ICM, que se ofrece solo como un modelo de la herramienta, demostrando las áreas de evaluación y el enfoque utilizado para la medición. Puede acceder a la lista completa de las competencias (versión 2010) como documento esencial en <http://www.internationalmidwives.org>.

Competencias esenciales de ICM	Calificación de la competencia actual realizada por colegas o supervisoras					Base de esta evaluación		
	Conocimientos no actualizados o falta de seguridad en las destrezas				Conocimientos actualizados y seguridad en las destrezas	He hablado sobre este tema con la persona	He observado o asistido al desempeño de esta destreza	He evaluado el desempeño de esta destreza usando una herramienta de evaluación objetiva
	1	2	3	4	5			
Competencia #1: Las parteras tienen el conocimiento y las destrezas necesarios de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética que forman la base de la atención apropiada, culturalmente relevante y de alta calidad de mujeres, recién nacidos y parejas que tienen familia.								
La partera tiene conocimientos y/o comprensión de...								
Métodos de prevención y control de infecciones apropiados para el servicio que se está brindando.								
Derechos humanos y sus efectos sobre la salud de los individuos (incluye asuntos tales como la violencia doméstica perpetrada por la pareja y mutilación [corte] de los genitales femeninos).								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Comportamientos profesionales:								
Es responsable y rinde cuentas por las decisiones y acciones clínicas.								
Actúa según valores y ética profesional.								
<i>Siguen otras declaraciones....</i>								
La partera tiene la destreza y/o capacidad necesaria para...								
Uso de destrezas apropiadas de comunicación y escucha en todos los dominios de competencia.								
Cumplir con todas las reglamentaciones locales de notificación para registro de nacimientos y defunciones.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Calificación de la competencia actual realizada por colegas o supervisoras					Base de esta evaluación		
	Conocimientos no actualizados o falta de seguridad en las destrezas				Conocimientos actualizados y seguridad en las destrezas	He hablado sobre este tema con la persona	He observado o asistido al desempeño de esta destreza	He evaluado el desempeño de esta destreza usando una herramienta de evaluación objetiva
	1	2	3	4	5			
Competencia de ICM#2: Las parteras brindan educación sobre la salud de alta calidad y culturalmente sensible, y servicios a todos en la comunidad para promover una vida familiar sana, embarazos planificados y paternidad positiva.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Crecimiento y desarrollo relacionado con la sexualidad, desarrollo sexual y actividad sexual.								
Anatomía y fisiología masculina y femenina relacionadas con la concepción y reproducción.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis completa sobre la salud obstétrica/ginecológica y reproductiva.								
Realizar el examen físico, incluyendo examen clínico de mama, concentrándose en el estado con que se presenta la mujer.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia #3: Las parteras brindan atención prenatal de alta calidad para maximizar la salud durante el embarazo. Incluye la detección temprana y el tratamiento o la derivación de ciertas complicaciones seleccionadas.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Anatomía y fisiología del cuerpo humano.								
La biología de la reproducción humana, el ciclo menstrual y el proceso de concepción.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis inicial y continuada de cada consulta prenatal.								
Realizar un examen físico y explicar los hallazgos a la mujer.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Calificación de la competencia actual realizada por colegas o supervisoras					Base de esta evaluación		
	Conocimientos no actualizados o falta de seguridad en las destrezas				Conocimientos actualizados y seguridad en las destrezas	He hablado sobre este tema con la persona	He observado o asistido al desempeño de esta destreza	He evaluado el desempeño de esta destreza usando una herramienta de evaluación objetiva
Conocimiento, habilidad o comportamiento profesional (CHC)	1	2	3	4	5			
Competencia #4: Las parteras brindan atención de alta calidad y culturalmente sensible a las mujeres y sus recién nacidos durante el trabajo de parto, conducen un nacimiento limpio y seguro, y manejan ciertas situaciones de emergencia seleccionadas para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Fisiologías de los tres primeros estadios del trabajo de parto.								
Anatomía del cráneo fetal, diámetros críticos y puntos de repère.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis específica y signos vitales maternos en el trabajo de parto.								
Realizar un examen físico de tamizaje en el trabajo de parto.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
COMPETENCIA #5: Las parteras brindan atención postnatal integral, de alta calidad y culturalmente sensible a las mujeres.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Cambios médicos y emocionales que ocurren después del parto, incluyendo el proceso normal de involución.								
Fisiología y proceso de lactancia y variaciones comunes que incluyen ingurgitación, producción insuficiente de leche, etc.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene las destrezas y/o la capacidad para...								
Tomar una anamnesis selectiva, incluyendo detalles del embarazo, trabajo de parto y nacimiento.								
Realizar un examen físico detallado de la madre.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Cont. Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Calificación de la competencia actual realizada por colegas o supervisoras					Base de esta evaluación		
	Conocimientos no actualizados o falta de seguridad en las destrezas				Conocimientos actualizados y seguridad en las destrezas	He hablado sobre este tema con la persona	He observado o asistido al desempeño de esta destreza	He evaluado el desempeño de esta destreza usando una herramienta de evaluación objetiva
Conocimiento, habilidad o comportamiento profesional (CHC)	1	2	3	4	5			
Competencia#6: Las parteras brindan atención integral de alta calidad al lactante esencialmente sano desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Principios de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina; por ejemplo; sistema de puntuación Apgar para respiración, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y color.								
Necesidades básicas del recién nacido: vía aérea, abrigo, nutrición, apego.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
La partera tiene la destreza y/o capacidad necesaria para...								
Brindar cuidados inmediatos al recién nacido, incluyendo pinzamiento y corte del cordón, secado, limpieza de la vía aérea y confirmación de que se haya establecido la respiración.								
Promover y mantener la temperatura corporal de un recién nacido normal cubriendo (con mantas, gorros), haciendo el control del ambiente y promoviendo el contacto piel contra piel.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								
Competencia #7: Las parteras brindan una serie de servicios de atención individualizados, culturalmente sensibles, relacionados con el aborto a mujeres que solicitan terminación de su embarazo o que se presentan con pérdida del embarazo, conforme el derecho y las reglamentaciones correspondientes y siguiendo protocolos nacionales.								
La partera tiene el conocimiento y/o comprensión sobre...								
Políticas, protocolos, leyes y regulaciones vinculadas a los servicios de atención de abortos.								
Factores involucrados en decisiones vinculadas a embarazos no buscados o mal programados								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

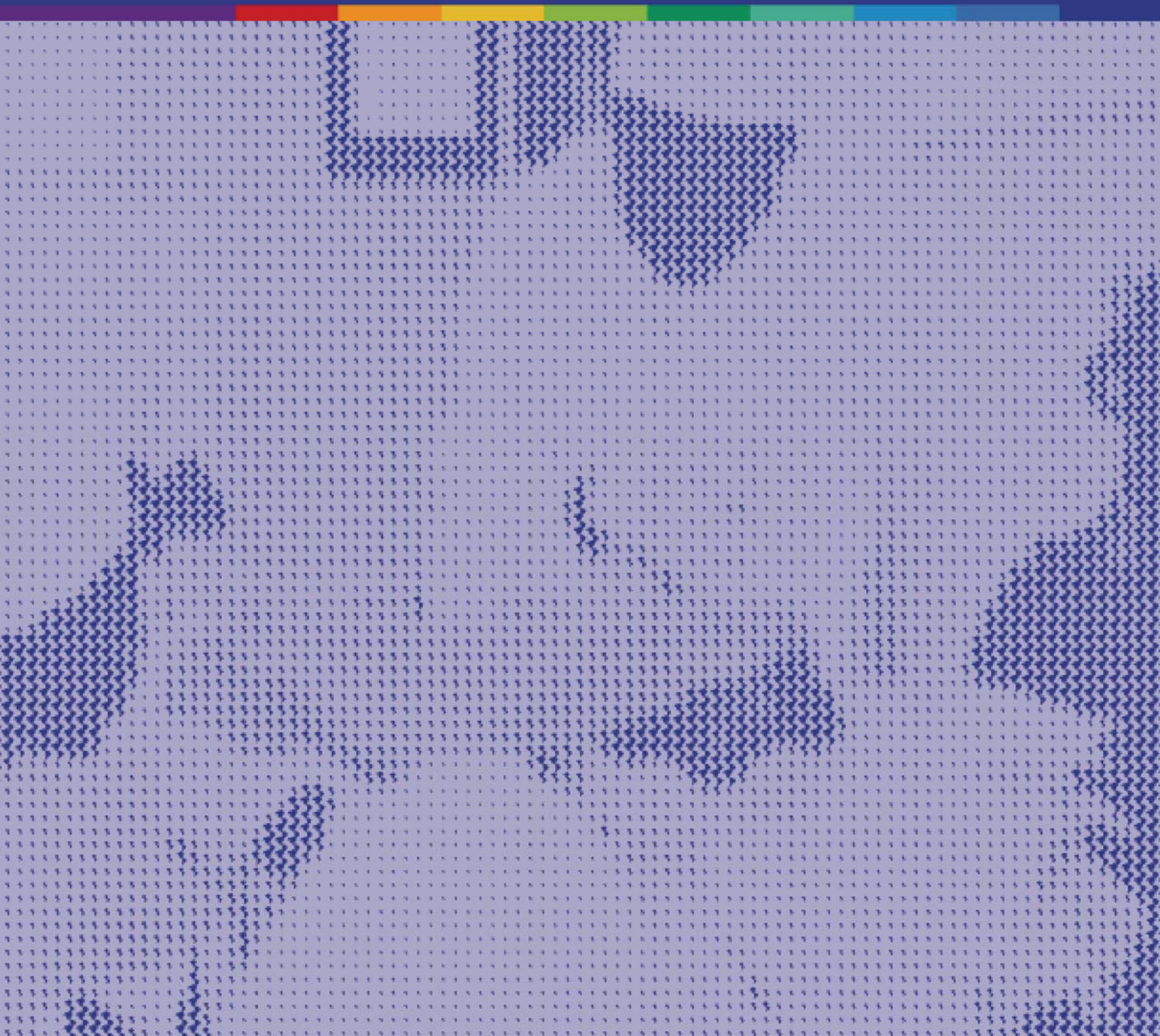
Cont. Anexo 8.2: Seguimiento de las competencias de partería

Herramienta de autoevaluación - Extracto

Competencias esenciales de ICM	Calificación de la competencia actual realizada por colegas o supervisoras					Base de esta evaluación		
	Conocimientos no actualizados o falta de seguridad en las destrezas				Conocimientos actualizados y seguridad en las destrezas	He hablado sobre este tema con la persona	He observado o asistido al desempeño de esta destreza	He evaluado el desempeño de esta destreza usando una herramienta de evaluación objetiva
Conocimiento, habilidad o comportamiento profesional (CHC)	1	2	3	4	5			
La partera tiene la destreza y/o capacidad necesaria para...								
Evaluar el período gestacional preguntando por la FUM, examen bimanual y/o pruebas urinarias de embarazo.								
Instruir y aconsejar a las mujeres (y miembros de la familia, cuando corresponda) sobre la sexualidad y planificación familiar luego de un aborto.								
<i>Siguen otras declaraciones...</i>								

Módulo 9

Desarrollo de la capacidad de partería para la promoción de la salud materna y neonatal



9.1 Introducción

Las parteras y la partería como profesión¹ han hecho enormes aportes al mejoramiento de la salud de mujeres y recién nacidos, particularmente en el período del embarazo y el parto. Ese aporte puede verse ya en relatos anecdóticos, transmitidos de generación en generación, y en la literatura de la que se tiene registro a lo largo del tiempo. En la literatura basada en la evidencia publicada más recientemente, que muestra los resultados de la tendencia histórica, con comparaciones de estudios de casos y ensayos experimentales conducidos en regiones geográficas y países sumamente diversos, queda de manifiesto la confirmación válida y confiable de esa contribución. El acúmulo de esa convincente evidencia ha llevado a recomendar a los países que desarrollen políticas y estrategias que promuevan la presencia de asistentes calificados en todos los partos (OMS y UNICEF, 2010). Se considera que las parteras se encuentran entre los cuadros de profesionales que hay que incluir en todas las estrategias de los países destinadas a aumentar la atención calificada (OMS, 2006a; Gupta et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también reconoce que, a diferentes niveles del sistema de salud, todos los asistentes calificados tienen que funcionar en colaboración con otros profesionales y trabajadores de la salud que ofrecen diversos servicios en las dependencias de salud y en la comunidad.

Dicha colaboración ayudará a cubrir toda la gama de cuidados que puedan necesitar las mujeres y/o sus recién nacidos, asegurando así una atención ininterrumpida. No obstante, la colaboración debe basarse en un respeto mutuo y reconocimiento de los aportes específicos al continuo de cuidados que hace cada uno de los involucrados.

Fuente: OMS/ ICM/FIGO 2004

La profesión de partería ha sido reconocida y afirmada por muchos países como una estrategia primaria para la promoción de los servicios de maternidad segura. Otros países, mientras tanto, siguen deliberando sobre el papel de la partera dentro del sistema de salud, discutiendo particularmente el papel de las parteras como profesionales autónomas, y la implicación de esa situación con respecto a los requisitos para la supervisión de su trabajo, los escenarios en los que se pueden brindar los cuidados de partería y la elegibilidad para el reembolso financiero directo por sus servicios (Nightingale, 2010; O'Brien et al., 2010; Skär, 2010). La partería sigue surgiendo como una profesión en muchos países en los que la atención del parto ha sido brindada por una amplia variedad de trabajadores, cuyos roles han evolucionado con el tiempo, en respuesta a la tradición, a las circunstancias o a las necesidades que se hayan identificado. Estas trabajadoras tradicionales comparten algunos elementos del conjunto de conocimientos, destrezas y habilidades (CDH) que caracterizan el campo de aplicación de la partería.

Este módulo de la Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas reconoce que no todos los países tienen la capacidad necesaria para preparar parteras profesionales inmediatamente y entonces sugiere algunas estrategias provisionarias para conducir/construir capacidades para ofrecer asistencia calificada en los partos, mientras arman la profesión de partería. Los países necesitan tener políticas adaptadas según una evaluación constante de los recursos humanos en salud, y los mecanismos de regulación que les permitan realizar modificaciones en el perfil del personal de salud que se identifican a través de estas evaluaciones (ver Módulo 2). Estas evaluaciones deberían incluir el uso de los indicadores de planificación del personal de salud que aborden tanto la dotación de personal general como las necesidades específicas de proveedores calificados para ofrecer atención materno neonatal e infantil (OMS, 2009; 2010a). Los países también tienen la imperiosa obligación de recabar evidencia de los resultados que se obtienen con los servicios de salud que ofrecen y evaluar la incidencia de estos servicios sobre la salud y el bienestar de mujeres, lactantes, familias y comunidad.

¹ Es sabido que en muchos países se considera al término partería como el apelativo para designar una ocupación, y recién últimamente está comenzando a surgir como una profesión autónoma. Sin embargo, a lo largo de este módulo se hace referencia a la partería como una profesión, ya que ese es el objetivo al que deberían apuntar los países al desarrollar su dotación de parteras.

9.2 Estrategias basadas en mejorar la incidencia de los prestadores comunitarios

Las parteras tradicionales (PT, o por sus siglas en inglés TBA, asistentes de partos tradicionales) tienen una larga trayectoria como asistentes de partos en muchas comunidades de países en desarrollo, aunque en la actualidad no son (ni nunca han sido) consideradas como asistentes calificadas para la atención de partos. La proporción de nacimientos asistidos por profesionales calificados varía mucho según el país (OMS, 2006b; OMS y UNICEF, 2010), y cabe suponer que en muchas instancias las PT y los miembros de la familia llenarán esa laguna en los servicios. Los trabajadores de la salud comunitarios son de más reciente aparición y ejercen un rol complementario al de las PT o al de los asistentes calificados, para brindar servicios de apoyo a mujeres embarazadas o parturientas y a sus recién nacidos. A nivel general se reconoce que estas profesionales de la salud comunitaria pueden contribuir de forma positiva a la atención de la madre y el recién nacido (Darmstadt y col., 2005; Armed y Jakaria, 2009; Darmstadt y col., 2009; Prata et al., 2011). Aun así, sigue habiendo importantes vacíos de evidencia que muestre la utilidad o la relación costo/beneficio de invertir en estos cuadros para mejorar sus destrezas hasta el nivel de un asistente de partos calificado. Sin embargo de lo que sí hay fuertes evidencias es de que, al promover la colaboración y la alianza entre las asistentes de partos tradicionales comunitarias, los asistentes de partos calificados comunitarios y los centros de derivación, se amplía el espectro de servicios que se puede ofrecer a las mujeres y sus familias, aumenta su acceso a los servicios de salud y se promueve la derivación a centros de mayor complejidad (Bhutta et al., 2009).

9.2.1 - Trabajo conjunto entre las PT y otros trabajadores de la salud comunitarios - una estrategia de apoyo

La evidencia disponible sugiere que la formación de PT por sí solo no se justifica como una estrategia nacional independiente (Campbell et al., 2006) que conduzca al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, esta evidencia también muestra que hay un beneficio al fomentar la colaboración y la asociación con las parteras tradicionales para promover la maternidad sin riesgo.

Con el paso de los años, en muchos países se han ido ampliando muchos servicios, capacitando a las PT para mejorar su nivel, promover sus habilidades en el reconocimiento y el manejo de las complicaciones del parto y el uso de prácticas más seguras (Foster y col., 2004; Alako y Daniel, 2007; Salako y Daniel, 2007; Garcés, 2012; Rowen, Prata y Passano, 2011; Miller et al., 2012). Un metaanálisis de 60 estudios que investigaron la efectividad de la capacitación de las PT confirmó la asociación de esta capacitación con la mejora observada en ciertas prácticas de cuidados intraparto, postnatales y del recién nacido (por ejemplo: técnica de parto limpia, cuidado del cordón, manejo de la asfixia neonatal, amamantamiento temprano) (Sibley y Sipe, 2004; Sibley, Sipe y Koblinsky, 2004). Paralelamente, hay buena documentación que muestra que la simple capacitación de las PT para aumentar su eficacia al desempeñar su rol tradicional, pero sin vincularlas efectivamente al sistema de derivación comunitario, constituye un factor crítico que afecta negativamente la relación entre la capacitación de las PT y la reducción del índice de mortalidad materna (Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Neonatal, 2008).

Una serie de estudios incluidos en el metaanálisis, o realizados posteriormente, indican que las cifras de derivación para partos institucionales no necesariamente aumentan luego de adiestrar a las PT. Este hallazgo fue atribuido a una serie de factores, entre los que se incluye por un lado la resistencia familiar a que se derive a la mujer por

razones personales, culturales o financieras, y por otro la reticencia de la PT a ser percibida como incapaz de manejar determinadas situaciones. Otros estudios, empero, arribaron a hallazgos opuestos y positivos, demostrando que era más probable que las PT adiestradas reconocieran más las complicaciones y dispusieran de más derivaciones oportuna y eficazmente a centros de atención más complejos que las PT no adiestradas. El apoyo continuo y la supervisión de estas PT luego de su adiestramiento fueron factores clave para sostener en ellas los patrones de educación más eficaces (Bisika, 2008; Ahmed et al., 2009; Lee et al, 2009).

De esto se desprende que, ante la ausencia de una demostración consistente del impacto de una capacitación bien intencionada de las PT sobre la reducción de la mortalidad materna (Ray y Salihu, 2004; Darmstadt et al., 2009), se han reducido los esfuerzos por capacitar a las PT, dando un mayor énfasis a la asistencia calificada del parto.

Asimismo, si los países se confían en las estrategias de servicios y adiestramiento de las PT, pueden demorar el desarrollo de las iniciativas destinadas a formar más cuadros profesionales de asistentes de partos. Sin embargo, la evidencia existente sugiere que en los países en donde hay una elevada cobertura de parteras profesionales, entrenar a las PT cómo realizar intervenciones clave basadas en la evidencia antes de la derivación es un aporte de escaso valor para un parto seguro y constituye una estrategia de apoyo para propósitos limitados (Sibley y Sipe, 2006; Byrne y Morgan, 2011).

9.2.2 - Asistentes de partos con destrezas de partería - una estrategia intermedia

El Módulo 4 de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* hace referencia a toda la gama de competencias básicas que se espera de una partera plenamente calificada que sepa dar servicios integrales a las mujeres en el proceso de procreación, sus recién nacidos y familias. El Módulo 8 ofrece un enfoque para seleccionar subgrupos de las listas de conocimiento, destrezas y habilidades (CDH). Este enfoque puede ser de utilidad para aquellos países primariamente interesados en promover la asistencia de parto calificada (según la definición de la OMS), pero que necesitan un tiempo más prolongado para armar un cuadro de parteras profesionales adiestradas como para tener una capacidad plena y que cubra todo el espectro de competencias profesionales. A los países les puede resultar útil identificar, de entre toda la lista de competencias elaborada por la ICM en sus declaraciones, aquellas destrezas clínicas dirigidas a las situaciones más comúnmente observadas en el parto y que constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país en cuestión (“servicio específico para un determinado contexto”) (Costello y col., 2006). Este subgrupo de competencias representaría aquellas que son más cruciales para el bienestar de la mujer y el recién nacido en el momento del parto (es decir, destrezas que salvan vidas, o procedimientos de urgencia).

Podrían entonces elaborarse programas y educarse docentes que enseñen en el marco de esos programas de capacitación abreviados, más acotados. Como guía para la elaboración de los programas y la preparación de los docentes, se utilizarían los principios educativos sólidos delineados en los Módulos 5 y 6 de esta *Caja de herramientas*. El pensamiento crítico sería una de las principales habilidades a promover entre las estudiantes.

Algunas variaciones de esta estrategia ya han sido modeladas en muchas instancias internacionales. Ejemplos de ello son Bangladesh (Bhuiyan y col., 2005; Ahmed y Jakaria, 2009), China (Edwards y Roelofs, 2006) y México (Cragin y col., 2007). Entre los títulos asignados a quien se gradúa del programa se incluyen algunos genéricos, como “asistente calificado para el parto” o “partera”. Los informes de estos programas publicados hasta la fecha indican que

hay una amplia variación del contenido, de los resultados esperados de la educación (competencias) y la duración de la misma. Estas variaciones son un escollo a la hora de extraer enseñanzas comunes sobre los resultados de la estrategia para valorar la efectividad del enfoque (Adegoke et al., 2012). Los críticos alertan sobre que:

- Gran parte de estos trabajadores tendrían que recibir educación para poder incidir sustancialmente en la creciente proporción de partos asistidos por personal calificado. Esto sería oneroso y podría obstaculizar la capacidad de los gobiernos de financiar la formación de cuadros de asistentes de partos profesionales (Wirth, 2008; Fauveau, Sherratt y de Bemis, 2008);
- el nivel de las estudiantes puede mostrar amplias variaciones, tanto desde el punto de vista académico como en su capacidad para participar en el pensamiento crítico (Kruk, Prescott y Galea, 2007). Estos factores pueden provocar que estas estudiantes se retiren o sean expulsadas de estos programas de educación. Estos factores podrían no servir al propósito de armar un cuadro provisorio de asistentes de parto o una cohorte de aspirantes a parteras;
- es posible que quienes egresen de estos programas educativos no tengan suficientes oportunidades de adquirir destrezas durante su capacitación, lo que requerirá programas de supervisión muy diligentes y apoyo en el lugar de trabajo, elementos que son de por sí muy demandantes de recursos y costosos (Fauveau, 2006).

A los países que estén considerando desarrollar estos nuevos cuadros de asistencia calificados les convendría trabajar en colaboración con la asociación local de parteras y con la Confederación Internacional de Parteras (Chamberlain y col., 2003), al considerar temas como el campo de aplicación del ejercicio, el contenido de los programas de estudios, estrategias de supervisión, enfoques regulatorios y normas de la práctica. En los Módulos 2, 4, 5 y 7 de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* se presentan pautas para cada uno de esos asuntos. La egresada de este tipo de programa no estaría plenamente preparada como partera según los estándares de educación, y carecería de las competencias esenciales delineadas por la ICM (2010) (Ver Módulo 4). Sin embargo, la egresada de este programa más acotado habría adquirido una base limitada de conocimientos y destrezas relacionada con (como mínimo) los períodos intraparto y neonatal. Eso les serviría de base para sus futuros estudios y podría llevar a su eventual habilitación como partera, cuando las circunstancias individuales o nacionales hagan posible su avance profesional.

Al diseñar y ejecutar este tipo de programa de capacitación, los países que siguen los principios y las directrices que se presentan en esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* contribuirían también al desarrollo y despliegue de un cuadro más uniforme de asistentes de partos no parteras, “capacitadas” o “calificadas”, *siempre y cuando* estas personas reciban una *educación que asegure idoneidad* en sus tareas (la definición de asistente de parto calificado –APC– de la OMS). La idoneidad puede –y debe– validarse externamente, y en eso no pueden hacerse concesiones. Esto, a su vez, permitirá aplicar enfoques de investigación válidos y confiables que generarían evidencias en cuanto al resultado y el impacto de esta estrategia provisoria.

9.2.3 - Promoción de alianzas - una estrategia para el mejoramiento

Entre las recomendaciones recientes para la capacitación de asistentes de partos que trabajen en áreas con grandes carencias de prestadores de servicios obstétricos, se incluyen la capacitación de “asistentes de parteras”

para atender los partos, pero también para servir de auxiliares de las parteras comunitarias y como enlace con las parteras que ejercen en dependencias de salud. La promoción de colaboración y alianzas en la práctica entre las PT locales indígenas o PT adiestradas, trabajadoras comunitarias, o el nuevo cuadro de parteras comunitarias y los profesionales calificados para la atención, tendrían un propósito útil en todos los países donde estos cuadros de prestadores de servicios constituyen una presencia viable en las comunidades (Högberg, 2010). No se pueden ignorar los importantes roles culturales y sociales que juegan las parteras tradicionales en la comunidad. Muchas mujeres (particularmente en las áreas rurales) siguen buscando los servicios de estas parteras tradicionales, incluso cuando en el lugar se disponga de servicios profesionales (Paul y Rumsey, 2002; Mayhew y col., 2008; Do, 2009; Montagu et al., 2012).

Es posible que las asistentes calificadas no sean plenamente conscientes de la cantidad o el tipo de parteras comunitarias que ejercen en su zona geográfica, o del tipo y la profundidad de la capacitación que pueden haber recibido. Puede haber prejuicios personales que interfieran en la promoción de un clima abierto y receptivo entre las parteras tradicionales, alternativas y calificadas (Dietsch, 2010). Todo eso puede tener un efecto negativo sobre la disposición de las parteras comunitarias a derivar mujeres y familias a otros profesionales y a centros de atención más compleja cuando sea necesario. El beneficio potencial de ampliar la dotación de trabajadores (por ejemplo: extensión comunitaria, asistencia útil) podría perderse si no se logra incorporar los servicios que ofrecen estos cuadros adicionales al sistema de atención y de derivación.

9.3 Fortalecimiento de los servicios de partería profesional

9.3.1 - Promoción del concepto de partera comunitaria

El anexo de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* presenta un currículo para la formación de parteras diseñado de modo de maximizar la oportunidad de adquirir el conocimiento y las destrezas prácticas de la partería dentro de escenarios comunitarios rurales o urbanos.

La educación comunitaria ofrece acceso educativo a aquellos individuos que estén interesados por la profesión, pero que no pueden salir de su localidad por circunstancias tales como obligaciones familiares o limitaciones culturales.

La educación comunitaria es una estrategia muy apropiada para los países que tienen que aumentar la cobertura de los partos asistidos en ciertas áreas geográficas. Ya se ha hecho mención a las dificultades que enfrentan los países cuando tratan de desplegar y retener a las parteras en ubicaciones geográficas poco atractivas o en comunidades alejadas de sus propias redes familiares y sociales (Van Wagner y col., 2007). Asimismo, tal vez sea difícil reclutar estudiantes que ya residan en esas comunidades con carencias de parteras para que abracen la profesión, si para ello tienen que abandonar sus redes de apoyo para estudiar en lugares más céntricos. Entre esas posibles estudiantes se encuentran las parteras tradicionales comunitarias (PT) y otros trabajadores de la salud de la comunidad que ya cuentan con el nivel de educación requerido y el potencial personal como para ser parteras, además del interés por la partería.

Es más probable que la educación comunitaria refleje los valores culturales y las tradiciones de esa comunidad; por ende, las comunidades son más propensas a aceptar a las egresadas de ese tipo de programas como prestadoras de cuidados y confiarles el manejo de su salud. Las mismas egresadas de esos programas comunitarios tienen mayor probabilidad de quedarse en sus comunidades de origen (Mansoor, Hill y Barss, 2011).

Quienes atiendan partos y brinden cuidados maternos deben gozar de la confianza y el respeto de la comunidad. Las parteras que vengan de otras zonas tendrán que adaptarse a las costumbres locales. Si la partera no habla la lengua local, no permite a las parturientas adoptar las posiciones tradicionales para el parto o no respeta los rituales del parto o la privacidad, serán pocas las mujeres locales que busquen sus servicios. Si se llenan esos puestos entonces con “forasteras”, se podría terminar por ahuyentar de los servicios de salud precisamente a las mujeres con mayor riesgo. La sensibilidad cultural y la habilidad de hacer que los otros la busquen para los cuidados y sigan sus consejos puede ser tan importante como la destreza técnica para incidir positivamente sobre la salud materna.

Fuente: Walraven y Weeks, 1999

Sin embargo, los países que enfatizan en esta estrategia deben desarrollar otras estrategias concomitantes para apoyar a la partera profesional que ejerce en medios en los que pueda ser más difícil recibir una supervisión de apoyo a su trabajo, y donde tal vez sus oportunidades de desarrollo profesional sean limitadas (ver sección 4.1 y Módulo 7).

9.3.2 - Mejora de las destrezas del personal auxiliar de enfermería

Algunos países integran estudios de “enfermería de maternidad” dentro del programa de estudios de enfermería, brindando a todas las egresadas de enfermería ciertos conocimientos básicos y destrezas para el cuidado de las embarazadas y los recién nacidos. Otros países extraen ese contenido y ofrecen un curso de estudios opcional para quienes quieran convertirse en parteras calificadas, en tanto otros capacitan a todas sus enfermeras como para que se puedan desempeñar como parteras al finalizar los cursos de estudio de enfermería.

Los programas de estudios de partería presentados en el anexo de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* están diseñados para dar cabida a una vía de estudios para aquellos individuos que ingresen directamente a la profesión de partería y otra vía para quienes estudian partería como segunda profesión (por ejemplo: además de su preparación en enfermería). Los países que necesiten incrementar su dotación de asistentes calificados deberían examinar sus actuales patrones de formación de enfermeras y el contenido materno/neonatal que incluyen esos programas. Quizás alcanzaría una inversión de recursos relativamente modesta para brindar los insumos adicionales necesarios para la formación de los actuales integrantes del cuadro de enfermería (por ejemplo: auxiliares de enfermería, enfermeras matriculadas) para así elevar su nivel, dándoles una calificación acreditada de parteras.

9.4 Retención de la dotación existente de parteras

Es esencial incluir estrategias diseñadas para ampliar, mejorar y expandir el impacto de la dotación de parteras para armar un cuadro suficiente de asistentes de partos calificados. También se necesitan estrategias para retener a las parteras ya calificadas dentro de ese cuadro existente. Entre los retos que hay que vencer para retenerlas se incluyen aquellos factores que afectan la satisfacción con el ambiente de trabajo y la satisfacción de haber elegido la partería como profesión. Este último factor está cobrando una mayor importancia en muchos países a medida que crece la movilidad dentro de una misma carrera y entre las diferentes carreras.

9.4.1 - Apoyo del ejercicio de la partería en contexto

Las deliberaciones de los últimos tiempos sobre las estrategias para promover la maternidad segura se han concentrado en las ventajas de que el parto tenga lugar en los diversos niveles y tipos de dependencias de salud (incluyendo las ubicadas en la comunidad) (Hodnett y col., 2010) y eso ha apoyado a una recomendación clave que apunta a que los partos institucionales cuenten con parteras como las principales prestadoras, con el apoyo de otros asistentes que trabajen con ellas como equipo (Campbell y col., 2006). Empero, la situación actual y la que se avizora en un futuro cercano en muchos países es que es posible que las parteras tengan que trabajar solas, a menudo aisladas en emplazamientos rurales, con pocas oportunidades de recibir asistencia que las ayude a cubrir la totalidad de los deberes de una partera (por ejemplo: cuidados preparto, educación de las clientes además de tener que atender partos a cualquier hora del día o cualquier día de la semana).

La partera que trabaja en una institución de salud no está necesariamente en una mejor situación. La falta de personal ha sido identificada como uno de los principales factores responsables de la mala calidad de los cuidados de partería. La escasez de personal en las instituciones lleva a veces a asignar parteras a otras tareas dentro de la institución, donde tienen pocas oportunidades de aplicar sus destrezas de partería (a menudo provocando la pérdida de sus destrezas) (Scotland y Bullough, 2004; Fullerton et al., 2010), y es habitual asignarles múltiples deberes y tareas que compiten con la partería (por ejemplo: funciones administrativas y clericales) y no tienen ninguna relación con la práctica profesional (McKenna y col., 2002).

Los Módulos 7 y 8 de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* proponen una serie de estrategias que se podrían usar para ampliar los programas de apoyo entre colegas, la consulta y la supervisión de apoyo a las parteras que trabajan en estas situaciones y en esos medios, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados de partería, y en el interés de promover y mejorar la satisfacción de la partera con su trabajo (Moseley, Jeffers y Paterson, 2008; Chhea, Warren y Manderson, 2010; Flinkman, Leino-Kirpi y Salanterä, 2010; Sullivan, Lock y Homer, 2011). Todas las parteras, independientemente de dónde trabajen, pueden beneficiarse de recibir educación continua sobre cómo mejorar sus destrezas y familiarizarse con prácticas basadas en la evidencia que van surgiendo (incluyendo la adquisición o reafirmación de competencia en destrezas críticas que salven vidas). Asimismo, todas las parteras pueden aprovechar la oportunidad de conversar con sus colegas, intercambiando experiencias, recibiendo sus opiniones, su aliento y apoyo. Las parteras pueden planificar maneras de colaborar juntas, hallando sus propias oportunidades y soluciones a los problemas específicos a la situación de su país. Por ejemplo, las parteras de Indonesia crearon un programa de pasantías rotatorias en hospitales provinciales y centros docentes para las parteras de esas dependencias o de aldeas pequeñas, combinado con un programa estructurado de revisión por pares y educación continua. Ese programa tuvo gran éxito en retener a las parteras dentro de la profesión (Walker y col., 2002).

Los países también necesitan desarrollar políticas de retención del personal de salud que se correspondan con las carreras en los servicios de salud disponibles en el país. Estas políticas abordarían las oportunidades y los incentivos (por ejemplo, la educación, la compensación financiera) que se ofrecerían a los trabajadores de salud que deciden permanecer en servicio en su país (OMS, 2010b).

9.4.2 - Reintegro al cuadro laboral de la partería

Los países que han instalado sistemas de registro de parteras tienen una manera de identificar a las parteras que voluntariamente han dejado vencer su habilitación para ejercer, y a las parteras cuya licencia a término ha vencido, pero que están en buenas condiciones de desempeño al final de su período. Estas parteras representan una fuente de trabajadoras calificadas ya entrenadas, a las que se podría alentar a volver al ejercicio activo (Stergiou-Kita y col., 2010; Abimbola et al., 2012). Hay dos informes de Australia que ofrecen modelos de programas de reintegración que fueron elaborados para colmar las necesidades de estas parteras. Uno de los programas (Bullen, 2003) fue diseñado específicamente para parteras que en ese momento se estaban desempeñando como enfermeras, pero que habían elegido trabajar en otras áreas de la práctica clínica. Su nivel de manejo de la partería había disminuido por falta de experiencia clínica. La re-inmersión se enfocó en destrezas prácticas de partería y habilidades para salvar vidas, promoviendo su competencia y confianza en sí mismas para que volvieran a sus tareas de partería. Un segundo programa de capacitación hacía hincapié en el mejoramiento de las destrezas, seguido de una descripción del trabajo de partería que otorgaba horarios laborales flexibles a las parteras con responsabilidades familiares y altos niveles de apoyo clínico para las parteras en ejercicio (Flowers, 2004).

9.4.3 - Enlentecimiento del ritmo de la migración internacional

Muchos países se enfrentan al desafío de estar perdiendo parteras en ejercicio, quienes optan por irse a ejercer en otro país (Anderson y Issacs, 2007; Kingma, 2008). Son muchos los factores que “atraen a la partera y la alejan” para pasar de un medio al otro. Los países que quieren alentar a las parteras a quedarse, tienen que buscar opciones que apoyen mejoras en su situación económica y social, como mejoras de salarios, condiciones de trabajo, horarios de trabajo y seguridad del ambiente laboral, para mitigar los factores que las llevan a trabajar al exterior (Buchan y Sochalski 2004; Stilwell y col., 2004; McElmurry y col., 2006; Dovlo, 2007; Thupayagale-Tshweneagae, 2007; Henderson y Tulloch, 2008; McAuliffe y col., 2009). Igualmente importantes son los incentivos para quedarse a trabajar en el país de origen, como por ejemplo, la oportunidad de ascensos en el escalafón (Thomas, 2006; Whitter et al., 2011; Campbell, McAllister y Eley, 2012).

La autonomía en la práctica es otro factor que merece una cuidadosa consideración cuando los países arman su dotación de asistentes calificados. El grado de respeto que se le da a una partera en concreto y la estima con que se mira la profesión en general están muy estrechamente ligados a la satisfacción laboral.

Los países que reciben parteras del exterior tienen la imperiosa obligación de asegurarse de que esas parteras están realmente calificadas para ejercer, como las nacionales. Es esencial contar con sistemas efectivos de tamizaje, evaluación y registro de parteras con calificación internacional, ya que son fundamentales para garantizar que estas profesionales cumplen con normas profesionales equivalentes (Ver los Módulos 2 y 3) (Bieski, 2007; Bourgeault, Neiterman y Lebrun, 2011). La asociación de parteras del país receptor debe jugar un papel esencial al desarrollar los mecanismos que acrediten a estas personas para que se reconozca su título (“homologación”) y al definir si son elegibles para ejercer en ese nuevo país.

Los sistemas de salud en los que se integran estas parteras también se deben asegurar que estas profesionales reciban supervisión de apoyo durante el período de transición. Hay tres áreas que tienen una importancia crucial: conocimiento y destrezas (Módulo 4), criterio clínico y dominio del idioma (Watts y col., 2005; Kingma, 2006). Se espera que todas las personas que ejercen bajo una definición similar de la profesión de partera cumplan con los mismos estándares comunes de la práctica profesional (Módulos 2, 3, 4 y 8).

9.5 Creación o fortalecimiento de la asociación profesional de parteras

Una de las premisas planteadas en el Documento de Antecedentes de esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas* (Módulo 1) es que las parteras tienen que participar activamente en todas las deliberaciones que afecten su profesión. Esto incluye la tarea de defensa y promoción del desarrollo de estrategias nacionales de salud en todos los países que asignen a parteras y médicos roles complementarios en la atención de la maternidad, así como una igual participación en la elaboración de las políticas de salud pública (Hogberg, 2004).

Los países que están promoviendo la capacidad de las parteras como cuadros calificados podrían ganar mucho si trabajaran en activa colaboración con la Confederación Internacional de Parteras. La ICM puede servir como un recurso válido para los países a la hora de deliberar la larga lista de temas con múltiples aristas que son fundamentales para elevar la partería al nivel de una profesión, equivalente a sus colegas profesionales internacionales en cuanto a su prominencia y respeto. La colaboración de la ICM se aplicaría en ambos sentidos: desde una perspectiva “descendente” global y profesional, y desde una perspectiva “ascendente” personal y en el lugar de trabajo de las parteras en ejercicio (Lynch, 2002).

La ICM trabajaría con representantes de la comunidad de parteras a nivel nacional, para ampliar la familiarización con el tema de los funcionarios de gobierno responsables de diseñar las políticas de salud, mostrándoles cómo se puede ayudar al desarrollo de la profesión de partería a nivel del país, siguiendo normas y pautas ya establecidas a nivel internacional. La ICM daría asesoramiento a los grupos o coaliciones de parteras en el país, para ayudarlas a establecer lazos y vínculos comunes con otras asociaciones de parteras del mismo país, de quienes podrían recibir asistencia muy práctica, orientación y apoyo (Thompson, 2001; Zuyderduin, Obuni y McQuide, 2010).

Donde sea necesario, la ICM puede ayudar a las parteras a establecer una asociación profesional que eleve su voz para que llegue a los responsables de definir las políticas. La ICM podría dar apoyo a los países para que estos fortalezcan las destrezas de los dirigentes de las asociaciones nacionales ya existentes, a fin de que la voz de las parteras se pueda oír con más claridad. Anexo a este módulo se presenta una lista de verificaciones para valorar la situación de las asociaciones de partería, con el objetivo de identificar sus capacidades organizativas que pudieran beneficiarse de un crecimiento y desarrollo estratégicos.

Igualmente, los países se pueden beneficiar si aprovechan todos los recursos que pone a su disposición la Organización Mundial de la Salud. La Confederación Internacional de Parteras (ICM) y la OMS actúan en estrecha colaboración y buscan un cronograma de trabajo común en pos de una maternidad segura (Phumaphi, 2005). La OMS ha elaborado una rica biblioteca educativa con material clínico y referente a políticas, que amplía y complementa la información presentada en esta *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas*.

9.6 Referencias

- Abimbola S, Okuli U, Olubajo O, Abdullahi MJ, Pate MA. The midwives service scheme in Nigeria. *Plos Medicine* 2012; 9(5):e1001211.
- Adegoke A, Utz B, Msuya S, van den Broek N. Skilled birth attendants: Who is Who?: a descriptive study of definitions and roles from nine sub-Saharan African countries. *PLoS One*. 2012;7(7):e40220. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040220> [Acceso 13 de marzo de 2013]
- Ahmed SM, Hossain MA, Chowdhury MR. Informal sector providers in Bangladesh: how equipped are they to provide rational health care? *Health Policy Plan* 2009; 24(6):467-478.
- Ahmed T, Jakaria SM. Community-based skilled birth attendants in Bangladesh: attending deliveries at home. *Reproductive Health Matters* 2009;17(33):45-50.
- Anderson BA, Issacs AA. Simply not there: the impact of international migration of nurses and midwives -perspectives from Guyana. *J Midwifery Womens Health* 2007; 53(4):392-397.
- Bhuiyan AB, Mukherjee S, Acharya S, Haider SJ, Begum F. Evaluation of a skilled birth attendant pilot training program in Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 90:56-60.
- Bhutta ZA, Darmstadt GL, Haws RA, Yakoob MY, Lawn JE. Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths" improving service supply and community demand. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9 Suppl 1: S7.
- Bieski T Foreign-educated nurses: an overview of migration and credentialing issues. *Nursing Economics* 2007; 25(1):20-23, 34.
- Bisika T. The effectiveness of the PT program in reducing maternal mortality and morbidity in Malawi. *East African J Public Health* 2008; 5(2):103-110.
- Bourgeault IL, Neiterman E, Lebrun J. Midwives on the move: comparing the requirements for practice and integration contexts for internationally educated midwives in Canada with the U.S., U.K. and Australia. *Midwifery* 2011; 27(3):368-375.
- Buchan J, Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. *Bull World Health Org* 2004; 82(8):587-594.
- Bullen M. Overcoming the undersupply: supporting midwives' return to practice. *Australian J Midwifery* 2003; 16(4):14-17.
- Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368:1284-99.
- Campbell N, McAllister L, Eley D. The influence of motivation in recruitment and retention of rural and remote allied health professionals: a literature review. *Rural Remote Health* 2012;12(2):1900.
- Chamberlain J , McDonah R, Lalonde A, Arulkumaran S. The role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83(1):94-102.
- Chhea C, Warren N, Manderson L. Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia. *Rural Remote Health* 2010; 10(3):1391.
- Costello A, Azad K, Barnett S. An alternative strategy to reduce maternal mortality. *Lancet* 2006; 368(9546):1477-1479.
- Cragin L, DeMaria LM, Campero L, Walker DM. Educating skilled birth attendants in Mexico: do the curricula meet International Confederation of Midwives standards?. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):50-60.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Walker AT, de Bernis L. for the Lancet Neonatal Survival Steering Team . Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:9778-988.
- Darmstadt GL, Lee AC, Cousens S, Sibley L, Bhutta ZA, Donnay R. 60 million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107(Suppl 1): S89-112.
- Dietsch E. The experience of being a traditional midwife: relationships with skilled birth attendants. *Rural Remote Health* 2010;10(3):1481.

- Do M. Utilization of skilled birth attendants in public and private sectors in Vietnam. *J Biosocial Sciences* 2009; 41(3):289-308.
- Dovlo D. Migration of nurses from sub-Saharan Africa: a review of issues and challenges. *Health Services Res* 2007; 42 (3 Pat 2):1373-1388.
- Edwards NC, Roelofs SM. Sustainability: the elusive dimension of international health projects. *Can J Public Health* 2006; 97(1):45-49.
- Fauveau V. Strategies for reducing maternal mortality. *Lancet* 2006; 368(9553):2121.
- Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists?. *Human Resources Health* 2008; 6:21.
- Flinkman M, Leino-Kipli H, Salantarä S. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *J Adv Nursing*. 2010; 66(7):1422-1434.
- Flowers K, Carter A. Rethinking midwifery refresher programs as a recruitment strategy. *Aust Health Review* 2004; 27(1):118-123.
- Foster J, Regueira Y, Burgos RI, Sanchez, AH. . Midwifery curriculum for auxiliary maternity nurses: a case study in the Dominican Republic. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(4): e45-49.
- Fullerton J, Johnson P, Thompson J, Vivio D. Quality considerations in midwifery pre-service education: Exemplars from Africa. *Midwifery* 2010; 27(3):308-315.
- Garcés A, McClure EM, Hambridge M, Krebs NF, Mazariegos M, Wright LL et al. Training traditional birth attendants on the WHO Essential Newborn Care reduces perinatal mortality. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91(5):593-597.
- Gupta N, Maliqi B, Franca A, Nyonator F, Pate M, Sanders D et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved outcomes. *Human Resources Health* 2011;9:16.
- Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources Health* 2008; 6:18.
- Hodnett ED, Downse S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 9. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858. CD000012. pub3.
- Hogberg U. The decline in maternal mortality in Sweden: The role of community midwifery. *Am J Public Health* 2004; 94(8):1312-1320.
- Högberg U. Midlevel providers and the Fifth Millennium Goal of reducing maternal mortality. *Sexual Reproductive Healthcare* 2010; 1(1):3-5.
- Kingma M. New challenges, emerging trends, and issues in regulation of migrating nurses. *Policy Politics Nursing Practice* 2006; 7(3 Suppl):265-335.
- Kingma M. Nurse migration and the global health economy. *Policy, Politics Nursing Practice* 2008; 9(4):328-333.
- Kruk ME, Prescott MR, Galea S. Equity of skilled birth attendant utilization in developing countries: financing and policy determinants. *Am J Public Health* 2008; 98(1):142-147.
- Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA .Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynecol Obstet* 2009;107(Suppl):S65-S68.
- Lynch B. Care for the caregiver. *Midwifery* 2002; 18(3):178-187.
- Mayhew M, Hansen PM, Peters DH, Edward A, Singh, LP, Dwivedi V. Determinants of skilled birth attendant utilization in Afghanistan: a cross-sectional study. *Am J Public Health* 2008; 98(10):1849-1856.

McAuliffe E, Bowie C, Managa O, Maseko F, MacLachlan M, Hevery D. Measuring and managing the work environment of the mid-level provider: the neglected human resource. *Human Resources Health* 2009;7:13.

McElmurry B. Ethical concerns in nurse migration. *J Professional Nursing* 2006; 22(4):226-235.

McKenna H, Hasson F, Smith M. A Delphi survey of midwives and midwifery students to identify non-midwifery duties. *Midwifery* 2002; 18(4):314-322.

Miller PC, Rashida G, Tasneem Z, Haque MU. The effect of traditional birth attendant training on maternal and neonatal care. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 117(2):148-152.

Monsoor GF, Hill PS, Barss P. Midwifery training in post-conflict Afghanistan: tensions between educational standards and rural community needs. *Health Policy Plan* 2012; 27(1):60-68.

Montagu D, Yamey G, Visconti A, Harding A, Yoong J. Where do poor women in developing countries give birth?: a multi-country analysis of Demographic and Health Survey Data. *Plos ONE* 2011; 6(2):e17155.

Moseley A, Jeffers L, Paternson J. The retention of the older nursing workforce: a literature review exploring factors which influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse* 2008; 20(1):46-56.

Neonatal Mortality Formative Research Working Group. Developing community-based intervention strategies to save newborn lives: lessons learned from formative research in five countries. *J Perinatol* 2008; 28 Suppl 2:S2-8.

Nightingale L. Independent midwives and doctors: collaboration or conflict? *The Practising Midwife* 2010;13(3):19-20.

O'Brien B, Harvey S, Sommerfeldt S, Beischel S, Newburn-Cook C, Schopflocher D. Comparison of costs and associated outcomes between women choosing newly integrated autonomous midwifery care and matched controls" a pilot study. *J Obstet Gynaecol Canada* 2010;32(7):650-666.

Paul B, Rumsey D. Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh: An empirical study. *Social Science Medicine* 2002; 54:1755-1765.

Phumaphi J. World Health Organization/International Confederation of Midwives Collaboration: pathways to healthy nations. *Midwifery* 2006; 22(1):3-5.

Prata N, Passano P, Rowen T, Bell S, Walsh J, Potts M. Where there are (few) skilled birth attendants. *Health Population Nutrition* 2011; 29(2):81-91.

Ray A, Salihu HM. The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24(1):5-11.

Rowen T, Prata N, Passano P. Evaluation of a traditional birth attendant training program in Bangladesh. *Midwifery* 2011; 27(2):229-236.

Salako AA, Daniel OJ. Identifying the training needs of traditional birth attendants. *Tropical Doctor* 2007; 37(1):6-10.

Scotland GS, Bullough CH. What do doctors think their caseload should be to maintain their skills for delivery care? *Int J Gynaecol Obstet* 2004;97(3):301-307.

Sibley L, Sipe TA. What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery* 2004; 20:51-60.

Sibley L, Sipe T. Transition to skilled birth attendance: Is there a future role for trained traditional birth attendants? *J Health Population Nutr* 2006; 24(4): 472-478.

Sibley L, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Social Science Medicine* 2004; 59:1757-68.

Skar R. The meaning of autonomy in nursing practice. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2226-2234.

Stergiou-Kita M, Moll S, Walsh A, Gewurtz. Health professionals, advocacy and return to work: taking up the challenge. *Work* 2010; 27(2):217-223.

Stilwell B, Diallo K, Zum P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Org* 2004;82(8):595-600.

Sullivan K, Lock L, Homer CS. Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery* 2011; 27(3):331-335.

Thomas P. The international migration of Indian nurses. *Int Nurs Rev* 2006;53(4):277-283

Thompson JE. International connections among midwives. *J Midwifery Womens Health* 2001; 46 (4):208-209.

Thupayagale-Tshweneagae G. Migration of nurses: is there any other option? *Int Nurs Rev* 2007; 54 (1):107-9.

Walker D , McDermott JM, Fox-Rushby J, Tanjung M, Nadjib M, Widiatmoko D. An economic analysis of midwifery training programs in South Kalimantan, Indonesia. *Bull World Health Org* 2002; 80(1):47-55.

Walraven G, Weeks A. The role of (traditional) birth attendants with midwifery skills in the reduction of maternal mortality. *Tropical Medicine International Health* 1999; 4(8):527-529.

Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(4):384-391.

Watts H, Jorgensen F, Longford J. Internationally qualified midwives: developing a pathway to adaptation. *RCN Midwives* 2005; 8(10):414-416.

Witter S, Ha BTT, Shengalia B, Vujicic M. Understanding the "four directions of travel": qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam. *Human Resources Health* 2011; 9:20

World Health Organization, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of skilled attendants: statement. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization. Skilled attendant at birth 2006 updates. WHO: Geneva; 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_RHR_06.15_eng.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. The World Health Report 2006: Working together for health. WHO: Geneva, 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening. Human Resources for Health. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_HumanResources_oct08.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections. WHO: Geneva; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599016_eng.pdf [Acceso 13 de marzo de 2013].

World Health Organization. WHO global recommendations for the retention of health workers. WHO: Geneva; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/migration/retention/en/index.html> [Acceso 13 de marzo de 2013]

World Health Organization, UNICEF. Countdown to 2015 decade report: 2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. WHO: Geneva; 2010.

Wirth M. Professionals with delivery skills: backbone of the health system and key to reaching the maternal health Millennium Development Goal. *Croatian Med J* 2008; 49(3):318-333.

Zuyderduin A, Obuni JD, McQuide PA. Strengthening the Uganda nurses' and midwives' association for a motivated workforce. *Int Nurs Rev* 2010; 57(4):419-425.

Anexo 9.1



Confederación Internacional de Parteras

Fortalecimiento de las Asociaciones de Parteras

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LAS ASOCIACIONES MIEMBROS (MACAT)

Nombre de la Asociación: _____

Nombre de la persona que responde el cuestionario: _____

Cargo en la Asociación: _____

Fecha en que se completó: _____

Por favor, marque la columna correcta. Responda TODAS las preguntas de cada sección.

	Sí	No	N/A
A. Gobernanza			
A1. Comisión Directiva			
1. La Asociación tiene una Comisión Directiva y/o un Comité Ejecutivo regido por una constitución y estatutos.			
2. La Asociación tiene roles y responsabilidades para la Comisión Directiva/el Ejecutivo y los miembros claramente definidos.			
3. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo se reúne por lo menos dos veces al año.			
4. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de desarrollo de estrategias.			
5. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de formulación de políticas.			
6. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de recolección de fondos.			
7. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de relaciones públicas.			
8. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de supervisión financiera.			
9. La Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo ejerce la función de cabildeo.			
A2. Visión, misión			
10. La Asociación tiene claramente establecidas una declaración de visión y misión.			

Cont. Anexo 9.1: Herramienta de evaluación de la capacidad de las asociaciones miembros (MACAT)

	Sí	No	N/A
11. La misión se desarrolla en colaboración con los miembros de alguna manera (<i>e-mail</i> o reuniones).			
12. Los nuevos miembros tienen acceso y son orientados en cuanto a la visión, misión y metas de la asociación.			
13. Las actividades de la asociación son congruentes con su misión y visión.			
14. La visión y la misión son compartidas con los miembros, dando un sentido del propósito y la dirección de la asociación.			
15. Las declaraciones de visión y misión se revisan y actualizan regularmente por lo menos cada 3-5 años con los aportes de los miembros.			
A3. Metas y estrategias			
16. La Asociación tiene un proceso claro de planificación estratégica.			
17. La Asociación tiene un plan estratégico claramente escrito con metas alcanzables a corto y largo plazo.			
18. Las metas y estrategias de la Asociación, desarrolladas con los aportes de los miembros, están en línea con su misión y visión.			
19. Hay mecanismos para revisar y actualizar las metas de la Asociación con los aportes de los miembros.			
20. La Asociación tiene planes de trabajo operativo realistas, alineados con el proceso de planificación estratégica.			
21. La Asociación monitorea y evalúa la calidad e impacto de su trabajo.			
22. La Asociación usa los resultados de la evaluación para influir sobre la planificación de la entrega de servicios.			
A4. Situación jurídica			
23. La Asociación está registrada como una organización autónoma según la legislación del país.			
24. La Asociación es miembro de otra asociación de una profesión de la salud a. Asociación de obstetricia b. Asociación de enfermería c. Otra.			
25. Si en 24 la respuesta es sí la Asociación tiene su propia estructura y procesos de toma de decisión y herramientas documentadas y transparentes.			
26. La constitución de la Asociación fue desarrollada por sus miembros y compartida con ellos.			
27. La constitución se revisa con los aportes de los miembros cada 5 a 10 años.			
28. Todos los miembros nuevos reciben una copia de la constitución.			
Otros comentarios:			
B. Prácticas de gestión y liderazgo			
B1. Políticas y procedimientos administrativos			
29. La Asociación tiene políticas y procedimientos claros para elegir los dirigentes y jefes.			
30. La Asociación tiene políticas y procedimientos de funcionamiento instalados.			
31. La Asociación ha definido claramente los roles y responsabilidades de los dirigentes, del personal y de sus miembros.			
B2. Sistemas de infraestructura e información			
32. La Asociación tiene oficinas/espacios para poder apoyar y facilitar su trabajo diario.			

Cont. Anexo 9.1: Herramienta de evaluación de la capacidad de las asociaciones miembros (MACAT)

	Sí	No	N/A
33. La oficina/el espacio está bien equipado y mantenido con sistemas de comunicación relevantes (teléfono, correo electrónico, fax, internet).			
34. La Asociación tiene sistemas instalados para procesar/gestionar información, incluyendo una lista actualizada de sus miembros.			
B3. Autoridad y responsabilidad; rendición de cuentas			
35. Las directrices para la relación de trabajo entre la Directiva/el Comité Ejecutivo, el personal y miembros están claramente delineadas en los documentos de las políticas.			
36. La Directiva/Comité Ejecutivo que regularmente informa a los miembros sobre la actividad de la asociación y en la reunión general anual.			
B4. Recursos humanos			
37. El personal de la Asociación, de existir, es reclutado de manera competitiva, transparente, para satisfacer las necesidades de la Asociación.			
38. La Asociación, si tiene personal, tiene políticas claras de recursos humanos y de contratación (contrato de empleo, estructura de salarios y beneficios, descripciones de los cargos).			
39. La Asociación incorpora creación de capacidades/desarrollo del personal como parte de su plan anual.			
40. La Asociación tiene kits de información, manuales de políticas a disposición del personal y los miembros a pedido.			
Otros comentarios:			
C. Gestión de recursos financieros			
C1. Contabilidad			
41. La Asociación tiene un sistema de contabilidad.			
42. La Asociación tiene/conduce auditorías anualmente.			
43. El sistema de contabilidad de la Asociación le permite elaborar un informe financiero claro cuando se lo solicita.			
C2. Presupuestos			
44. La Asociación tiene un presupuesto anual que es aprobado por la Comisión Directiva/el Comité Ejecutivo.			
45. La Asociación tiene una persona específicamente responsable de la gestión del presupuesto.			
C3. Informes financieros			
46. Donantes, miembros u otros pueden acceder a la información financiera solicitada.			
47. La Asociación elabora balances financieros anuales que son revisados y aprobados por la Directiva/Comité Ejecutivo.			
48. La asociación presenta un balance financiero completo en su informe anual.			
Otros comentarios:			
D. Funciones			
D1. Servicios para los miembros			
49. La Asociación tiene mecanismos para identificar las necesidades de sus miembros.			
50. La Asociación organiza reuniones generales con sus miembros anualmente.			
51. La Asociación tiene un mecanismo definido para reclutar nuevos socios.			
52. La Asociación tiene mecanismos para retener a sus socios.			

Cont. Anexo 9.1: Herramienta de evaluación de la capacidad de las asociaciones miembros (MACAT)

	Sí	No	N/A
53. La Asociación tiene una estructura de membresía.			
54. La Asociación tiene una estructura de cuotas de membresía.			
55. La Asociación tiene mecanismos para actualizar su lista de socios.			
56. Los nuevos miembros reciben orientación sobre la información disponible y cómo solicitarla.			
57. La Asociación tiene mecanismos instaurados para hacer recomendaciones sobre salarios y condiciones laborales para sus miembros.			
58. La Asociación tiene mecanismos para brindar educación profesional continua a sus miembros.			
D2. Adelantos de la práctica profesional			
59. La Asociación desarrolla o contribuye al desarrollo de las normas profesionales para la formación y regulación.			
60. La Asociación tiene la capacidad de apoyar y reconocer públicamente la práctica de calidad de sus miembros (como: práctica, educación, investigación, política, liderazgo, etc.).			
61. La Asociación tiene mecanismos instaurados para compartir las mejores prácticas y coordinar oportunidades de aprendizaje mutuo con otras organizaciones.			
D3. Control de calidad para los cuidados			
62. La Asociación tiene mecanismos para ofrecer orientación, asesoramiento e información a sus miembros sobre la calidad de los cuidados.			
63. La Asociación promueve/contribuye al desarrollo y la aplicación de la regulación de la partería.			
64. La Asociación tiene mecanismos para ayudar a sus miembros a cumplir con los requisitos de las competencias exigidas para el otorgamiento o la renovación de licencia y a mantener esas competencias.			
65. La Asociación tiene un Código de Ética para los miembros que es revisado regularmente o trabaja dentro del código de ICM.			
66. Todos los miembros tienen acceso o reciben el Código de Ética.			
67. La Asociación atiende las situaciones en que se cuestiona la práctica profesional de las parteras socias.			
68. La Asociación interviene en la planificación de recursos humanos, en lo concerniente a los profesionales y la calidad de los cuidados administrados en salud materno, neonatal e infantil.			
D4. Comunicación			
69. La Asociación tiene una estrategia de comunicación claramente definida para las relaciones internas y externas.			
- con los miembros			
70. La Asociación tiene mecanismos para comunicaciones regulares en los dos sentidos (por lo menos trimestralmente) con sus miembros.			
- con el Ministerio de Salud			
71. La Asociación tiene mecanismos para informar al Ministerio de Salud regularmente y a otros organismos relevantes sobre las actividades que atañen a sus miembros y a la profesión de partería.			
72. El Ministerio de Salud regularmente informa a la Asociación sobre aspectos que impactan sobre las parteras la salud de las mujeres, madres, recién nacidos y niños.			
- con las mujeres, donantes, sociedad civiles			

Cont. Anexo 9.1: Herramienta de evaluación de la capacidad de las asociaciones miembros (MACAT)

	Sí	No	N/A
73. La asociación tiene un sistema de comunicación instalado, como un boletín y/o una página web, para comunicarse con todas las partes interesadas (miembros, mujeres, donantes, sociedad civiles y ONG de las bases, como WRA).			
D5. Promoción			
74. La Asociación tiene sistemas instaurados para facilitar la promoción/defensa de las mujeres, parteras y recién nacidos.			
75. Tiene un mecanismo para dar capacitación en promoción/defensa a los líderes de la asociación y miembros (negociación, hablar en público, kit de información, etc.).			
76. La Asociación tiene representantes en comités de gobierno claves y en los órganos a cargo de las políticas sobre salud materna, neonatal e infantil y partería.			
77. La Asociación tiene directrices sobre cómo involucrar a los socios de las ONG en redes de defensa/promoción que sirven a los intereses de sus grupos de beneficiarios.			
D6. Servicio dispensado			
78. La Asociación tiene los recursos relevantes (humanos, capacidad, material financiero) para alcanzar su misión.			
79. La Asociación tiene las herramientas necesarias para hacer el seguimiento de la calidad y el impacto de su trabajo.			
80. La Asociación utiliza los resultados de la evaluación para incidir sobre la planificación de los servicios a dispensar.			
Otros comentarios:			
E. Colaboración, asociaciones y redes			
<i>E1. Con mujeres y gobiernos y otras ONG</i>			
81. La Asociación hace participar a las mujeres y otras familias como verdaderos socios en los servicios que se brindan, incluyendo planificación, toma de decisiones y actividades cívicas.			
82. La Asociación tiene una relación de colaboración establecida con el gobierno			
83. La Asociación tiene relaciones de colaboración con ONG nacionales e internacionales, incluyendo organizaciones de mujeres.			
84. La Asociación colabora y establece redes con otras asociaciones de profesionales de salud en su país.			
<i>E2. Relación con los donantes y el sector privado</i>			
85. La Asociación tiene mecanismos para mantener las relaciones con los actuales donantes y establecer contacto con los posibles donantes futuros.			
86. La Asociación mantiene un diálogo libre y abierto con los donantes.			
Otros comentarios:			
F. Visibilidad, incluyendo relaciones con los medios			
87. La Asociación mantiene un diálogo abierto sobre los temas de salud con el sector privado.			

Cont. Anexo 9.1: Herramienta de evaluación de la capacidad de las asociaciones miembros (MACAT)

	Sí	No	N/A
88. La Asociación es consultada por las mujeres y sus familias que solicitan información y asesoramiento sobre asuntos de la salud de la mujer.			
89. La Directiva/Comité Ejecutivo y el personal son reconocidos por las partes interesadas como altamente calificados y creíbles en su campo.			
90. La Asociación es invitada por el gobierno para dar conocimiento de partería y contribuir a la elaboración de políticas y toma de decisiones en asuntos concernientes a la partería.			
91. La Asociación promueve su imagen y utiliza los medios de comunicación para educación política.			
92. La Asociación desarrolla relaciones positivas con los medios.			
93. La Asociación es invitada a participar en materia cívica organizada por otras organizaciones y por el gobierno.			
Otros comentarios:			
G. Sostenibilidad			
94. La Asociación tiene una base de obtención de fondos diversificada capaz de sostener sus programas en el largo plazo.			
95. La Asociación trabaja activamente en la búsqueda de recursos y en actividades de movilización de recursos como una manera de limitar su dependencia de los donantes.			
96. La Asociación busca el conocimiento regularmente (siempre que sea posible lo hace entre sus líderes y miembros) para redactar propuestas de recolección de fondos y ayudar a generar ideas para reforzar la movilización de recursos.			
Otros comentarios:			

Guías para el uso de la herramienta de MACAT pueden ser bajadas desde:

<http://internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/MACAT%20Guidelines%20ENG.pdf>

Por favor, devolver el cuestionario llenado a:

Confederación Internacional de Parteras
70 Laan van Meerdervoort
2517 AN The Hague The Netherlands

Confederación Internacional de Matronas Proyecto de planes de estudios para la formación de matronas profesionales

Paquete de recursos de la ICM n.º 2 Proyecto de planes de estudios de partería

1 - Introducción

Este paquete de recursos es uno, de un grupo de documentos que se ha preparado para el uso de los educadores y los políticos en revisar o implementar planes de estudio, pre servicio, de matronas profesionales en sus países. Los demás documentos del *Proyecto de planes de estudios para la formación de matronas profesionales (2012)* se puede obtener en la ICM website.

Este paquete de recursos contiene una propuesta de organización y contenidos de un programa de formación (básica) en partería de tres años para el acceso directo previo al servicio y una propuesta para un programa de partería previo al servicio cuando el solicitante ya tiene formación sanitaria de otro tipo. El contenido está tomado directamente de las *Competencias esenciales de la ICM para la práctica básica de la partería (2010)*. La justificación para la organización del contenido por módulo y año de estudio se basa en los siguientes preceptos (Thompson et al. 2002):

- El aprendizaje mejora cuando se pasa de lo conocido a lo desconocido (partiendo de conocimientos y experiencias previas antes de introducir nuevos conocimientos, técnicas y conductas —KSB, por sus siglas en inglés);
- el aprendizaje mejora cuando se pasa de conceptos simples a niveles de mayor complejidad (Benner, 2004) (mujer y recién nacido sanos y luego complicaciones seleccionadas);
- lo aprendido se retiene más tiempo cuando se usa inmediatamente (aprendizaje teórico y práctico en el mismo periodo);
- el aprendizaje mejora con la repetición (algunos KSB se repiten a propósito para hacer hincapié, y se planifican numerosas ocasiones para la práctica en el programa de partería).

Un análisis de cada competencia de la ICM con sus KSB también influyó en la ubicación del contenido específico y las experiencias prácticas en un determinado año de estudio y módulo. Se tomó la decisión de si una determinada competencia y cada uno de sus KSB se aprendían mejor en el primer, segundo o tercer año del programa de acceso directo, y si había un conjunto de KSB que encajaba lógicamente con otros KSB en un módulo concreto. Se ha señalado (Fullerton et al., 2011) que los KSB de la Competencia n.º 1 de la ICM y sus campos de deontología, epidemiología y prevención de infecciones; derechos humanos; marcos legales y reguladores; y administración y gestión son fundamentales para las otras seis competencias aunque el contenido aumenta la complejidad de conocimientos y técnicas a medida que el estudiante avanza (ver división de muestra de la Competencia n.º 1 de la ICM y sus KSB en el Apéndice D). Los autores también observaron que las conductas profesionales se integran y suponen en todo el plan de estudios, al igual que el pensamiento crítico y el razonamiento clínico, que requieren una introducción inicial a cada una de estas áreas con refuerzo a lo largo del plan de estudios.

Consejos prácticos:

Como hay muchas formas de diseñar un plan de estudios y de organizar su contenido, los siguientes consejos prácticos se ofrecen para tenerlos en cuenta al diseñar un plan de estudios de partería de tres años con acceso directo.¹

1. Revisar las declaraciones de misión y filosofía del programa para que sirvan de orientación a la hora de organizar el contenido basado en competencias de la ICM (p. ej., cuidados de partería normales a anormales, cuidados de partería sencillos o básicos a complejos, experiencia mediante la observación a ejercicio autónomo).
2. Empezar revisando cada una de las siete (7) competencias de la ICM y sus correspondientes KSB, afirmando su comprensión y la importancia para la práctica de la partería en el propio país.
3. Comprender que todos los ámbitos de competencia y KSB clave deben incluirse, aunque puedan necesitarse algunos/todos los demás KSB dependiendo de las necesidades sanitarias del país.
4. Pedir a cada profesor de partería que asigne un tiempo para cada una de las competencias y sus respectivos KSB por año o nivel durante los tres años del plan de estudios (puede usarse una ficha de trabajo normal para registrar las decisiones iniciales o indicarlo directamente en una copia impresa del documento de competencias de la ICM).
5. Hablar de la distribución temporal del contenido a partir del paso 2 anterior con un grupo de profesores de partería con experiencia, analizando la justificación de cada uno y teniendo en cuenta la misión y la filosofía del plan de estudios.
6. Hacer una asignación de contenido provisional a un determinado nivel del plan de estudios, indicando los motivos teniendo siempre presentes la filosofía de enseñanza y aprendizaje.
7. Agrupar KSB similares en un módulo o unidad y tomar decisiones deliberadas sobre qué KSB se van a repetir como refuerzo de aprendizaje; p. ej., elementos de evaluación de la salud en cada área práctica.
8. Decidir cuánto tiempo se debe/puede asignar a cada módulo o unidad teniendo en cuenta las semanas y horas disponibles para el plan de estudios.
9. Determinar qué módulos/unidades del curso encajan y pueden ofrecerse en el mismo periodo, teniendo en cuenta las circunstancias de los recursos disponibles para el aprendizaje (profesores, suministros, laboratorios de simulación y/o lugares de prácticas y preceptores cualificados) y la madurez de los estudiantes (primero, segundo, tercer año de estudios).
10. Decidir si las prácticas de los módulos/unidades del curso que las requieren se van a hacer al mismo tiempo que se aprende la teoría o si primero se impartirá la teoría (bloque de enseñanza) seguida de las prácticas.

Programa de posgrado de dieciocho meses:

En los países que decidan dar cursos de partería básica tras la terminación de un plan de estudios sanitarios como enfermería, también pueden resultar útiles los pasos indicados más arriba. La principal diferencia en el enfoque del

¹ La ICM aceptó por consenso en 2011 la decisión de que la duración más habitual para que el estudiante medio adquiriera, aplicara y demostrara competencia en cada una de las siete (7) competencias de la ICM y los correspondientes conocimientos, técnicas y conductas, era de tres años. Hay programas que intentan demostrar que las competencias de la ICM pueden demostrarse en menos de tres años, pero hay que seguir analizando si esos graduados han alcanzado ese objetivo.

programa de partería de posgrado es la necesidad de que los profesores definan/distingan el contenido aprendido en el plan de estudios anterior y que contribuya a la competencia de la matrona, de forma que se pueda demostrar (normalmente con algún tipo de mecanismo de comprobación) antes de continuar con los KSB de partería adicionales. Algunos planes de estudios de partería impondrán requisitos para los posgraduados en estudios sanitarios que deberán completar/afrentar antes de iniciar un programa de partería de 18 meses previo al ejercicio profesional² (ACME, 2005). Estos requisitos previos suelen incluir nociones de ciencia (farmacología, biología, anatomía/fisiología y fisiopatología), psicología y sociología, nutrición y cuidados sanitarios básicos. Una vez completada esta lista de competencias previas, los profesores de partería pueden seguir los pasos indicados anteriormente para determinar qué competencias de partería con sus KSB adicionales se incorporarán al programa de 18 meses y en qué momento. En el Apéndice A.2 se incluye un resumen del plan de estudios para un posible programa de posgrado en partería de 18 meses.

Programa básico combinado de acceso directo y enfermería-partería:

Un tercer modelo de educación en partería previa al empleo es la combinación de estudiantes de acceso directo y graduados en enfermería en el mismo programa. No vamos a hablar aquí de este modelo, pero se puede consultar un ejemplo del State University of New York Downstate Medical Center en http://www.downstate.edu/CHRP/midwifery/program_summary.html. En este programa combinado, el estudiante de acceso directo sin cualificación tiene que hacer tres cursos que las enfermeras no tienen que estudiar: técnicas básicas, y ciencias médicas integradas I y II. Todos los estudiantes tienen que haber aprobado el bachillerato antes de iniciar los estudios de partería y todos los estudiantes hacen los cursos juntos.

Organización del paquete:

Este paquete tiene dos secciones. La primera sección resume en forma de narración la asignación de las declaraciones de competencia 1-7 de la ICM y los correspondientes conocimientos, técnicas y conductas en cada año de estudio en un plan de estudios de acceso directo y cada seis meses de estudio³ en el caso de un posgrado en partería. A continuación se trata brevemente de qué forma las competencias y los KSB pueden agruparse en un módulo. El Apéndice A.1 ofrece una representación gráfica de un posible plan de estudios de acceso directo de tres años y el Apéndice A.2. ofrece una representación gráfica de las unidades de estudio/módulos posibles para un plan de estudios de posgrado en partería de 18 meses, reconociendo que se tomó una decisión razonada sobre qué contenidos previos y KSB se han demostrado de su formación anterior y experiencia como profesional sanitario. En ambos textos, cada módulo tendrá subunidades que no aparecen en la representación gráfica, pero se tratarán más adelante en este paquete.

Nota: Este paquete de recursos no pretende asignar cada KSB en una declaración de competencia específica en los módulos propuestos. Se incluyen ejemplos de algunos KSB, pero cualquiera que organice/evalúe un plan de estudios de partería tiene que asegurarse de que se incluyan los KSB básicos. Los profesores del programa pueden incluir los KSB acordados como “adicionales” cuando sea necesario, junto con otras competencias necesarias en un país o región concretos. Cada una de estas adiciones necesita que se le asigne un tiempo extra.

² Una segunda decisión de la ICM se basa en el consenso que, en promedio, un estudiante graduado necesitaría alrededor de 18 meses para poder demostrar todas las competencias de la ICM. Nuevamente este plazo no se ha basado en una investigación formal, y está sujeto a cambios si un graduado del curso puede demostrar competencia de alcance total en la práctica de partería.

³ Una de las áreas más difíciles de tratar en las normas de formación de la ICM fue el concepto de tiempo dedicado a la descripción del plan de estudios (programa) ya que se esperan unos resultados basados en competencias en lugar del número de horas de aprendizaje. Los profesores comprenden que dada la variedad de estilos de aprendizaje, motivación y recursos disponibles, algunos estudiantes tardarán más que otros en demostrar competencia. Por tanto, ¿por qué se usan años o meses o semanas para describir los programas de partería para posgraduados con acceso directo previo al servicio? La respuesta más sencilla es que no tenemos pruebas válidas sobre la duración media que necesita un estudiante para conseguir todas las competencias de la ICM con sus respectivos KSB. En ausencia de dichas pruebas, la ICM confió en el consenso global y en la opinión de expertos para dar los marcos temporales para ambos tipos de programa de formación en partería previa al servicio. Lo importante es que si un país/programa educativo puede demostrar que los graduados han conseguido el nivel predeterminado de competencia para la práctica de la partería en menos tiempo o en las horas designadas de prácticas supervisadas, la ICM consideraría que el programa cumple el estándar de competencia.

Es importante tener en cuenta que las declaraciones de competencias 2-7 de la ICM incluyen los cuidados de partería de personas que tienen buena salud así como las de aquellas con complicaciones en una determinada área (p. ej., antenatal). Como las descripciones en forma narrativa del contenido del módulo en el proyecto de plan de estudios de muestra se centran fundamentalmente en la separación de los aspectos normales o saludables de la reproducción y la gestación de las complicaciones surgidas en todo el ciclo reproductivo, los KSB de cada competencia se han separado en normales y complicaciones. En el tercer nivel o nivel superior del plan de estudios (tercer año en acceso directo y últimos seis meses en los estudios de posgrado) los estudiantes deben administrar cuidados de partería competentes y autónomos en todas las prácticas en las que se ocupan de mujeres con independencia de su normalidad o complicación. La declaración de competencia dominante o primaria se refleja al comienzo del curso/nivel o en cada módulo para facilitar la consulta, sabiendo que algunos KSB de otras competencias también se pueden incluir o repetir para insistir en ellos.

La segunda sección del paquete incluye una explicación más detallada de cómo podría configurarse un módulo/unidad de instrucción. Se incluyen dos módulos de muestra (uno fundamentalmente teórico y otro con elementos teóricos y prácticos) para demostrar de qué forma los profesores de partería podrían organizar el contenido necesario en los dos tipos de programa de partería previos al servicio. Es importante señalar que el tiempo dedicado a un determinado módulo está directamente relacionado con la calidad y disponibilidad de profesores de partería, recursos de aprendizaje y prácticas. La utilidad también forma parte en la ecuación temporal si el programa de partería se enmarca en un entorno académico en el que los semestres o trimestres tienen una determinada duración en semanas y horas invertidas y en la distribución de créditos. La distribución de créditos suele seguir una razón de 1:1 hora para aprendizaje teórico y 1:3 horas para el aprendizaje práctico. A menudo se usan las semanas para describir el tiempo de un módulo concreto, basado en los requisitos de la institución anfitriona junto con la estimación de los profesores de partería sobre la disponibilidad de lugares para el aprendizaje práctico para los estudiantes en el programa. Con independencia del método utilizado para describir el tiempo invertido en determinado módulo, lo más importante es recordar que la demostración de competencias es la clave del éxito como matrona competente. Algunos estudiantes necesitan más experiencias prácticas para demostrar competencias, mientras que otros requieren menos experiencias prácticas. Todos estos factores se tienen en cuenta cuando se diseña un programa de educación en partería.

2 - Sección 1: Resumen de la propuesta de organización del contenido en partería

Programa de partería genérico previo al servicio de tres años con acceso directo (Apéndice A.1)

Año 01: Fundamentos de partería [32-36 semanas; 9 módulos]

Competencia 1: Las matronas tienen el conocimiento y las habilidades necesarias en obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y deontología que forman la base de la atención adecuada de alta calidad e idónea desde el punto de vista cultural para las mujeres, los recién nacidos y las familias en edad fértil.

1. **Ciencias de la partería:** Biología (embriología y desarrollo humano), química y microbiología básicas, anatomía y fisiología humanas, farmacología y farmacocinética de medicamentos comunes usados en la gestación.
2. **Técnicas sanitarias básicas para matronas:** Técnicas y conocimientos genéricos para realizar una valoración de la salud (historial, pruebas de laboratorio comunes y examen físico) de mujeres sanas y recién nacidos, registro. Repaso de reanimación cardiopulmonar (CPR) en adultos, gestión básica de conmociones, incluida la colocación de vías intravenosas, administración de productos sanguíneos, administración de oxígeno y primeros auxilios básicos.
[KSB de partería seleccionados entre las Competencias 2-7].
3. **Nutrición en el ciclo vital:** Conocimientos básicos de las necesidades nutricionales de una mujer sana durante toda su vida; necesidades nutricionales del recién nacido incluida la leche materna; necesidades nutricionales en la infancia.
[KSB seleccionados entre las Competencias 2-7 centrados en individuos sanos].
4. **Introducción a los cuidados de partería:** Filosofía de la partería y modelo de cuidados; proceso de cuidados de partería incluido el pensamiento crítico y razonamiento diagnóstico; descripción general del ámbito de la práctica de la partería; y funciones y responsabilidades de la matrona.
[También incluye KSB de partería seleccionados entre las Competencias 2-7].
5. **Hacerse matrona I:** Estrategias eficaces de comunicación, trabajo en equipo, identidad profesional y personal. Estado de salud global de las mujeres y las familias en edad fértil (salud reproductiva), situación global de la partería profesional e introducción a la ICM, perspectivas del país y desafíos para la partería profesional.
[KSB seleccionados entre las Competencias 1-7].
6. **Cuidados de partería:** Embarazo normal: Anatomía y fisiología reproductivas, confirmación del embarazo y semanas de gestación, monitorización del crecimiento y desarrollo del feto, cuidados durante el embarazo, complicaciones habituales del embarazo, adaptación y cambios fisiológicos y psicológicos.
[Competencia 3: Las matronas ofrecen una atención prenatal de alta calidad para proteger la salud durante el embarazo y esto incluye la detección precoz... de determinadas complicaciones].

7. **Cuidados de partería: Parto/nacimiento normales:** Fisiología del parto y del nacimiento; indicadores de necesidad de intervenciones oportunas; cuidado y apoyo durante el parto; alivio del dolor; asistencia en el parto y cuidados inmediatos a la madre y el recién nacido; inclusión de personas de apoyo para la parturienta; diferentes modelos de parto y cuidados de maternidad.

[Competencia 4: Las matronas ofrecen una atención de alta calidad y culturalmente sensible durante el parto, dirigen un alumbramiento limpio y seguro y resuelven determinadas situaciones de emergencia para proteger la salud de la mujer y del recién nacido].

8. **Cuidados de partería:** Posparto normal/recién nacido/familias: Involución fisiológica normal; fisiología de la lactancia, cuidados y apoyo a la nueva familia, fomento y ayuda a la lactancia materna exclusiva (mantener a la madre, el bebé y la familia unidos como unidad de asistencia).

[Competencia 5: Las matronas proporcionan a las mujeres cuidados posparto integrales, de alta calidad y culturalmente sensibles].

Adaptación fisiológica a la vida extrauterina, necesidades asistenciales inmediatas del recién nacido, características de los recién nacidos sanos con variaciones habituales, crecimiento y desarrollo normales del recién nacido y el niño, necesidades de inmunización, elementos de fomento de la salud y prevención de enfermedades en recién nacidos y niños; desarrollo saludable de la familia.

[Competencia 6: Las matronas proporcionan cuidados completos de gran calidad para el niño fundamentalmente sano desde el nacimiento hasta los dos meses de edad].

9. Atención sanitaria a mujeres: Teoría y práctica de los cuidados anteriores a la concepción; desarrollo de la familia sana; desarrollo sexual y actividad sexual; educación sanitaria para la salud sexual y reproductiva; provisión de métodos tradicionales y actuales de planificación familiar; detección del cáncer de cuello uterino.

[Aspectos saludables de la Competencia 2 de la ICM: Las matronas ofrecen a toda la comunidad educación y servicios sanitarios de alta calidad y culturalmente sensibles para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y una paternidad positiva].

Año 02: Cuidados de partería en complicaciones habituales de la gestación y los recién nacidos [32-36 semanas; 9 módulos].

1. **Salud pública para matronas:** Definiciones de salud y bienestar, determinantes de la salud individual; principios de salud pública incluyendo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; epidemiología básica; estrategias de evaluación de la comunidad; sistemas de apoyo personales, familiares y comunitarios incluyendo agencias que proporcionan servicios de salud y enfermedad maternoinfantiles. Causas directas e indirectas para la morbilidad y mortalidad maternal y neonatal en la región/país; concepto de alarma y transporte; tradiciones culturales en torno al embarazo; condiciones para el parto seguro; precauciones universales; demografía básica incluyendo características de la población; estadísticas de la salud reproductiva en adolescentes; principios globales y locales de cuidados sanitarios primarios.

[KSB seleccionados entre las Competencias 1 y 2.].

2. **Deontología y legislación de la partería:** Códigos de comportamiento ético; valores, derechos humanos, principios, influencia de los valores y las creencias en la salud y la enfermedad; razonamiento y toma de decisiones éticos; aspectos legales de los cuidados de partería.
[KSB seleccionados de la Competencia 1].
3. **Enseñanza y asesoramiento de la partería:** Escucha activa; técnicas de asesoramiento específicas de la salud reproductiva; principios y práctica de la educación sanitaria. Aplicación de las técnicas de asesoramiento con mujeres con problemas psicosociales durante el embarazo; orientación preventiva durante los años fértiles con hincapié en la gestación; asesoramiento para el duelo en caso de perder un embarazo.
[KSB seleccionados entre las Competencias 2-7].
4. **Hacerse matrona II:** Técnicas avanzadas de comunicación; prácticas en equipos interdependientes; identidad profesional; regulación de la práctica de la partería; documentos fundamentales de la ICM.
[KSB seleccionados entre las Competencias 1-7].
5. **Farmacología para matronas:** Principios avanzados de farmacología; revisión de principios básicos de farmacología; indicaciones, dosis, vías de administración y efectos secundarios de medicamentos comunes usados para complicaciones habituales en la gestación como sulfato de magnesio, medicamentos teratógenos sin receta y drogas como cocaína o cornezuelo del centeno; recetar, dispensar, proporcionar o administrar (del modo que se esté autorizado a hacerlo por ley en el país donde ejercita la profesión) medicamentos seleccionados para salvar vidas.
[KSB seleccionados entre las Competencias 2-7].
6. **Cuidados de partería:** Embarazo con complicaciones: Diagnóstico, tratamiento y/o derivación según lo indicado para complicaciones antes y durante el embarazo, incluyendo infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario, enfermedades crónicas y agudas comunes específicas de una determinada zona geográfica como malaria, tuberculosis, VIH; violencia de género; aborto espontáneo e inducido; preeclampsia/eclampsia; parto pretérmino; gestación múltiple; alteraciones de la placenta; diabetes gestacional.
[Complicaciones y KSB avanzados de las competencias 2-3; 7].
7. **Cuidados de partería:** Complicaciones del parto/nacimiento: Diagnóstico, tratamiento y/o derivación, según lo indicado durante el parto y el nacimiento incluidos sufrimiento fetal, parto pretérmino, presentaciones anormales, prolapso de cordón, distocia de hombros, hemorragias uterinas, placenta retenida, desproporción cefalopélvica, infección, rotura prematura de membranas.
[KSB seleccionados de la Competencia 4].
8. **Cuidados de partería:** Complicaciones en el posparto/recién nacido y familias: Diagnóstico, tratamiento y/o derivación según lo indicado de complicaciones durante el periodo del posparto y de los recién nacidos, incluidas subinvolución, mastitis, hemorragia posparto, anemia, embolia, depresión posparto aguda, ictericia del recién nacido, hipoglucemia, hipotermia, niños prematuros, anomalías congénitas, infección, deshidratación, unidad familiar disfuncional.
[KSB seleccionados de las Competencias 5-6].

9. **Técnicas básicas para salvar vidas para matronas:** Repaso de reanimación cardiopulmonar en adultos; administración de medicamentos concretos para salvar vidas como anticonvulsivos, antibióticos, medicación antirretroviral; tratamiento inmediato de la distocia de hombros, prolapso del cordón, hemorragia grave de la madre, conmoción, sufrimiento fetal; gestión activa de la tercera fase del parto, retirada manual de la placenta, compresión uterina para hemorragia posparto.
[KSB seleccionados entre todas las competencias.]

Año 03: Práctica autónoma de la partería y desarrollo profesional continuado

[32-36 semanas; 5 módulos].

1. **Partería avanzada:** Auditorías sobre mortalidad materna, marco legal y normativo regulador de la salud reproductiva para las mujeres de todas las áreas, estrategias de apoyo y capacitación para mujeres, liderazgo en zonas de prácticas, tareas y actividades básicas de gestión y administración, importancia de la participación en el desarrollo de políticas para la salud de la mujer y la maternidad segura.
[KSB seleccionados entre las Competencias 1 y 2.]
2. **Asuntos profesionales de la partería:** Documentos clave de la ICM relativos al refuerzo de la educación y regulación de la partería; desarrollo de la asociación de matronas; el negocio de la partería; historia de la partería en el país y en la región; desarrollo e implementación de políticas sanitarias; contexto global de los cuidados de partería. Diseños de investigación básica y cómo criticar los informes de investigación; definición de la práctica basada en pruebas y cómo implementar resultados válidos de la investigación en el ejercicio profesional; indicadores de los cuidados sanitarios de calidad.
[KSB seleccionados de todas las competencias.]
3. **Cuidados de parterías para mujeres a las que se va a practicar un aborto:** Embarazo no deseado, criterios de idoneidad médica para la interrupción voluntaria del embarazo, leyes y normas relativas a los servicios de atención en caso de aborto, aborto espontáneo, aborto incompleto, involución y subinvolución uterina, pérdida del embarazo.
[Competencia 7: Las matronas proporcionan una serie de servicios de cuidados individuales culturalmente sensibles en relación con el aborto para mujeres que requieren o sufren la interrupción o pérdida congruente con las leyes y normas aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales.]
4. **Ser comadrona y el negocio de la partería:** Identidad profesional; criterios de licencia/regulación; plan para el desarrollo profesional permanente; planes de negocio para la práctica profesional de la partería (p.ej., organización de una maternidad); estudio de varios modelos de cuidados de partería incluidos la homeopatía, el parto en agua y la acupuntura
[KSB relativos a conductas profesionales seleccionados de cada una de las competencias.]
5. **Cuidados autónomos de partería durante la edad fértil:** Este módulo usa las siete declaraciones de competencias con sus KSB (aplicación y síntesis) como resultados de aprendizaje previstos al final del programa de partería. El estudiante proporciona una gama completa de cuidados de partería en distintas situaciones.

Programa de posgrado en partería previo al servicio (Apéndice A.2)

Primer nivel: Fundamentos de partería [primeros 6 meses; 9 módulos]

1. **Introducción a la partería:** Estado de salud global de las mujeres y las familias en edad fértil (salud reproductiva), situación global de la partería profesional e introducción a la ICM, perspectivas del país y desafíos para la partería profesional; definición de funciones y responsabilidades de la matrona y expectativas de estatus profesional
[KSB de partería seleccionados de la Competencia 1: Las matronas tienen el conocimiento y las habilidades necesarias en obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y deontología que forman la base de la atención adecuada de alta calidad e idónea desde el punto de vista cultural para las mujeres, los recién nacidos y las familias en edad fértil].
2. **Modelo de cuidados y proceso de cuidados de partería:** Documentos fundamentales de la ICM (filosofía y modelo de cuidados) y elementos del proceso de cuidados de partería (Apéndice B) que requieren pensamiento crítico, reflexión y juicio clínico durante la preparación de los cuidados de partería para mujeres, familias y recién nacidos fundamentalmente sanos.
[Incluidos en todas las competencias].
3. **Salud pública para matronas:** Definiciones de salud y bienestar, determinantes de la salud individual, principios de salud pública, epidemiología, estrategias de evaluación comunitaria; principios globales y locales de asistencia primaria; sistemas de apoyo individuales, familiares y comunitarios y agencias que proporcionan servicios de salud y enfermedad
[KSB seleccionados de las Competencias 1-2].
4. **Deontología para matronas:** Códigos de conducta ética, valores, derechos humanos, pautas para la práctica, influencia de valores y creencias sobre salud y enfermedad, pensamiento crítico y razonamiento ético; análisis de los códigos deontológicos de partería.
[KSB seleccionados en la Competencia 1 y conductas profesionales de todas las competencias].
5. **Pautas para la práctica de la partería:** Análisis de pautas para la práctica de la partería necesarias en jurisdicciones legales para el ejercicio; identidad profesional; trabajo en equipo interdisciplinar
[Conductas profesionales seleccionadas entre todas las declaraciones de competencias].
6. **Técnicas de asesoramiento y comunicación para matronas:** Escucha activa; técnicas de asesoramiento específicas de la salud reproductiva; principios y práctica de la educación sanitaria en el ciclo de gestación
[KSB seleccionados de las Competencias 1-7].
7. **Valoración de la salud de las mujeres:** Conocimiento y técnicas necesarios para elaborar el historial clínico y realizar el examen físico y pélvico de mujeres sanas embarazadas y no embarazadas; pruebas de laboratorio comunes para mujeres en edad fértil; archivo
[KSB seleccionados de las Competencias 2-5; 7].

8. **Cuidados de partería:** Salud reproductiva: Sexualidad humana, asesoramiento sobre espaciamiento de los hijos y cuidados previos a la concepción; métodos de planificación familiar
[Competencia 2: Las matronas ofrecen a toda la comunidad educación y servicios sanitarios de alta calidad y culturalmente sensibles para promover la vida familiar, el embarazo planificado y una paternidad positiva].
9. **Cuidados de partería:** Embarazo normal: Anatomía y fisiología reproductivas, confirmación del embarazo y semanas de gestación, monitorización del crecimiento y desarrollo del feto, cuidados durante el embarazo, complicaciones habituales del embarazo.
[Competencia 3: Las matronas ofrecen una atención antenatal de alta calidad para proteger la salud durante el embarazo y esto incluye la detección precoz... de determinadas complicaciones].

Nivel 2: Gestación normal y complicada [Segundo semestre; 9 módulos]

1. **Demografía de la salud materno-infantil:** Causas directas e indirectas para la morbilidad y mortalidad maternal y neonatal en la región/país; concepto de alarma y transporte; tradiciones culturales en torno al embarazo; condiciones para el parto seguro; precauciones universales; ética profesional, modelo de colaboración para cuidados con mujeres y familias, trabajo en equipo para la salud de las mujeres.
[KSB seleccionados entre las Competencias 1, 2, 3].
2. **Cuidados de partería: Parto/nacimiento normal:** Fisiología del parto y del nacimiento; indicadores de necesidad de intervenciones oportunas; cuidado y apoyo durante el parto; asistencia en el parto y cuidados inmediatos a la madre y el recién nacido; inclusión de personas de apoyo para la parturienta.
[Competencia 4: Las matronas ofrecen una atención de alta calidad y culturalmente sensible durante el parto, dirigen un alumbramiento limpio y seguro y resuelven determinadas situaciones de emergencia para proteger la salud de la mujer y del recién nacido].
3. **Cuidados de partería:** Servicios relacionados con el aborto: Embarazo no deseado, criterios de idoneidad médica para la interrupción voluntaria del embarazo, leyes y normas relativas a los servicios de atención en caso de aborto, aborto espontáneo, aborto incompleto, involución y subinvolución uterina, pérdida del embarazo.
[Competencia 7: Las matronas proporcionan una serie de servicios individuales culturalmente sensibles en relación con el aborto para mujeres que requieren o experimentan la interrupción del embarazo o una pérdida, congruentes con las leyes y normas aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales].
4. **Técnicas básicas para salvar vidas para matronas:** Repaso de reanimación cardiopulmonar en adultos; administración de ciertos medicamentos para salvar vidas como anticonvulsivos, antibióticos, medicación antirretroviral; tratamiento inmediato de la distocia de hombros, prolapso del cordón, hemorragia grave de la madre, conmoción, sufrimiento fetal; gestión activa de la tercera fase del parto, retirada manual de la placenta, compresión uterina para hemorragia posparto.
[KSB seleccionados entre todas las competencias].

5. **Farmacología para matronas:** Revisión de principios básicos de farmacología; indicaciones, dosis, vías de administración y efectos secundarios de medicamentos comunes usados en embarazos y recién nacidos sanos y medicamentos para complicaciones habituales en la gestación como sulfato de magnesio, medicamentos teratógenos sin receta y drogas como cocaína o cornezuelo del centeno; recetar, dispensar, proporcionar o administrar (del modo que se esté autorizado a hacerlo por ley en el país donde se ejercita la profesión) medicamentos seleccionados para salvar vidas.
[KSB seleccionados entre las Competencias 2-7].

6. **Cuidados de partería:** Recién nacidos sanos: Adaptación fisiológica a la vida extrauterina, necesidades asistenciales inmediatas del recién nacido, características de los recién nacidos sanos con variaciones habituales, crecimiento y desarrollo normales del recién nacido y el niño, necesidades de inmunización, necesidades nutricionales del niño, elementos de fomento de la salud y prevención de enfermedades en recién nacidos y niños.
[Competencia 6: Las matronas proporcionan cuidados completos de gran calidad para el niño fundamentalmente sano desde el nacimiento hasta los dos meses de edad].

7. **Cuidados de partería:** Posparto normal: Involución fisiológica normal; fisiología de la lactancia, cuidados y apoyo a la nueva familia, fomento y apoyo a la lactancia materna exclusiva.
[Competencia 5: Las matronas proporcionan a las mujeres cuidados completos, de alta calidad y culturalmente sensibles en el posparto].

8. **Asuntos profesionales de la partería I:** Desarrollo de la identidad profesional; documentos fundamentales de la ICM relativos al refuerzo de la formación y regulación en partería; historia de la partería en el país y la región; asuntos de actualidad en la formación y la práctica de la partería en el país; pertenencia a asociaciones de partería.
[KSB seleccionados de todas las competencias].

9. **Complicaciones habituales de la gestación I:** Diagnóstico, tratamiento y/o derivación según lo indicado para complicaciones habituales antes y durante el embarazo, durante el parto y el nacimiento, el posparto y periodos posnatales.
[Complicaciones y KSB avanzados de las competencias 1-6].

Nivel 3: Práctica autónoma de la partería y desarrollo profesional permanente

[Último semestre; cinco módulos]

1. **Partería avanzada:** Auditorías sobre mortalidad materna, marco legal y normativo regulador de la salud reproductiva para las mujeres de todas las áreas, estrategias de apoyo y capacitación para mujeres, liderazgo en zonas de prácticas, tareas y actividades básicas de gestión y administración, importancia de la participación en el desarrollo de políticas para la salud de la mujer y la maternidad segura.
[KSB fundamentalmente de la Competencia 1].

2. **Asuntos profesionales de la partería II:** Identidad profesional; criterios de licencia/regulación; plan para el desarrollo profesional permanente; planes de negocio para la práctica profesional de la partería (p.ej., organización de una maternidad); estudio de varios modelos de cuidados de partería incluidos la homeopatía, el parto en agua y la acupuntura; desarrollo e implementación de políticas de salud.
[KSB relativos a conductas profesionales seleccionados de cada una de las competencias].
3. **Práctica de la partería basada en pruebas:** Diseños de investigación básica y cómo criticar los informes de investigación; definición de la práctica basada en pruebas y cómo implementar resultados básicos de la investigación en el ejercicio profesional; indicadores de los cuidados sanitarios de calidad.
[KSB seleccionados de las Competencias 1-7].
4. **Cuidados de partería: Complicaciones en edad fértil II:** Diagnóstico avanzado y tratamiento y/o derivación de complicaciones graves de la gestación, como diabetes y enfermedades cardíacas; anomalías del recién nacido, niños prematuros, complicaciones en abortos inducidos.
[KSB seleccionados de las Competencias 2-7].
5. **Cuidados autónomos de partería durante la edad fértil:** Este módulo usa las siete declaraciones de competencias con sus KSB (aplicación y síntesis) como resultados de aprendizaje previstos al final del programa de partería. El estudiante proporciona una gama completa de cuidados de partería en distintas situaciones.

3. Sección 2: Módulos de muestra

Introducción

Hay muchas formas de distribuir el contenido (Declaraciones de competencias de la ICM y KSB correspondientes) necesario en el plan de estudios y muchos términos distintos para describir dichas distribuciones. Por ejemplo, el término más tradicional en las universidades es “curso”. Otros usan “unidad instructiva” para describir el contenido que se incluye en un área de estudio específica. La elección de la palabra “módulo” para estos paquetes de recursos de la ICM fue deliberada y se basa en el enfoque de estudio individual para el aprendizaje de adultos y la necesaria demostración de competencias prácticas como matrona principiante.

Un módulo es una unidad completa de formación que ofrece directrices claras tanto al estudiante como al profesor sobre lo que se tiene que demostrar al final de la unidad (resultados del aprendizaje), los elementos de conocimiento y técnicas específicas y las conductas profesionales que se esperan para completar satisfactoriamente los resultados del aprendizaje. La competencia en la práctica de la partería en los tres ámbitos de aprendizaje la evalúa el propio estudiante mediante la autoevaluación, y un preceptor cualificado en partería mediante la observación directa de los resultados de aprendizaje esperados. Un enfoque propuesto para el desarrollo de un módulo puede consultarse en el Apéndice C: Ficha de trabajo para el desarrollo del módulo.

Esta sección del paquete de recursos incluye un esquema de dos módulos de muestra:

- Introducción a la partería;
- cuidados de partería en embarazos normales.

Se eligieron estos módulos porque representan la teoría básica (*Introducción a la partería*) y cómo se demuestran en la práctica los KSB antenatales (*Cuidados de partería en embarazos normales*). También ilustran cómo un módulo se puede dividir en subunidades basadas en contenido parecido o similar. Puede haber subunidades en todos los módulos o en algunos, dependiendo de quién sea el profesor titular (experto) y la agrupación lógica de contenidos. Por ejemplo, en el módulo Ciencias básicas, probablemente habrá subunidades sobre biología/microbiología, química general, anatomía humana y fisiología, fisiopatología y farmacología con diferentes profesores cada una. Otro ejemplo es que el módulo de Salud reproductiva puede tener subunidades como cuidados de salud de las mujeres, educación de los padres y planificación familiar o el módulo Parto y nacimiento puede tener subunidades sobre cuidados del parto, cuidados durante el nacimiento y el periodo inmediato del posparto y complicaciones habituales con peligro para la vida de la madre y el recién nacido. Con independencia de la forma en que los profesores de partería decidan agrupar el contenido en módulos y subunidades, las decisiones tienen que pensarse cuidadosamente, teniendo en cuenta las necesidades de los estudiantes adultos y expertos disponibles para facilitar el aprendizaje tanto de la teoría como de la práctica.

Módulos de muestra:

Es importante señalar que estos dos módulos de muestra incluyen una sugerencia para la organización del contenido y también un esbozo de lo que podría incluirse, junto con ejemplos de los tipos de actividades de aprendizaje y recursos disponibles. Usando como punto de referencia fundamental las *Competencias esenciales de la ICM* para la práctica básica de la partería 2010, el profesor de partería decide cómo agrupar contenidos similares y redacta los KSB en un lenguaje apropiado al contexto educativo y al país. Esto significa que hay una cierta flexibilidad en el uso de las competencias de la ICM, ya que se pueden adoptar tal cual están, adaptarse al lenguaje común del país, o añadirse según las necesidades del país. No obstante, cada uno de los KSB que se han indicado como “básicos” debe incluirse en el plan de estudios, no se puede eliminar ninguno cuando se está preparando a una matrona totalmente cualificada de acuerdo con la definición de la ICM.

Introducción a la partería

Cuatro (4) semanas⁴

Introducción/descripción del módulo

Este módulo es una introducción de la profesión de matrona y de qué forma las matronas y los cuidados de partería pueden fomentar la salud de las mujeres y de las familias en edad fértil en el mundo. Se divide en tres subunidades: 1) factores que afectan a la situación y la salud de las mujeres en el mundo, 2) la Confederación Internacional de Matronas, y 3) funciones y responsabilidades de la matrona profesional. Cada subunidad tiene sus propios resultados del aprendizaje, lista de contenidos y sugerencias para actividades de aprendizaje. Una vez terminadas todas las subunidades satisfactoriamente, habrá superado los resultados generales del aprendizaje. ¡Bienvenido al apasionante mundo de la partería!

Resultados generales del aprendizaje

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

1. Conocer la gama de factores que afecta a la salud de las mujeres en el mundo
2. Describir la importancia global de la Confederación Internacional de Matronas
3. Hablar sobre las funciones y responsabilidades de la matrona profesional

Contenido general extraído fundamentalmente de la competencia nº 1 de la ICM:

Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para las mujeres, los recién nacidos y las familias en edad fértil. Se ha añadido contenido sobre la ICM.

Nota para los estudiantes: Es recomendable dedicar un tiempo a leer todo el módulo antes de seleccionar una subunidad para empezar a estudiar. En este módulo no importa con qué unidad se empiece, ya que cada uno constituye un área independiente y se necesitan los tres para completar los resultados generales de aprendizaje. Si tiene alguna duda sobre este módulo, pídale a su profesor que se las aclare. Es aconsejable hablar de los estudios con los compañeros, pero no depende de otros para preparar el contenido necesario. Sus aportaciones serán mejores cuando se han preparado con tiempo suficiente.

⁴ Este módulo se ofrecerá con toda probabilidad al mismo tiempo que Salud pública, Deontología profesional e Investigación y práctica basada en pruebas para estudiantes de acceso directo ya que una gran parte del contenido es complementario. Se dará al principio del contenido de partería para los estudiantes de posgrado.

Subunidad 1: Factores que afectan a la salud de las mujeres en el mundo

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

- 1.1 Identificar de qué manera la pobreza, malnutrición, bajo nivel educativo y distintas formas de discriminación afectan a la salud de las mujeres en muchas zonas del mundo
- 1.2 Hablar sobre cómo la denegación del derecho humano básico a la seguridad afecta a la salud de las mujeres en todo el mundo
- 1.3 Describir los papeles que la sociedad mantiene y fomenta para las mujeres y que podrían conllevar una mala salud
- 1.4 Presentar un plan de acción para mejorar la salud de las mujeres en el país de origen del estudiante

Lista de contenidos

- ▶ Estudio de la comunidad y determinantes sociales de la salud (p. ej., ingresos, alfabetización y educación, haciendo hincapié en las mujeres y las niñas);
- ▶ estudio de los derechos humanos básicos y su efecto en la salud de mujeres y niñas cuando se deniegan; p. ej., violencia doméstica, mutilación genital femenina (MGF), VIH/SIDA;
- ▶ cultura y creencias locales, incluidos los papeles y estatus asociados al género;
- ▶ indicadores de servicios de salud de calidad.

Actividades de aprendizaje propuestas (estudio individual)

1. Hay varios sitios web con información sobre la situación de la salud de las niñas y las mujeres en varios países del mundo. Entre las más destacadas están:
 - State of the World's Women 2011 (situación de las mujeres en el mundo en 2011) de Save the Children en www.savethechildren.org/;
 - informes sobre adolescentes y mujeres de Women Deliver en www.womendeliver.org;
 - UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2011 en www.unicef.org/sowc/;
 - informes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre el avance hacia los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) en <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>;
 - UNFPA tiene un objetivo concreto sobre las mujeres y las matronas. En su sitio web puede encontrar información sobre igualdad de género, salud reproductiva y otros temas de interés. www.unfpa.org;
 - el sitio web de la Organización Mundial de la Salud tiene excelentes recursos sobre derechos humanos y salud. www.who.ch;
 - la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH) también tiene un sitio web con

información y comunicación por correo electrónico con los que apoyan sus iniciativas de divulgación (se admiten inscripciones a título personal). www.pmnch.org.

2. Es aconsejable visitar el centro de estadísticas del ministerio de Salud local para conseguir los informes más recientes sobre la salud de las niñas y las mujeres, incluidas las tasas de morbilidad y mortalidad en su zona o país.
3. Si en su clase de partería hay compañeros de otros países, puede resultar útil comparar la situación sanitaria de las niñas y las mujeres por país como grupo y analizar las posibles causas de tales diferencias.
4. Es recomendable estudiar las fichas de trabajo que le haya entregado el profesor para organizar las ideas sobre la salud de las mujeres en su país.

Otros recursos de aprendizaje

1. Thompson, J. B. (2007). Poverty, development, and women: Why should we care? *JOGNN* 36: 6: 523-530.
2. Thompson, J.B (2005). International policies for achieving Safe Motherhood: Women's lives in the balance. *Health Care for Women International* 26: 6, 472-483, (junio-julio).
3. Thompson, J.B (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49:3.175-181 (mayo-junio).
4. Incluya aquí los recursos específicos del país a disposición de los estudiantes.

Subunidad 2: Confederación Internacional de Matronas (ICM)

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

- 2.1 Definir los objetivos y metas de la ICM
- 2.2 Hablar sobre el modo en el que la estructura organizativa y las prioridades de la ICM pueden reforzar la partería en el país de origen del estudiante
- 2.3 Analizar los documentos fundamentales de la ICM que afecten al país de origen del estudiante
- 2.4 Identificar desafíos y oportunidades globales clave para la profesión de partería que la ICM podría tratar
- 2.5 Elaborar un borrador de declaración de postura de la ICM para tratar un desafío mundial para la partería

Lista de contenidos

- ▶ Prioridades, metas y objetivos de la ICM (pilares);
- ▶ estructura organizativa: afiliación, órgano de decisión, regiones, sede central;
- ▶ documentos fundamentales y declaraciones de postura: Definición de matrona, ámbito de trabajo, código deontológico, normas para la educación y la regulación;
- ▶ *informe sobre el estado mundial de la partería 2011*;
- ▶ influencia global de la partería (Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Actividades de aprendizaje propuestas (estudio individual)

1. Si tiene acceso a Internet, visite el sitio de la ICM para obtener información actualizada sobre la Confederación. www.internationalmidwife.org
2. Otra fuente de información sobre la ICM es el nuevo *International Journal of Childbirth* disponible en línea y en papel.
3. Es conveniente averiguar si hay una asociación de matronas en su país y si pertenece a la ICM. Si es así, visite su sede para ver los recursos disponibles sobre partería internacional y la ICM.

Recursos de aprendizaje disponibles

1. La principal fuente de información sobre la Confederación Internacional de Matronas es su sitio web www.internationalmidwife.org
2. Examine las declaraciones de posición de la ICM sobre educación, normativas, colaboración con las mujeres y las familias, derechos humanos.
3. El informe *Estado Mundial de la Partería en 2011* está disponible en CD en UNFPA o en línea en www.internationalmidwives.org
4. Thompson, J.E., Herschderfer, K., Duff, E. (2005). The midwife takes center stage in the global arena in 2005: The International Confederation of Midwives (ICM). *Journal of Midwifery y Women's Health*, 50:4, 269-271 (julio-agosto).
5. Añada aquí otros recursos específicos a disposición del estudiante. Puede remitir a los estudiantes a las delegaciones de la OMS o de UNFPA, si hay en su país.

Subunidad 3: La matrona profesional

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

- 3.1 Comparar la definición de matrona en su país con la *Definición de matrona (2011)* de la ICM
- 3.2 Hablar sobre las ventajas y desventajas de las distintas trayectorias educativas para la partería
- 3.3 Evaluar el ámbito de trabajo de la partería en su país por su capacidad para satisfacer las necesidades de las mujeres y las familias en edad fértil
- 3.4 Hablar sobre las ventajas y desventajas de los diferentes reconocimientos legales de las matronas
- 3.5 Definir las responsabilidades fundamentales de la matrona según el código deontológico de la profesión, ámbito y normas de trabajo

Lista de contenidos

- ▶ Definición de matrona y ámbito del ejercicio de la partería;
- ▶ acciones coherentes con la ética profesional, valores y derechos humanos;
- ▶ acciones coherentes con las pautas para la práctica;
- ▶ responsabilidad por las decisiones y actuaciones clínicas;
- ▶ mantenimiento de los conocimientos y técnicas de partería para estar al día en el ejercicio de la profesión;
- ▶ respeto de las personas y su cultura y costumbres con independencia de su estatus, origen étnico o creencia religiosa;
- ▶ requisitos del organismo regulador del ejercicio de la partería;
- ▶ normas locales de información para el registro de nacimientos y muertes;
- ▶ *competencias esenciales de la ICM para la práctica básica de la partería 2010*;
- ▶ *normas globales para la formación en partería 2010 de la ICM con una guía de apoyo.*

Actividades de aprendizaje propuestas (estudio individual)

1. Visitar al organismo regulador de la partería en el país para conocer la definición local de matrona y el ámbito permitido para el ejercicio de la profesión. A continuación, comparar esos documentos con la Definición de matrona y ámbito de práctica (2011) de la ICM.
2. Examinar los distintos programas de formación profesional en salud del país y hablar con los compañeros sobre la preparación previa y el tipo de programa de partería en el que se ha matriculado. ¿Es la misma trayectoria profesional que para médicos y enfermeras en su país? En caso negativo, ¿por qué no?
3. También puede hablar de la necesidad de normas educativas para los profesionales de la salud.

4. Examinar las siguientes preguntas con compañeros y profesores. ¿Es la partería una profesión? ¿Son profesionales las matronas? Explique los motivos de las respuestas
5. Investigue si hay un código deontológico o conducta ética para las matronas en su país. En caso afirmativo, compare su contenido con el *Código Deontológico Internacional 2008* de la ICM. Si no hay un código deontológico específico, trabaje con sus compañeros para desarrollar uno.
6. Examine las normas para el ejercicio de la partería y empiece a hablar de las funciones y responsabilidades de las matronas en su país.
7. Pida los requisitos específicos para informar sobre nacimientos y muertes en su país durante su visita al departamento de estadísticas vitales del ministerio de Salud local.

Otros recursos de aprendizaje

1. Fullerton, J.T., Johnson, P.G., Thompson, J.B., Vivio, D. Quality considerations in midwifery pre-service education: Exemplars from Africa. *Midwifery*. 2011;27(3):208-315.
2. Fullerton, J.T., Gherisi, A., Johnson, P.G., Thompson, J.B. Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. *International Journal of Childbirth* 2011;1:1, 4-12.
3. Fullerton, J.F., Thompson, J.E., Severino, R. The International Confederation of Midwives Essential competencies for basic midwifery practice: An updated study 2009-2010. *Midwifery* 2011; 27 (4):399-408.
4. Thompson, J.E., Fullerton, J.T., Sawyer, A. The International Confederation of Midwives' Global Standards for Midwifery Education (2010) with companion guidelines. *Midwifery* 2011;27(4):409-416.
5. Hay que añadir referencias específicas del país junto con fichas de trabajo o estudios de casos que hayan preparado los profesores para los estudiantes.

Evaluación general de las estrategias de aprendizaje y calendario

1. En este módulo habrá dos exámenes en papel. El primero está previsto hacia la mitad del módulo (indicar la fecha y la hora concretas) y el segundo al final del módulo: 50% de la nota del módulo
2. El estudiante tendrá que participar activamente en los debates con los compañeros y en el grupo, habiendo preparado dichos debates con antelación: 25% de la nota del módulo
3. Los estudiantes presentarán un trabajo de cinco páginas sobre la pregunta: "¿De qué forma la partería profesional y las matronas fomentan la salud de las mujeres y las familias en edad fértil en el mundo?" (añadir la fecha para entregar el trabajo): 25% de la nota del módulo

Evaluación general del módulo ⁵

Debe completar la siguiente evaluación del módulo y hablar con los profesores: Rodee con un círculo la respuesta que más se acerque a su evaluación de las distintas partes de este módulo:

- | | | | |
|--|-----------|---------------------|-----------|
| 1. He conseguido los siguientes resultados de aprendizaje en el tiempo asignado: | | | |
| a. Conocer la gama de factores que afecta a la salud de las mujeres en el mundo | Sí | Parcialmente | No |
| b. Describir la importancia global de la Confederación Internacional de Matronas | Sí | Parcialmente | No |
| c. Hablar sobre las funciones y responsabilidades de la matrona profesional | Sí | Parcialmente | No |
| 2. Las actividades académicas me han ayudado a aprender | Sí | Parcialmente | No |
| 3. El grupo me ha ayudado a aprender | Sí | Parcialmente | No |
| 4. Los recursos para el aprendizaje eran útiles y estaban disponibles | Sí | Parcialmente | No |
| 5. El profesor me ayudó a aprender eficazmente | Sí | Parcialmente | No |
| 6. El profesor me animó a aprender | Sí | Parcialmente | No |
| 7. El profesor era justo e imparcial a la hora de evaluar mi aprendizaje | Sí | Parcialmente | No |
| 8. Los aspectos más útiles del módulo fueron: (especificar) | | | |
| 9. Sugerencias de cambios en el módulo (especificar) | | | |

Nombre _____ Fecha _____

Nota: Es recomendable que los estudiantes firmen su evaluación para que se puedan tratar los detalles con el profesor de partería. Responsabilizarse de las propias críticas es una importante lección y a menudo se evitan comentarios injustificados sobre aspectos de la enseñanza y el aprendizaje que no se pueden cambiar como la vestimenta, los rasgos físicos o la personalidad. Del mismo modo, la evaluación del alumno tiene que ser comentada abiertamente entre profesor y el alumno.

⁵ El módulo de evaluación puede ser breve o muy detallado, dependiendo de las opciones de los profesores de partería

Cuidados de partería en embarazos normales 8 semanas⁶

Introducción/descripción del módulo

Este módulo presenta al estudiante los conocimientos, técnicas y conductas profesionales necesarios para ofrecer cuidados antenatales de gran calidad y maximizar la salud durante el embarazo junto con la detección prematura de posibles amenazas para la salud de la embarazada o del feto. Este módulo es continuación de la aplicación práctica de conocimientos, técnicas y conductas profesionales para el cuidado de las mujeres y las familias durante uno de los acontecimientos más importantes de la vida: el embarazo y la preparación para el parto. Este módulo le ofrece muchas oportunidades de trabajar con las mujeres y las familias para conseguir los mejores resultados de cada embarazo. ¡Que lo disfrute!

Resultados generales del aprendizaje

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

1. Proporcionar cuidados antenatales de gran calidad y basados en pruebas a las mujeres que solicitan servicios de partería
2. Realizar una serie de clases de preparación para el parto con un grupo de mujeres embarazadas

El contenido general procede fundamentalmente de los aspectos de salud de la competencia n.º 3 de la ICM: Las matronas ofrecen una atención antenatal de alta calidad para proteger la salud durante el embarazo y esto incluye la detección precoz y el tratamiento o la derivación de determinadas complicaciones:

Nota para los estudiantes: En este módulo hay muchos KSB relativos a la administración de cuidados antenatales (subunidad 1) y hay que entender cada uno de ellos antes de trabajar con mujeres embarazadas y sus familias para ayudarles a prepararse para el parto y ser padres (Subunidad 2). Siempre que sea posible aplicará los conocimientos y técnicas a la atención real de mujeres embarazadas mientras sigue aprendiendo los KSB del cuidado antenatal.

Subunidad 1: Componentes y práctica de los cuidados antenatales

Al terminar este módulo, el estudiante podrá:

Resultados teóricos:

- 1.1 Conocer los elementos clave de la anatomía reproductiva, fisiología, genética y biología
- 1.2 Articular los principios para fechar correctamente un embarazo
- 1.3 Identificar los elementos de un historial clínico y de un examen físico orientado para cada visita antenatal

⁶ Los profesores de partería deciden la secuencia de los módulos en el segundo año. El módulo Embarazo normal con sus prácticas normalmente se hará después de las 3-4 primeras semanas de estudio de Demografía y Proceso de cuidados de partería, y 8 semanas de Salud reproductiva. Después habrá 12-16 semanas (dependiendo del volumen de prácticas disponible) combinando Parto/nacimiento normales, Posparto normal, Recién nacido sano y Técnicas para salvar vidas. Tenga en cuenta que el contenido de la última se divide en módulos diferentes, pero el elemento práctico debe centrarse en mantener los cuidados de la madre/bebé juntos siempre que sea posible.

- 1.4 Conocer los resultados normales de las pruebas de laboratorio básicas
- 1.5 Describir el desarrollo normal del embarazo para la mujer y el feto
- 1.6 Conocer los principios básicos de la farmacocinética de los medicamentos que toma la mujer durante el embarazo y los efectos en la mujer y el feto
- 1.7 Conocer los métodos para aliviar las molestias habituales de la embarazada
- 1.8 Indicar los elementos de una primera visita antenatal o de una visita de control

Resultados prácticos/clínicos:

- 1.1 Realizar una visita antenatal completa de acuerdo con el proceso de cuidados de partería
- 1.2 Realizar la evaluación de la salud de la embarazada con seguridad y las mínimas molestias para la mujer obteniendo resultados precisos
- 1.3 Realizar un examen abdominal de la mujer de forma sistemática usando las técnicas correctas
- 1.4 Confirmar correctamente el embarazo y su normal desarrollo
- 1.5 Determinar exactamente el crecimiento y desarrollo normales del feto en el embarazo
- 1.6 Enseñar y/o demostrar las medidas para reducir las molestias habituales en el embarazo
- 1.7 Identificar las preocupaciones y/o necesidades concretas de la mujer durante cada visita y trabajar con ella para desarrollar e implementar un plan de cuidados
- 1.8 Identificar correctamente las desviaciones habituales respecto a lo normal durante el embarazo e implantar una gestión de primera línea adecuada a partir de directrices basadas en pruebas, normas locales y recursos disponibles.
- 1.9 Registrar los resultados completamente y con exactitud para cada visita antenatal
- 1.10 Evaluar precisamente la eficacia de sus cuidados de partería

Lista de contenidos teóricos y prácticos

- ▶ anatomía reproductiva, fisiología, ciclo menstrual, proceso de concepción;
- ▶ signos y síntomas del embarazo;
- ▶ datar el embarazo por historial de menstruaciones, tamaño del útero, patrones de crecimiento intrauterino y uso de ultrasonido (en su caso);
- ▶ calcular la fecha prevista para el parto;
- ▶ desarrollo placentario, circulación y función;
- ▶ componentes del historial clínico y examen físico orientado a las visitas antenatales;
- ▶ resultados normales de las pruebas básicas de laboratorio usadas en el país;

- ▶ cambios del cuerpo en el embarazo, molestias habituales, crecimiento intrauterino normal;
- ▶ cambios psicológicos normales durante el embarazo;
- ▶ medidas para valorar el bienestar del feto durante el embarazo;
- ▶ necesidades nutricionales de la embarazada y del feto;
- ▶ sustancias no farmacológicas seguras disponibles localmente para el alivio de las molestias habituales del embarazo;
- ▶ farmacocinética de los medicamentos recetados, dispensados o suministrados a la embarazada;
- ▶ efectos de los medicamentos prescritos, drogas, medicinas tradicionales y medicamentos sin recetas en la embarazada y el feto;
- ▶ prevención de las ETS y la infección por VIH;
- ▶ signos y síntomas e indicios para la intervención inmediata y la derivación de complicaciones habituales del embarazo, incluidas la infección por VIH, malaria, sangrado vaginal, preeclampsia y sífilis;
- ▶ indicios para el uso de medicamentos específicos para salvar vidas como antibióticos, anticonvulsivos, medicamentos para la malaria y antirretrovirales.

Actividades de aprendizaje propuestas (estudio individual)

1. Hacer las lecturas obligatorias/recomendadas seleccionadas por el profesor como las más adecuadas para los temas que hay que estudiar.
2. Dada la disponibilidad de un libro de texto de partería, resulta útil leer los capítulos dedicados a la administración de cuidados prenatales para comprender y aprender el contenido necesario.
3. Analizar estudios de casos antenatales preparados por los profesores a partir de situaciones reales por grupos pequeños de compañeros.
4. Puede resultar conveniente repasar la anatomía femenina y la fisiología reproductiva en un libro de texto de medicina u obstetricia, los medicamentos habituales usados en el embarazo en un libro de farmacología y los valores normales de las pruebas de laboratorio en un manual de laboratorio.
5. Comprender el ciclo menstrual y la fertilización del óvulo puede resultar complicado al principio. Revisar el material audiovisual o los gráficos del programa que representan la interacción de hormonas necesarias para la concepción.
6. Si el programa cuenta con maniqués de plástico, manipular una pelvis femenina puede ayudar a comprender la relación de los huesos pélvicos, donde se encaja el útero y qué efecto tiene el principio y el final del embarazo en estructuras próximas como la vejiga y los intestinos. Trabajar en equipo con los compañeros usando maniqués de plástico también puede resultar una estrategia de aprendizaje útil.
7. En Internet puede encontrar la información más actual sobre medicamentos con receta, sin receta y remedios tradicionales.

8. Hablar con las mujeres de la comunidad (grupos de trabajo) puede darle más información sobre cómo, cuándo y por qué usan remedios tradicionales durante el embarazo.
9. Puede ser una buena idea prever algunos días de observación al principio del módulo para ver cómo una matrona experimentada hace una visita antenatal, con el permiso de la embarazada, de la matrona y del centro de prácticas.
10. Seguir el programa de los días y horarios de prácticas en el lugar asignado. Prepararse para cada ocasión revisando las políticas o protocolos para cuidados antenatales y pidiendo orientación sobre el centro y los archivos. Planificar la conversación diaria sobre el proceso de aprendizaje con la matrona que ejerce de preceptor e identificar las necesidades de aprendizaje concretas antes de cada día de prácticas.
11. Si tiene dificultades para elaborar un historial organizado, quizás obtenga permiso para grabar la sesión y revisarla después.
12. Las prácticas clínicas sobre las manipulaciones necesarias durante los cuidados antenatales como la palpación abdominal y el examen pélvico pueden aportar experiencias de aprendizaje valiosas en un entorno seguro.

Otros recursos de aprendizaje

1. Busque en el sitio web de la OMS los módulos sobre partería y revise el módulo sobre comunidad. Los demás módulos tratan sobre las causas habituales de muerte de la madre como preeclampsia/eclampsia, hemorragia, parto obstruido e infecciones. Se utilizarán más en el tercer año cuando se traten las complicaciones del parto.
2. Algunos programas disponen de vídeos de profesores administrando cuidados antenatales que los estudiantes pueden ver cuando lo necesiten.
3. Recursos audiovisuales, diapositivas de PowerPoint y modelos de simulación disponibles.
4. Fichas de trabajo, estudios de caso y ejemplos de preguntas para fomentar la aplicación de los conocimientos y la reflexión en la práctica son herramientas útiles diseñadas por el profesor para facilitar el aprendizaje.
5. Insertar citas de revistas, preferiblemente del país o de la zona que reflejen prácticas habituales basadas en pruebas durante un embarazo normal.

Evaluación general de las estrategias de aprendizaje y calendario

1. Habrá tres exámenes escritos para demostrar el conocimiento teórico y su aplicación en casos clínicos. Se harán (fecha, hora) aproximadamente cada tres semanas. (60 %)
2. Los estudiantes tendrán que preparar un seminario sobre un tema concreto. (20 %)
3. Participación en el aprendizaje basado en el descubrimiento con un grupo pequeño. (20 %)
4. Evaluación formativa continuada de los cuidados clínicos durante todo el módulo.
5. Demostración final de competencias en cuidados de partería en una situación real al final del módulo. (Aprobado/suspenso)

Subunidad 2: Asesoramiento en salud y formación para el parto

Al terminar esta subunidad, el estudiante podrá:

- 2.1.1 Proporcionar los consejos y asesoramiento en salud basado en necesidades (orientación preventiva) para distintas embarazadas
- 2.1.2 Diseñar una serie de sesiones de formación para el parto que incluya la preparación básica para el parto, el nacimiento y la paternidad

Lista de contenidos

- ▶ Medidas para aliviar las molestias habituales en el embarazo;
- ▶ educación para la salud (higiene, sexualidad, trabajo en y fuera de casa);
- ▶ signos y síntomas de peligros;
- ▶ preparación para emergencias;
- ▶ elección de un lugar seguro para el parto y el nacimiento;
- ▶ cuándo y cómo ponerse en contacto con la matrona;
- ▶ elementos esenciales de la planificación del nacimiento;
- ▶ fisiología de la lactancia y métodos para preparar a las mujeres para la lactancia;
- ▶ preparación del hogar y la familia para el recién nacido;
- ▶ signos y síntomas de inicio del parto;
- ▶ técnicas para aumentar la relajación y medidas para aliviar los dolores del parto.

Actividades de aprendizaje propuestas (estudio individual)

1. Empiece leyendo las lecturas asignadas.
2. Consulte el libro de texto de partería para conocer las necesidades de educación en la salud de las embarazadas y busque en Internet clases de preparación al parto.
3. En una conversación con los compañeros, empiece a pensar sobre qué orientación preventiva sobre el embarazo se necesita y diseña un plan de orientación preventiva para cada trimestre, p. ej., primer trimestre: efectos de los primeros cambios hormonales, náuseas, frecuencia urinaria; segundo trimestre: necesidades nutricionales durante el embarazo, crecimiento y desarrollo del feto; tercer trimestre: preparación para el parto y el nacimiento, cuidado del recién nacido, lactancia, preparación para emergencias.
4. Puede resultar útil llevar a cabo juego de roles con los compañeros para dar consejos sobre cómo aliviar los dolores del ligamento redondo, dolor de espalda, o edema en las piernas, por ejemplo.

5. También puede observar a otra matrona impartiendo una clase en educación para el parto antes de diseñar el contenido de sus propias conferencias clínicas/de trabajo o clases formales para mujeres embarazadas y sus parejas.
6. Trabajar con los compañeros para diseñar una serie de cuatro a seis clases con contenido y actividades que ayuden a las embarazadas y sus parejas, en su caso, a prepararse para el parto, nacimiento y cuidado del recién nacido.
7. Colaborar con el profesor para programar clases para el parto y conocer el lugar y a las mujeres que van a participar en la clase. Si las clases no son algo habitual, quizás sea necesario anunciarlas y conseguir que algunas embarazadas asistan. Recuerde que las embarazadas son importantes colaboradoras en su aprendizaje y muchas estarán dispuestas a ayudarle a conseguir la experiencia necesaria para ser una buena matrona.
8. Mantener un diario de lo aprendido en la administración de cuidados prenatales, que refleje sus avances y las necesidades de aprendizaje futuras que tiene que comentar con el profesor.

Otros recursos para el aprendizaje

1. El programa puede contar con recursos de enseñanza que pueden utilizarse durante las clases de preparación para el parto
2. Pida tiempo para que le observen mientras imparte una clase de formación para el parto con comentarios del profesor y los compañeros.
3. Añada artículos y materiales específicos del país como opciones para mejorar el aprendizaje.

Evaluación general de las estrategias de aprendizaje y calendario

1. Planifique un grupo pequeño para orientación preventiva por trimestre de embarazo. (25 %)
2. Simulacro de presentación de medidas para aliviar las molestias habituales en el embarazo. (25 %)
3. Opiniones del profesor y de los padres sobre las clases de educación para el parto. (50 %)

Evaluación general del módulo⁷

Debe completar la siguiente evaluación del módulo y hablar con los profesores: Rodee con un círculo la respuesta que más se acerque a su evaluación de las distintas partes de este módulo:

- | | | | |
|---|-----------|---------------------|-----------|
| 10. He conseguido los siguientes resultados de aprendizaje en el tiempo asignado: | | | |
| a. Proporcionar cuidados antenatales de gran calidad y basados en pruebas a las mujeres que solicitan servicios de partería | Sí | Parcialmente | No |
| b. Realizar una serie de clases de preparación para el parto con un grupo de mujeres embarazadas | Sí | Parcialmente | No |
| 11. Las actividades académicas me han ayudado a aprender | Sí | Parcialmente | No |
| 12. Los recursos para el aprendizaje eran útiles y estaban disponibles | Sí | Parcialmente | No |
| 13. El profesor me ayudó a aprender eficazmente | Sí | Parcialmente | No |
| 14. El profesor me animó a aprender | Sí | Parcialmente | No |
| 15. El profesor era justo e imparcial a la hora de evaluar mi aprendizaje | Sí | Parcialmente | No |
| 16. La experiencia práctica fue suficiente para demostrar los cuidados antenatales | Sí | Parcialmente | No |
| 17. El profesor/preceptor clínico estaba a mi disposición en todo momento | Sí | Parcialmente | No |
| 18. Los aspectos más útiles del módulo fueron: (especificar) | | | |
| 19. Sugerencias de cambios en el módulo (especificar) | | | |

Nombre _____ Fecha _____

Es recomendable que los estudiantes firmen su evaluación para que se puedan tratar los detalles con el profesor de partería. Responsabilizarse de las propias críticas es una importante lección y a menudo se evitan comentarios injustificados sobre aspectos de la enseñanza y el aprendizaje que no se pueden cambiar como la vestimenta, los rasgos físicos o la personalidad. Del mismo modo, la evaluación del alumno tiene que ser comentada abiertamente entre profesor y el alumno.

⁷ La evaluación del módulo puede ser breve o muy detallada, dependiendo de lo que decidan los profesores de partería.

Referencias

Accreditation Commission for Midwifery Education (ACME). The knowledge, skills and behaviors prerequisite to midwifery clinical coursework. Silver Spring, MD: ACME; 2005.

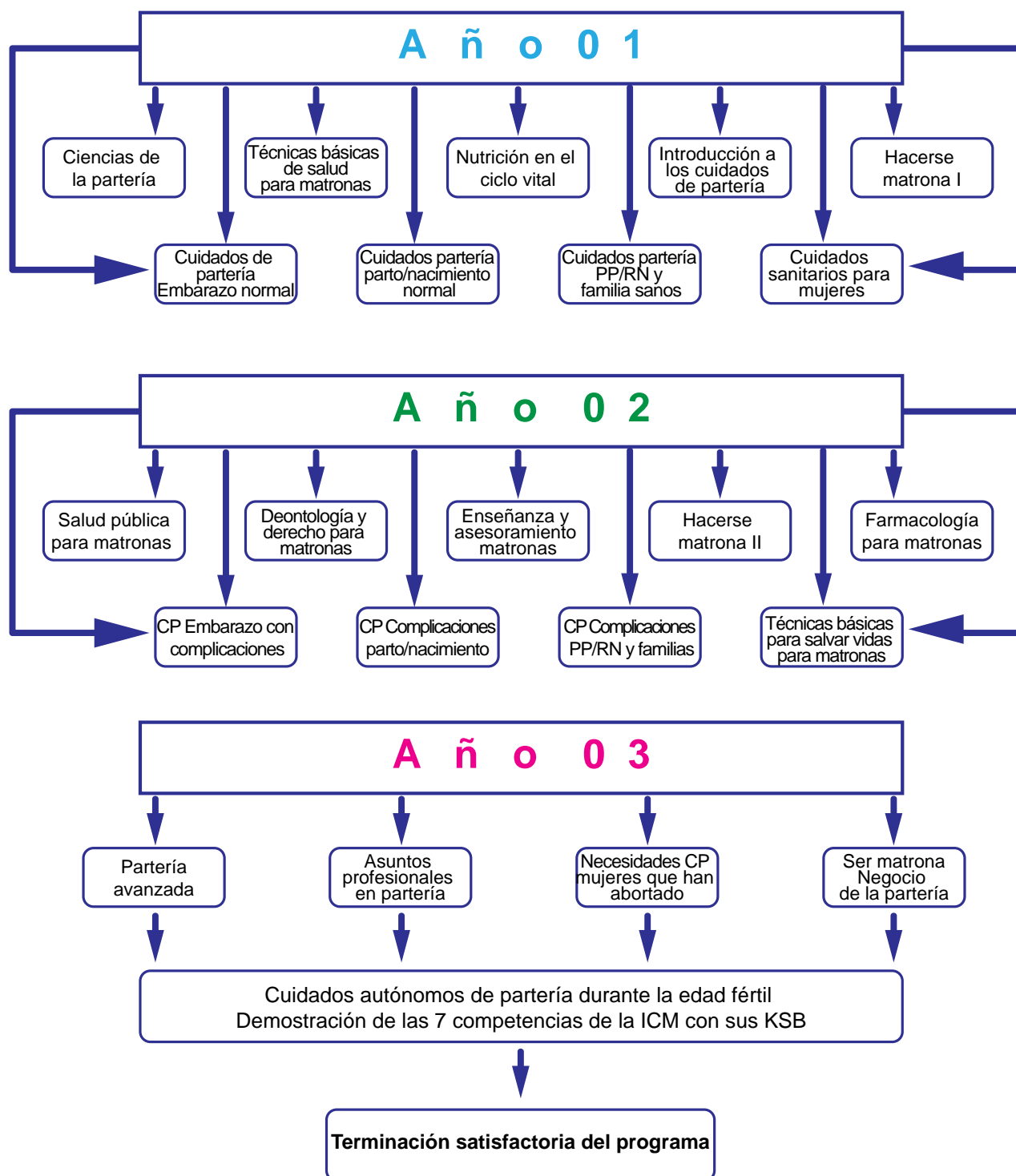
Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.

Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG, Thompson JB. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *Int J Childbirth* 2011; 1(1):4-12.

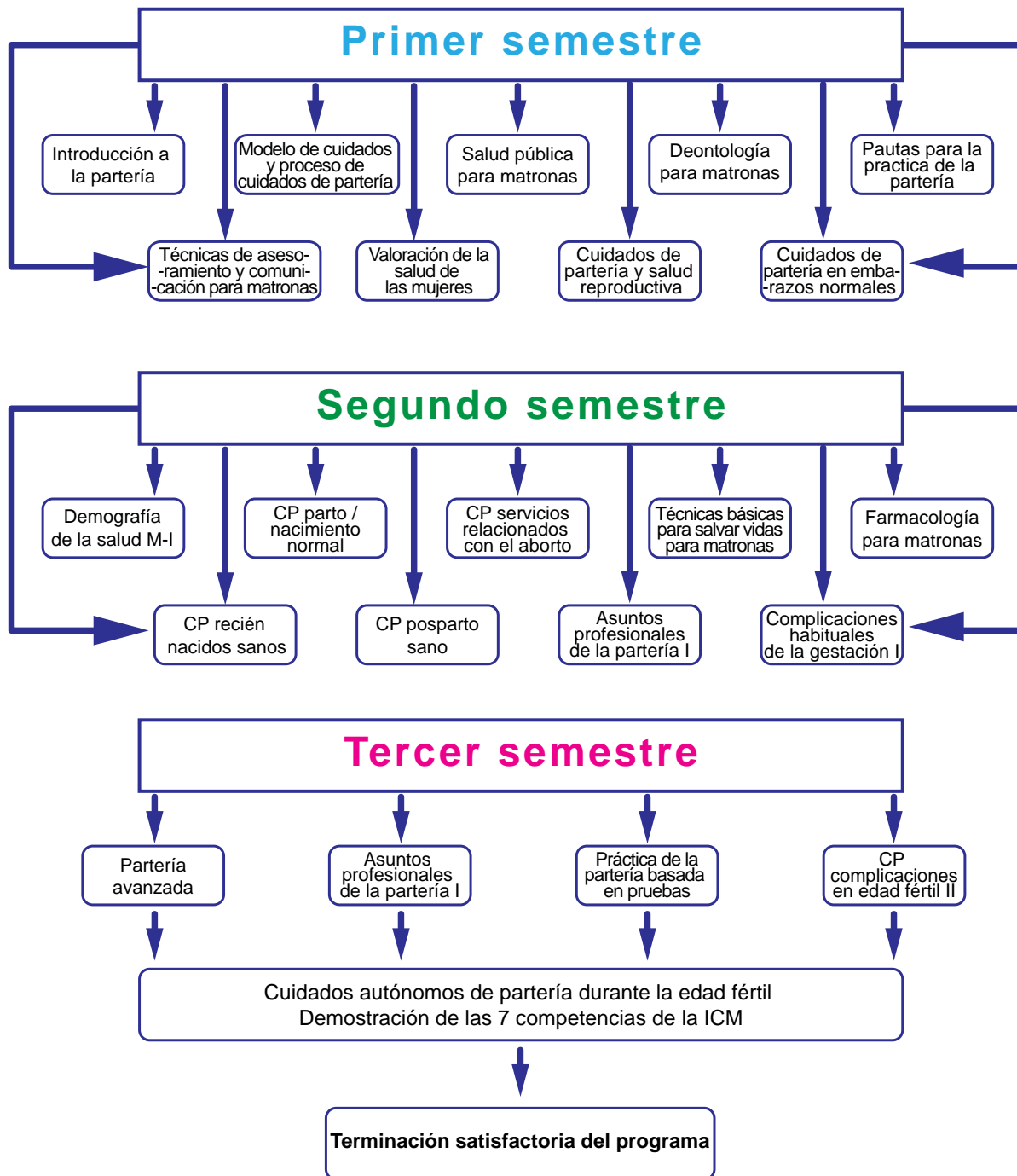
International Confederation of Midwives. ICM Global Standards, competencies and Tools. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/global-standards-competencies-and-tools.html>. [Acceso 13 de marzo de 2013]

Thompson JE, Kershbaumer RM, Krisman-Scott MA. Teaching in the clinical setting. En: *Educating advanced practice nurses and midwives*. Philadelphia: Springer; 2002. p. 121-122.

Resumen del plan de estudios profesionales de partería de la ICM
Apéndice A.1
Representación gráfica de los módulos propuestos para el programa de partería profesional. Acceso directo



Resumen del plan de estudios profesionales de partería de la ICM
Apéndice A.2
Representación gráfica de los módulos propuestos para el programa de partería profesional de posgrado para profesionales sanitarios (18 meses)



Apéndice B

Proceso del cuidado de partería⁸

Este proceso de cuidados es dinámico, continuo y circular cuando se necesita, sigue una sucesión ordenada de pasos y requiere pensamiento crítico y varios tipos y niveles de toma de decisiones a lo largo del mismo. A veces, los datos recogidos o las decisiones tomadas o los resultados imprevistos harán necesaria la revisión de una fase anterior y una nueva planificación con la mujer. El gráfico adjunto ilustra la naturaleza circular del proceso de cuidados

1. **Evaluación:**

Incluye: Historial y necesidades actuales expresadas por la mujer, reconocimiento físico, resultados de laboratorio [funciones cognitivas, psicomotrices y afectivas].

Fuente de datos: Mujer, familia, archivos disponibles, observación.

Criterios de éxito: Recogida de datos sistemática y precisa hecha de una forma respetuosa y culturalmente adecuada.

2. **Toma de decisiones:**

Incluye: Organizar los datos recogidos para aclarar los diagnósticos de partería reales o potenciales basados en las necesidades y problemas de la mujer y determinar si se requiere una acción urgente [funciones cognitivas y afectivas].

Fuente de datos: Véase el Paso 1.

Criterios de éxito: Interpretación correcta de los datos para obtener diagnósticos exactos de partería.

3. **Planificación:**

Incluye: Priorizar la necesidad de actuar junto con la mujer, determinar qué necesidades/problemas se van a resolver mediante las acciones de partería; necesidad de consulta o derivación [funciones cognitivas y afectivas].

Fuente de datos: Pasos 1 y 2.

Criterios de éxito: Plan completo con información de la mujer/familia que incluyan, cuando sea posible, alternativas basadas en pruebas/con justificación fundada.

⁸ Este esquema del modelo de atención de partería ha sido utilizado por profesores y estudiantes de partería en diversos países durante los últimos 40 años. Se actualizó de acuerdo con la *Filosofía y el modelo de atención de la partería, las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería* y el *Código deontológico para matronas* junto con el manual *Life-Saving Skills Manual for Midwives 1991* del ACNM. J. Thompson, 4/12.

4. Implementación:

Incluye: Cuidados de partería seguros, adecuados y oportunos impartidos con compasión y sensibilidad cultural, fomentado los propios cuidados cuando sea posible [funciones cognitivas, psicomotrices y afectivas].

Fuente de datos: Pasos 1, 2 y 3.

Criterios de éxito: Intervención oportuna con cuidados seguros, basados en pruebas, eficaces, éticos, con pasivos, junto con el registro adecuado de los datos y planificación de los cuidados.

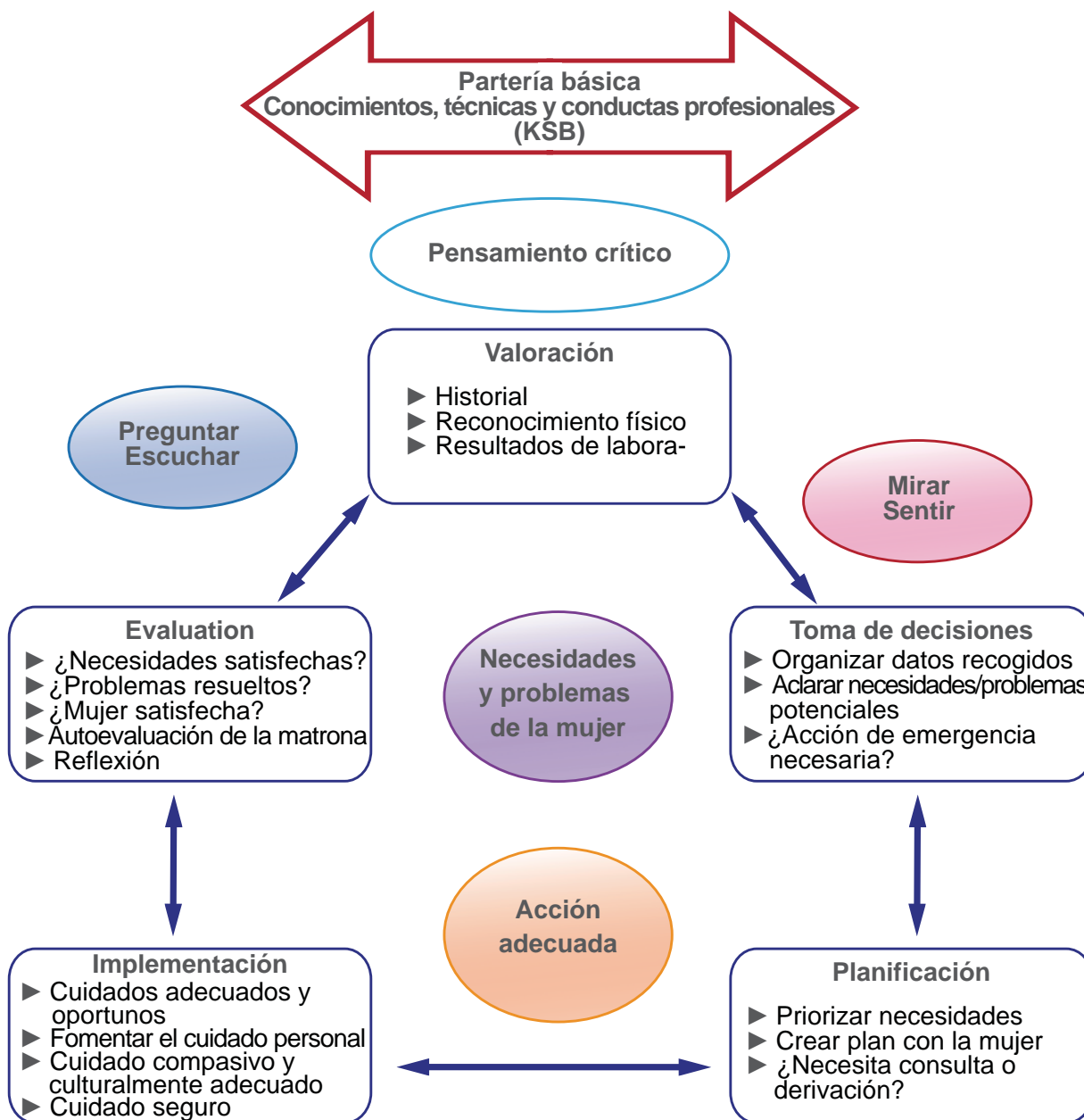
5. Evaluación:

Incluye: Información de la mujer/familia sobre necesidades cubiertas, satisfacción; autoevaluación y reflexión de la matrona sobre los resultados y si se necesita un nuevo enfoque; confirmación/validación de los colegas y profesores [funciones cognitivas y afectivas].

Fuente de datos: Interesado, mujer, familia, compañeros, supervisores.

Criterios de éxito: Hasta qué punto los cuidados administrados satisfacen las necesidades de la mujer y los objetivos de la partería. Los resultados de los cuidados de partería incluyen la mejora de la salud/bienestar de las mujeres y los recién nacidos.

Representación gráfica del proceso de cuidados de partería



Apéndice C

Ficha de trabajo para el desarrollo del módulo⁹

Presentación del módulo: Breve descripción de los contenidos del módulo. Debe convencer al estudiante de que el módulo es importante y que su estudio merece la pena.

Título del módulo: Suficientemente específico para que el estudiante entienda el objetivo central del contenido.

Horas de estudio: Estimación del tiempo necesario para estudiar y lograr resultados. También puede reflejar el tiempo total asignado a un módulo concreto.

Resultados del aprendizaje: Exposición muy concreta sobre lo que el estudiante debe saber, hacer o sentir al final del módulo. Normalmente hay entre 5 y 20 resultados en cada módulo, especialmente si se incluyen subunidades. En el caso de que se incluyan subunidades, empiece con los resultados generales del aprendizaje, después los resultados más específicos para cada subunidad que, una vez terminadas, permitirán al estudiante demostrar satisfactoriamente los resultados generales del módulo.

- Use verbos de actuación muy claros y específicos para redactar los resultados¹⁰
 - o Enumerar;
 - o nombrar;
 - o describir;
 - o esbozar un plan;
 - o demostrar;
 - o explicar;
 - o calcular;
 - o determinar;
 - o realizar.

Contenido incluido: Puede ser una lista de las competencias fundamentales y KSB de la ICM, o un grupo de conceptos relacionados como valoración de la salud o educación de los padres.

⁹ Este documento se basa en un original de M.K. McHugh, University of Pennsylvania Graduate Program in Nurse-Midwifery. Utilizado con permiso.

¹⁰ Muchos educadores toman como referencia la Taxonomía de Bloom para los niveles de demostración, desde los conocimientos hasta la comprensión.

Actividades de aprendizaje para adquirir conocimientos y técnicas: Pueden ser muchos tipos de actividades. El profesor de partería tiene que usar diferentes tipos de actividades de aprendizaje que fomenten el desarrollo y la demostración de competencias. Cada módulo utilizará solo algunas actividades, no todas ellas.

- a. Leer el libro de texto;
- b. leer artículos de revistas;
- c. completar una ficha de trabajo;
- d. asistir a una clase con bastante tiempo para dialogar con el profesor;
- e. observar un procedimiento;
- f. practicar en un modelo en el laboratorio;
- g. ver una película;
- h. leer una página web.

Recursos: Esta sección incluiría materiales escritos, fichas de trabajo, casos prácticos, artículos de Internet, medios audiovisuales.

Exposición de resultados clínicos: Exposición de resultados clínicos fáciles de organizar y eficaces, de acuerdo con las fases del proceso de cuidados de partería (valoración, toma de decisiones, planificación, implementación y evaluación) adaptados específicamente al área de práctica, p. ej., cuidados durante el parto. Es el momento de actuar, y los estudiantes necesitan habilidades psicomotrices y afectivas y aplicar sus conocimientos. Por tanto, la exposición de resultados debe estar redactada de forma que “lleve” al estudiante a un resultado satisfactorio.

Actividades de aprendizaje para desarrollar competencias clínicas: Se trata de prácticas clínicas con distintas mujeres que necesiten cuidados de partería en diferentes centros de prácticas, supervisadas por un profesor o preceptor de partería cualificado.

Evaluación del estudiante: El estudiante debe saber cómo y cuándo se le va a evaluar de la parte teórica del módulo. A veces se puede adjuntar un pequeño test que el estudiante puede hacer antes del examen. También hay que especificar el momento de la evaluación de las prácticas clínicas, incluyendo la autoevaluación del estudiante de forma periódica.

Formulario de evaluación del módulo: Puede ser un formulario breve para preguntar al estudiante qué aspectos del módulo (profesor, actividades, recursos, experiencias prácticas) fueron útiles. Hay que preguntar al estudiante qué cambios haría en el módulo. Es fundamental que los profesores usen esta información de forma positiva y hagan un seguimiento con aquellos estudiantes que quieran hablar más sobre sus experiencias durante el módulo.

Apéndice D

Ejemplo de distribución de la competencia #1 de la ICM y sus KSB

Introducción

Una de las formas de enfocar la organización del contenido de partería y su incorporación a un plan de estudios de partería es repasar cada una de las siete competencias de la ICM con sus KSB, anotando qué nivel o secuencia de KSB tendría para cada declaración de competencia. Este documento ilustra cómo quedaría la Competencia n.º 1 al distribuirse en tres niveles, desde teorías y técnicas sencillas a avanzadas y complejas. Es tan solo uno de los enfoques posibles, pero puede resultar útil para los educadores o consultores en partería a la hora de elaborar un nuevo plan de estudios de partería o para evaluar uno existente. Este mismo proceso puede utilizarse para analizar las otras seis declaraciones de competencia de la ICM y sus correspondientes conocimientos, técnicas y conductas.

Es importante señalar que los “niveles” propuestos se pueden utilizar para determinar qué módulos o unidades del curso se ofrecen en qué momento del plan de estudios, pero no son directivas para ningún curso o mes en particular. Por ejemplo, en los programas de acceso directo, las competencias previas para partería pueden ofrecerse durante el mismo periodo que la introducción a la práctica de la partería en mujeres sanas, partiendo de la premisa de que los estudiantes estarán deseando proporcionar cuidados de partería para las mujeres y familias en edad fértil. En programas de posgrado, el contenido necesario como “requisito previo” para el contenido de partería puede necesitarse antes de comenzar el programa de partería, o se integrará con el contenido de partería al principio del programa. En algunos programas los profesores pueden decidir incorporar contenido sobre gestaciones normales y complicadas en las mismas unidades o módulos del curso, siguiendo la forma en que están estructuradas las competencias n.º 2-7 de la ICM mientras que otros separarán el contenido de la gestación normal o sana de la gestación con complicaciones. Con independencia del enfoque utilizado para decidir qué contenido se ubica dónde y cuándo en el plan de estudios, lo importante es que se incluyan todas las competencias de la ICM con sus KSB y que los profesores y los estudiantes puedan identificarlas.

Nota para los lectores: Muchos programas profesionales de partería han descrito los cursos, contenido y ubicación en sus sitios web. Los profesores de partería pueden encontrar útil visitar estos sitios sobre programas de acceso directo y de posgrado antes de tomar una decisión sobre el modelo de organización más adecuado o preferido para su situación (país). En el paquete de recursos n.º 3 se indican algunos ejemplos de sitios web.

Ejemplo de distribución de KSB de la competencia #1 de la ICM:

“Las matronas tienen el conocimiento y las habilidades necesarias en obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y deontología que forman la base de la atención adecuada de alta calidad e idónea desde el punto de vista cultural para las mujeres, los recién nacidos y las familias en edad fértil”.

Contenido de primer nivel: competencias previas a la partería¹¹

Conocimientos

- Ciencias básicas: Biología (embriología y desarrollo humano), química y microbiología básicas, anatomía y fisiología humanas, farmacología;
- sociología y psicología;
- determinantes sociales de la salud: ingresos, alfabetización y educación, suministro de agua y saneamiento, vivienda, riesgos medioambientales, seguridad alimentaria, patrones de enfermedades, amenazas habituales para la salud;
- salud pública/comunitaria: promoción de la salud, estrategias de prevención y control de enfermedades incluidos los correspondientes programas nacionales, principios epidemiológicos, evaluación de comunidades, interpretación de estadísticas vitales;
- principios de atención primaria basados en la comunidad y la población;
- componentes de los sistemas de apoyo individuales, familiares y comunitarios y cómo movilizar formas de apoyo cuando sea aconsejable;
- la nutrición en el ciclo vital;
- principios de investigación y práctica basada en pruebas;
- indicadores de servicios de salud de calidad;
- principios de educación sanitaria: cómo, qué, cuándo y dónde enseñar;
- servicios e infraestructuras sanitarias nacionales y locales incluidos los sistemas de derivación;
- los derechos humanos y efectos en la salud de las personas;
- cultura y creencias locales e influencia en los valores y comportamientos;
- prácticas sanitarias tradicionales y modernas (beneficiosas, perjudiciales);
- bases teóricas del pensamiento crítico y el razonamiento clínico;
- conductas profesionales: códigos deontológicos;
- bases y uso de la detección sanitaria y pruebas de diagnóstico;
- teorías sobre las relaciones de trabajo en colaboración.

¹¹ Los conocimientos, técnicas y conductas que proceden de otros planes de estudio sanitarios suelen incluir fundamentos de la ciencia, estudios sociales, deontología profesional y técnicas básicas de evaluación física, diagnóstico clínico, etc. Tomado del documento titulado “The knowledge, skills, and behaviors prerequisite to midwifery clinical coursework” (Requisitos previos de conocimientos, técnicas y conductas para el trabajo clínico en partería) de la Competencia n.º 1 de la ICM y de la Comisión de Acreditación para formación en partería (ACME) 2005. El profesorado del programa de partería es responsable de determinar si los estudios sanitarios previos han incluido estas competencias y si el candidato puede demostrarlas en el momento de iniciar el programa de formación en partería. Si el contenido que se exige previamente se integra con el contenido en partería una vez hecha la matrícula, entonces el programa deberá determinar los criterios para iniciar el contenido de partería.

Técnicas

- Pensar de forma crítica, razonar con ética y usar técnicas para la solución de problemas;
- prácticas de acuerdo con las normas aceptadas (cuidados basados en pruebas) y código deontológico;
- colaborar con los demás en los cuidados sanitarios;
- demostrar los principios de una comunicación eficaz;
- proporcionar formación sanitaria usando los materiales, medios y recursos educativos;
- calcular la dosis correcta y administrar la medicación a adultos y recién nacidos por la vía adecuada;
- utilizar las técnicas de comunicación y escucha adecuadas;
- elaborar una historia clínica completa y realizar una exploración física básica;
- reunir, usar y mantener equipos y materiales adecuados para la práctica de la profesión;
- iniciar una intervención de urgencia para la supervivencia (p. ej., reanimación cardiaca básica, tratar conmociones, reanimación y primeros auxilios básicos, administrar oxígeno);
- registrar e interpretar resultados relevantes, incluyendo lo que se ha hecho y el seguimiento necesario;
- evaluar los resultados de los cuidados del paciente y de su satisfacción.

Conductas profesionales

- Disposición para pensar de forma crítica y razonar con ética;
- disposición para aceptar la responsabilidad por las decisiones y resultados de las mismas (agente moral);
- actuar de forma coherente con la ética profesional, valores y derechos humanos;
- comportamiento amable, sin criticar ni discriminar y de forma culturalmente apropiada con todos los clientes;
- es respetuoso con las personas, su cultura y costumbres;
- mantiene la confidencialidad de toda la información de los clientes;
- recomienda la decisión informada, la toma de decisiones con participación y el derecho a la autodeterminación;
- mantiene/actualiza los conocimientos y las técnicas para estar al día en la práctica (p. ej., autoevaluación, evaluación por homólogos, educación permanente para mantener y validar una práctica de calidad).

Nota: Cada una de estas áreas de contenido puede agruparse de forma lógica para determinadas competencias. Por ejemplo, un módulo de salud pública que podría incluir evaluación comunitaria, determinantes sociales de la salud, atención primaria incluyendo promoción de la salud y estrategias de prevención y control de enfermedades, y patrones de enfermedades (epidemiología) y estadísticas vitales; un módulo sobre deontología profesional que podría incluir qué significa ser un agente moral, partidario de la decisión de los clientes y cómo fomentar los derechos humanos y la toma de decisiones ética, un módulo sobre valoración de la salud que podría incluir elaboración del historial, exploración física, diagnóstico clínico, principios de asepsia; un módulo sobre sistemas de atención sanitaria que podría incluir servicios de salud nacionales y locales y su infraestructura, agencias de derivación y servicios sociales encargadas de la salud reproductiva y programas nacionales sobre salud materno-infantil; un módulo de fundamentos de ciencias que incluya principios de farmacología; un módulo de ciencias sociales que incluya cultura, desarrollo humano, dimensiones psicosociales de la gestación y bienestar psicológico de las mujeres.

Contenido de segundo nivel: cuidados de partería para mujeres y recién nacidos fundamentalmente sanos

- Contexto social, epidemiológico y cultural de los cuidados de la madre y el recién nacido (Competencia n.º 1 de la ICM)

Conocimientos

- a. Causas directas e indirectas de la mortalidad y morbilidad maternal y neonatal en comunidades locales y estrategias para reducirlas
- b. Concepto de alerta (preparación), recursos para derivación a instalaciones sanitarias de mayor nivel
- c. Ventajas y riesgos de las instalaciones disponibles para el parto (planificación del parto)
- d. Estrategias para fomentar entre las mujeres distintas instalaciones para un parto seguro

Técnicas y conductas

- a. Usar precauciones generales/estándar, estrategias de prevención y control de infecciones y técnica limpia
- b. Mantener la confidencialidad de toda la información proporcionada por la mujer
- c. Colaborar con las mujeres y sus familias, permitirles y ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su salud y su derecho a rechazar pruebas o intervenciones
- d. Colaborar (en equipo) con otros trabajadores sanitarios para mejorar los servicios que se prestan a las mujeres y las familias
- e. Cumplir todas las normas locales de información para el registro de nacimientos y muertes

Contenido de tercer nivel: Cuidados de partería para mujeres y recién nacidos cuya vida corre peligro, incluida la práctica de la partería avanzada

- Contexto social, epidemiológico y cultural de los cuidados de la madre y el recién nacido (Competencia n.º 1 de la ICM)

Conocimientos

- a. Metodología para realizar un estudio de la muerte materna y auditoría de los casos en los que se evitó
- b. Marcos legales y normativos que rigen la salud reproductiva de las mujeres de todas las edades, incluyendo leyes, políticas, protocolos y orientaciones profesionales
- c. Estrategias de apoyo y capacitación de las mujeres

Técnicas y conductas

- a. Asumir una función de liderazgo en el ejercicio de la profesión a partir de las creencias y valores
- b. Asumir tareas y actividades administrativas y de gestión, incluida la gestión de recursos humanos y calidad (capacidad adicional)
- c. Asumir una función de liderazgo en la arena política (capacidad adicional)

Tal como se ha dicho anteriormente, cada una de las siete competencias de la ICM puede distribuirse en distintos niveles antes de decidir su ubicación concreta en el plan de estudios.

