

Contribuciones de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres

Relatos de la Región de las Américas



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Contribuciones de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres

Relatos de la Región de las Américas

Washington, D.C., 2021

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Contribuciones de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres. Relatos de la Región de las Américas

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32364-9 (pdf)

ISBN: 978-92-75-32363-2 (impreso)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: *Contribuciones de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres. Relatos de la Región de las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323649>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/HR-2021

Fotografías: © Organización Panamericana de la Salud

Índice

Autoría de los relatos	v
Agradecimientos	ix
Introducción	1
Propósito	5
Método	7
 PARTE I. INICIATIVAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD	 9
 BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE): Lactancia materna en un servicio del primer nivel de atención de salud	 11
CANADÁ: Prácticas innovadoras en la atención obstétrica con el programa MATCH	15
GUYANA: Cuidados a la madre embarazada, a los niños y a las familias	19
GUYANA: Clínicas de salud materna e infantil y atención a pacientes crónicos	23
PANAMÁ: Fortalecimiento del primer nivel de atención con enfoque comunitario	25
URUGUAY: Cuidados humanizados de la maternidad y el nacimiento	29
 PARTE II. INICIATIVAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y DE PARTERÍA EN COMUNIDADES REMOTAS Y POBLACIONES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	 33
 GUATEMALA: Atención materna y neonatal en una comunidad remota	 35
MÉXICO: Parto respetado atendido por profesionales de partería en casos de mujeres en situaciones de violencia	37



**PARTE III. INICIATIVAS EDUCATIVAS PARA PROFESIONALES Y
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 41**

III.1. Iniciativas educativas para profesionales de la salud..... 43

BRASIL: Colaboración de una universidad con una unidad de salud
para fomentar la lactancia materna..... 43

CHILE: Telematronería para la formación de parteras durante la
pandemia de COVID-19..... 46

ESTADOS UNIDOS: Retos de la educación de los profesionales
de enfermería y de partería durante la pandemia de COVID-19 48

REPÚBLICA DOMINICANA: Iniciativas del personal de enfermería
frente a la pandemia de COVID-19..... 51

TRINIDAD Y TABAGO: Reposicionamiento de la educación en
partería según las mejores prácticas internacionales 55

III.2. Iniciativas educativas para usuarios de los servicios de salud 58

BRASIL: Beneficios de incluir a la pareja masculina en la
atención prenatal de la mujer 58

EL SALVADOR: Humanización de la atención al parto con medidas
psicoprofilácticas..... 61

PERÚ: Programa Familiar Acompañante para fomentar el vínculo
entre el padre, la familia y el recién nacido..... 65

TRINIDAD Y TABAGO: Experiencias de la Asociación de Parteras
de Trinidad y Tabago en las clases de educación sobre el parto..... 68

Conclusiones..... 71

Referencias..... 73



Autoría de los relatos _____

Bolivia (Estado Plurinacional de)

Jeanneth Lourdes Madrid Lara

Enfermera

Centro de Salud Garcilazo Bajo

Brasil

Carolina María de Sá Guimarães

Enfermera obstétrica, Doctora

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo

Flávia Azevedo Gomes

Profesora asociada

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo

Geraldo Duarte

Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia

Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Profesora asociada

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo

Lilian Donizete Pimenta Nogueira

Enfermera obstétrica, Coordinadora del Programa de Lactancia Materna

Departamento Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Márcia Cristina Guerreiro dos Reis

Enfermera

Coordinadora del Programa de Lactancia Materna

Departamento Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Monica Isabel Alves

Enfermera

Prefectura Municipal de Franca;

Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo



Canadá

Elizabeth Darling

Partera, directora y decana adjunta
Programa de Formación de Parteras
Profesora asociada, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad McMaster

Jenna Bly

Partera
Centro de salud comunitaria y atención primaria de South Riverdale, Toronto

Shezeen Suleman

Partera
Centro de salud comunitaria y atención primaria de South Riverdale, Toronto

Susana Ku

Partera
Universidad McMaster

Chile

Daniela Rojas

Matrona Docente
Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad de los Andes

El Salvador

Ana Lisia Alfaro

Enfermera, Jefe del Departamento de Enfermería
Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque

Estados Unidos de América

Nora Drummond

Enfermera partera
Facultad de Enfermería, Universidad de Michigan

Ruth E. Zielinski

Enfermera partera
Facultad de Enfermería, Universidad de Michigan

Guatemala

Catarina Maldonado Sajbin

Enfermera
Universidad de San Carlos de Guatemala



Guyana

Duan Lewis-Garnett

Partera

Centro de Salud de Buxton

Nada Natasha Nurse

Partera

Centro de Salud Plaisance

México

Ameyalli Aide Juárez Orea

Enfermera

Casa Materna, Chiapas

Panamá

Veyra Beckford Brown

Enfermera

Universidad de Panamá

Perú

Lady Horna Cabanillas

Enfermera Coordinadora

Servicio de Neonatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

María de Fátima Ballón Rendón

Enfermera

Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Vanessa Naupari Carreño

Enfermera jefa

Servicio de Neonatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

República Dominicana

Silvia Iris Tejada

Profesora

Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma de Santo Domingo

Juana Solano

Profesora

Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma de Santo Domingo



Trinidad y Tabago

Arlene James Euin

Profesor asistente

Universidad de las Indias Occidentales

Debra Lewis

Consultora

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Franka Olliviere Andrews

Presidenta del Comité de Educación

Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago

Marcia Rollock

Presidenta

Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago

Oscar Noel Ocho

Director/Profesor Titular

Universidad de las Indias Occidentales

Uruguay

Mercedes Pérez

Profesora, Decana

Facultad de Enfermería, Universidad de la República



Agradecimientos

Silvia Cassiani, Asesora de Enfermería y Técnicos de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), coordinó la elaboración de esta publicación.

Deseamos transmitir un agradecimiento especial por sus contribuciones a este documento a Bremen De Mucio, María Luiza Gonzales Riesco Bellini y Maria Isabel Núñez Hernández. También damos las gracias a Bruna Moreno Dias, Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval y Nicoletta Scapini Calvo, pasantes del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS.

Extendemos nuestro agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron con sus valiosas narraciones a destacar la contribución de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres.



Introducción

En el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*, publicado el mismo año por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que hay en el mundo cerca de 28 millones de profesionales de la enfermería, un número que representa más de la mitad de los profesionales de la salud. También se destaca que sigue existiendo un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales de la enfermería, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunos países de América Latina. Las acciones necesarias para disminuir el déficit de estos profesionales son aumentar la inversión nacional para evitar una situación de escasez mundial, incrementar el número de graduados en enfermería, mejorar las opciones de empleo y retener a los profesionales en el sistema de salud (1).

El informe también concluye que invertir en profesionales de enfermería y de partería permitirá lograr mejoras en el campo de la salud, pero también contribuirá a mejorar la calidad de la educación, promoverá la igualdad de género y garantizará el trabajo decente y el crecimiento económico, logros todos ellos en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (1).

La OMS declaró el 2020 Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y de Partería. Sin embargo, los planes de celebración resultaron afectados por el intenso trabajo de los profesionales durante la pandemia de COVID-19, declarada el 11 de marzo del 2020 por la OMS. En consecuencia, la OMS declaró el 2021 Año Internacional de los Trabajadores y Cuidadores de la Salud (2).

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado las desigualdades y las inequidades que existen en los sistemas de salud y en los países de la Región de las Américas. Los países han implementado medidas de salud pública no farmacológicas durante la respuesta a la pandemia, entre ellas el confinamiento domiciliario y el cierre de escuelas y negocios, que han tenido distintos efectos sobre las condiciones sociales, económicas y culturales de los diferentes grupos de población (3). En los países donde el acceso a la salud ha resultado aún más afectado por la pandemia, los profesionales y cuidadores de la salud han personificado una de las mejores respuestas para poder combatirla (4).



La tarea de los profesionales de la salud no ha sido fácil. Aplican sus conocimientos, asisten a sus pacientes y les prestan apoyo emocional y terapéutico, al tiempo que se preocupan por su propia salud. A pesar del miedo de enfermarse, estas personas salen de sus casas todos los días a batallar con el virus, soportando largas horas de trabajo y a menudo lidiando con condiciones laborales precarias —incluida la falta de insumos y de medidas de protección personal, que a su vez contribuye a aumentar el riesgo de contagio—.

Hasta el 31 de diciembre de 2020, se había contabilizado el fallecimiento de 2.262 profesionales de enfermería de 59 países de todo el mundo, según los registros del Consejo Internacional de Enfermeras, con Brasil, Estados Unidos de América y México como países con mayor número de profesionales fallecidos. A día de hoy, estas cifras siguen aumentando, igual que los contagios de los profesionales de la salud, que se estiman en más de 1,6 millones (5).

En septiembre del 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció el papel crítico de los recursos humanos para la salud en la atención de la pandemia de COVID-19. Además, subrayó la necesidad de formar, entrenar y retener a los trabajadores de la salud, y destacó que la inversión es esencial para promover condiciones decentes de trabajo y para proteger a los trabajadores de todas las formas de violencia y prácticas discriminatorias (6).

Por otro lado, las consecuencias derivadas de la pandemia han afectado de manera diferente a hombres y mujeres. Existen varias dimensiones que se relacionan con esa diferencia, como la fuerza laboral de la salud, el impacto social y las medidas de protección social, los aspectos relacionados con el trabajo no remunerado, el subempleo y el empleo informal, la falta de seguridad alimentaria, los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género. Los datos así lo demuestran.

El análisis de las infecciones por el virus de la COVID-19 y las muertes asociadas en profesionales de la salud de todo el mundo apunta a una mayor incidencia de las infecciones en las mujeres, aunque la mortalidad es mayor en los hombres. Los profesionales de 50 a 59 años presentan un alto riesgo de infección y los de 70 años o más una mayor letalidad. En cuanto a las especialidades, los profesionales que se exponen con frecuencia a las secreciones oronasales corren mayor riesgo, aunque no se debe subestimar el riesgo al que se exponen otras especialidades. Estos datos sugieren la adopción de directrices para el seguimiento, las pruebas y la notificación de infecciones en los profesionales de la salud. De manera complementaria, se puede considerar la asignación de profesionales de alto riesgo a actividades y sectores con menor exposición, como la atención a pacientes sin COVID-19, el desempeño de cargos administrativos o la telesalud (7).

En general, las mujeres se han visto muy afectadas por la pandemia, sea en su condición de trabajadora de salud, o en las dificultades de acceso a servicios y de la atención a la salud. Constituyen la mayor parte del personal de salud, por lo que están más expuestas a los riesgos laborales del sector. Algunos de ellos son las infecciones ocupacionales por coronavirus y las lesiones asociadas con el uso prolongado de equipos de protección individual, la exposición a las toxinas de los desinfectantes, las mayores cargas y tiempo de trabajo, la violencia, la



discriminación y el estigma, la fatiga crónica, los trastornos psicológicos y los riesgos en salud mental, así como la precariedad de las instalaciones de saneamiento, higiene y descanso (8). En la Región de las Américas, 86% de la fuerza laboral de enfermería es femenina (1).

La pandemia también ha afectado negativamente a la atención al parto y al puerperio debido a la disminución de los servicios de control del embarazo, de la educación en salud y de la investigación de patologías maternas. Un estudio publicado en octubre del 2020 (9) estima que podría haber entre 60.000 y 200.000 mortinatos más durante los 12 meses siguientes.

El confinamiento domiciliario de la población en algunos países ha repercutido directamente en la planificación familiar y la violencia de género. Un estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que, debido a la pandemia, las mujeres adolescentes podrían tener 20% más de limitaciones para acceder a los métodos anticonceptivos, lo que daría lugar al aumento de los embarazos precoces, además de incrementar la exposición de las niñas y las adolescentes a mayor violencia y abuso intrafamiliar (13).

En Colombia, las llamadas a la línea telefónica de atención a víctimas de violencia de género aumentaron 91% desde que se impuso el confinamiento, y en México, 36%. En Argentina, donde siete de cada 10 femicidios de mujeres y niñas ocurren en el hogar, las llamadas de emergencia por violencia doméstica aumentaron 25%. Y en el Estado Plurinacional de Bolivia, la ciudad de Santa Cruz informó del mayor número de casos de violencia doméstica hasta la fecha. Junto a Paraguay, Bolivia (Estado Plurinacional de) también muestra la mayor tasa de femicidios en adultas y niñas de América del Sur (10).

La disminución de la capacidad de atención de los servicios de salud y un acceso más limitado a los servicios de respuesta inmediata han dificultado a las mujeres pedir ayuda. Asimismo, el miedo al contagio hace que muchas de ellas decidan quedarse en sus casas antes que solicitar asistencia a estos servicios (11).

Dichos problemas se intensifican con los factores socioeconómicos y con las desigualdades e inequidades en los países, como el desempleo, el empleo informal, la ausencia de protección social y el acceso limitado a los servicios de salud y educación (3). Es previsible que el impacto económico y la disminución del ingreso con la pandemia aumenten la vulnerabilidad de las mujeres y los niños (12). El descenso de los recursos y la sobrecarga de trabajo no remunerado para las mujeres también han afectado al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Además, la concentración de los recursos en la contención de la pandemia puede imponer dificultades de acceso a los servicios públicos de salud (13).

La pandemia de COVID-19 ha sido una fuente de nuevos desafíos para todos, incluso para los profesionales de la salud. Los cambios en las formas de atención y en la realidad epidemiológica, y el aumento en las brechas en salud han tenido fuertes efectos negativos. Al responder a la pandemia, los sistemas de salud también deben centrarse en políticas y estrategias destinadas a la atención a las mujeres, con respuestas basadas en la comunidad y profesionales cualificados para ofrecer un plan de atención viable (14).



Es fundamental presentar, destacar y valorar el trabajo y el rol de los profesionales de la salud, que han realizado inmensos esfuerzos para poder atender a las comunidades urbanas y rurales, sobre todo considerando que el 2021 es el Año Internacional de los Trabajadores y los Cuidadores de la Salud.

Los relatos que se presentan aquí se enfocan en comprender la atención integral de enfermería y partería a la mujer, tanto desde el punto de vista de la profesional de la salud como de las usuarias. El objetivo final es mostrar las iniciativas de quienes trabajan para garantizar la equidad en salud y, por lo tanto, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.



Propósito

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en reconocimiento a la función fundamental de los profesionales de enfermería y de partería en los sistemas de salud, ha decidido publicar algunas iniciativas y contribuciones de los profesionales con enfoque en la salud de la mujer, como parte de las celebraciones del Año Internacional de los Trabajadores y los Cuidadores de la Salud en el 2021.

En esta publicación se presentan y se resumen las actividades, las historias y los casos remitidos por profesionales de algunos países de la Región. Todos los relatos ilustran el papel de los profesionales de enfermería y de partería en el avance hacia el acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud. También muestran su contribución a los sistemas de salud, las universidades y las escuelas en los países de las Américas.

En las siguientes páginas se presentan informes sobre diferentes tipos de servicios de salud, considerando la atención de la salud en diferentes etapas del ciclo vital, con un enfoque en la salud de la mujer, la salud materna y la salud infantil. Complementariamente, se describen distintas iniciativas y estrategias innovadoras en el contexto del afrontamiento de la pandemia de COVID-19.

A lo largo de los relatos se visibiliza la función crucial de los profesionales de enfermería y de partería en los sistemas de salud y en sus propias comunidades. Estos profesionales empoderan a la población y promueven una atención de salud comunitaria, basada en los lineamientos de la atención primaria de salud (15).

El objetivo del presente material es difundir las historias de distintos profesionales de la salud en el campo de la salud de la mujer y en la formación de otros profesionales. También se evidencian la realidad de la salud de las mujeres en los diversos países de la Región y las iniciativas de los profesionales para asegurar una atención de calidad y humanizada, así como el enfoque en la educación de los profesionales. Es importante destacar que el interés principal de esta publicación es recoger los relatos de las experiencias vividas y comunicadas por los autores.



Método

Este documento da continuidad al publicado por la OPS en el 2020 bajo el título de *Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal* (16).

Inicialmente, el proyecto que culminaría en la publicación anterior se desarrolló en asociación con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Illinois —que es un Centro Colaborador de la OPS/OMS—, con la recopilación de estudios de caso, iniciativas o actividades de profesionales de enfermería que ejercían en Estados Unidos de América. En el 2019, la OPS se incorporó al proyecto y amplió su alcance al resto de los Estados Miembros de la Región de las Américas. La Organización solicitó casos, historias y actividades de los profesionales de enfermería a las representaciones de la OPS en los países, las asociaciones de enfermería, los jefes y las jefas de enfermería y las redes sociales de la Región de las Américas. Luego se les remitió una plantilla que estructuraba los objetivos del servicio, el proyecto o programa descrito, el tipo de trabajo involucrado, los resultados y la población atendida.

Este proceso culminó con la recepción de más de 400 historias. La OPS seleccionó algunas de ellas según criterios de relevancia para el tema de la publicación, calidad y coherencia del contenido, así como de innovación para la práctica en la Región.

Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal incluyó 41 historias. Para la presente publicación, la OPS ha seleccionado otras 17 historias de entre las recibidas. Aunque no se incluyen casos de todos los países de la Región, las historias de estos profesionales de enfermería y de partería aportan experiencias y contribuciones a la salud de la mujer y abordan situaciones representativas de la Región. Todas las iniciativas e historias presentadas tienen como elemento central la salud de las mujeres, clientes o profesionales de la salud y de sus familias.



PARTE I

Iniciativas de profesionales de la salud en los tres niveles de atención en salud



Lactancia materna en un servicio del primer nivel de atención de salud

Jeanneth Lourdes Madrid Lara

BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE)

El Centro de Salud Garcilazo Bajo se creó en el 2003 como institución pública de primer nivel de atención, en dependencia del Ministerio de Salud y Deportes, de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) Chuquisaca y de la RED I Sucre del Distrito II Santa Bárbara Sur. Los recursos humanos que actúan en el centro son cuatro médicos, dos licenciadas enfermeras, un odontólogo y un técnico en vacunación, lo que suma un total de ocho profesionales.

El 8 de octubre del 2018 el centro se sometió a una evaluación externa para la certificación como Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, como parte del proceso de sensibilización, capacitación y fortalecimiento institucional para dar cumplimiento a los 11 pasos para una lactancia materna exitosa.

El proceso para someterse a la evaluación se inició en el año 2017. En un principio, el personal de salud no se encontraba motivado y comprometido. Aun así, se invitó a las autoridades locales, departamentales y municipales a considerar la experiencia del Centro de Salud Garcilazo Bajo como un modelo que se podía replicar en todos los centros de salud del municipio de Sucre.

Se elaboraron políticas de fomento de la lactancia materna para todo el personal de salud que de alguna manera estaba en contacto con la mujer durante la gestación y el puerperio, o durante la atención a la mujer y a su recién nacida o recién nacido, o en los primeros meses de vida. También se consideró imprescindible plantear estrategias de carácter inclusivo, intersectorial e interinstitucional en coordinación con toda la sociedad civil, de forma que involucrara al equipo de salud, a las autoridades municipales, y a los padres y las madres de familia para lograr un cambio y el empoderamiento en la salud de la población del municipio de Sucre.



Se detectó que el tiempo disponible para promocionar y fomentar la lactancia materna en los diferentes servicios era insuficiente debido a la alta demanda de usuarios del centro de salud. En consecuencia, el mensaje que se pretendía comunicar llegaba a sus destinatarias incompleto o distorsionado, por lo que se decidió implementar y adecuar un ambiente llamado Espacio Amigable de la Lactancia Materna. En este lugar, el personal de salud ofreció sesiones educativas teóricas y prácticas a mujeres gestantes y a madres con hijos lactantes.

Así fue como el personal de salud se planteó el objetivo general de diseñar las políticas de fomento de la lactancia materna en el Centro de Salud Garcilazo Bajo. Para ello, se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) elaborar la norma de Fomento de la Lactancia Materna, con el fin de actualizar y estandarizar los conocimientos técnicos y las habilidades del personal de salud para promover, proteger y apoyar la lactancia materna; 2) sensibilizar y empoderar a las familias y a la sociedad civil sobre la promoción, la protección y el apoyo de las prácticas de lactancia materna exitosa, y 3) desarrollar mecanismos de vigilancia y fomentar la promoción y protección de la lactancia materna.

Una vez planteados los objetivos específicos, se conformó el Comité de Lactancia Materna, con participación de todo el personal de salud y con miembros de la sociedad civil como aliados estratégicos. El Comité celebró varias reuniones para definir la línea de base y realizar el análisis del escenario (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades o DAFO). Luego se redactó la norma institucional de acuerdo con el contexto sociocultural y posteriormente se definió el plan de trabajo, que incluyó un cronograma, un presupuesto, supervisión y evaluación.

Fue fundamental capacitar al personal de salud sobre temas como las técnicas de apego precoz, las técnicas de amamantamiento, la ligadura tardía del cordón, la madre trabajadora y la [lactancia], la composición de la leche materna y la mastitis. Además, fue importante difundir entre el personal la norma institucional y la aplicación de los 11 pasos para garantizar una lactancia materna exitosa. Durante el proceso de capacitaciones se trabajó el empoderamiento del personal y su compromiso con la política institucional de fomento y promoción de la lactancia materna”. Posteriormente, se le entregó la norma y el contenido temático en soporte magnético y físico.

Algunas personas hicieron aportaciones económicas voluntarias y colaboraron desinteresadamente, lo que garantizó la ejecución de diferentes actividades de promoción y fomento de la lactancia materna y ayudó a la certificación como Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Estos recursos económicos también permitieron diseñar y estandarizar el material



didáctico adecuado al contexto cultural de la zona para utilizarlo en las actividades de educación dirigidas a madres y grupos organizados de la sociedad civil, aplicando técnicas de dinámica participativa. Cabe destacar que los modelos anatómicos de las mamas, las madres y los bebés los elaboró manualmente el personal de salud.

La sensibilización y el empoderamiento de las familias y de la sociedad civil sobre la promoción y la protección de las prácticas de lactancia materna exitosa y sobre el apoyo a las mismas se desarrollaron durante el proceso de atención a la mujer gestante y de control de la salud de los menores de 2 años. Entonces se detectó que el tiempo disponible para promocionar y fomentar la lactancia materna en los diferentes servicios era insuficiente debido a la alta demanda de usuarios del centro de salud. En consecuencia, el mensaje que se pretendía comunicar llegaba a sus destinatarias incompleto o distorsionado, por lo que se decidió implementar y adecuar un ambiente llamado Espacio Amigable de la Lactancia Materna. En este lugar, el personal de salud ofreció sesiones educativas teóricas y prácticas a mujeres gestantes y a madres con hijos lactantes.

Algunos aliados estratégicos para alcanzar los objetivos fueron distintos miembros de la sociedad civil, que participaron en las reuniones ampliadas de las juntas vecinales para informar, sensibilizar y empoderar a los asistentes sobre la promoción y el fomento de la lactancia materna como un beneficio para el menor, la madre y la familia. Durante las reuniones se identificó a las mujeres procedentes de los barrios en mayor situación de vulnerabilidad que podrían actuar como madres guía y se las reclutó para cumplir esta función. Las madres guía ayudan a asesorar a las madres en los problemas que ponen en riesgo la lactancia, principalmente a las adolescentes y las primigestas.



La evaluación externa del Centro de Salud Garcilazo Bajo para certificarlo como Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño la realizaron en conjunto la Unidad de Nutrición del SEDES Chuquisaca, el Ministerio de Salud y Deportes y el UNICEF. El proceso de evaluación se basó en formularios que desarrollaron los 11 pasos para una lactancia exitosa, e incluyó entrevistas con el personal de salud y la observación de las madres en la sala de espera. Se revisaron los programas y los contenidos de capacitación y se visitaron todos los servicios del centro de salud. Finalmente, se hizo un análisis sobre lo avanzado y las tareas pendientes.

El comité evaluador calificó al Centro de Salud Garcilazo Bajo con 97,3 puntos sobre 100 y el Centro recibió la certificación de Centro de Salud Amigo de la Madre el Niño.



Prácticas innovadoras en la atención obstétrica con el programa MATCH

*Susana Ku, Jenna Bly,
Shezeen Suleman, Elizabeth Darling*

CANADÁ

Aunque hace siglos que los pueblos indígenas practican la partería, hasta 1994 no se reguló la actividad de las parteras ni se las integró en el sistema de salud del Canadá, concretamente, en la provincia de Ontario. El modelo original de atención de partería está financiado con fondos públicos de la provincia y sigue un modelo de continuidad de la atención dirigido por la partera.

Las parteras de Ontario actúan autónomamente para ofrecer atención prenatal en la comunidad y atender partos. Mantienen sus competencias tanto dentro como fuera de los entornos hospitalarios y brindan atención posparto temprana en el hogar. La filosofía de la profesión promueve el parto normal y proporciona una atención centrada en la usuaria, con un fuerte énfasis en la continuidad de la atención, la elección del lugar del nacimiento y la discusión sobre la elección informada. En los últimos años, las parteras de Ontario han buscado otras formas de organizarse y ejercer, especialmente con el objetivo de abordar las brechas de atención médica en sus comunidades y de utilizar sus conocimientos y habilidades de nuevas formas.

El año 2018, el Ministerio de Salud de Ontario realizó una convocatoria de propuestas de modelos alternativos de práctica. En los tres años anteriores, un grupo de trabajo que incluyó a parteras hospitalarias y de centros de salud comunitarios había estado trabajando para desarrollar la visión de un modelo alternativo e integrado de atención de partería. Ese trabajo culminó en el Programa de partería y salud comunitaria de Toronto (MATCH, Midwifery and Toronto Community Health, por su sigla en inglés) que es una innovadora iniciativa fundada en Ontario en el 2018 para satisfacer las necesidades específicas de la comunidad, con el mandato de prestar servicios a las personas con dificultades importantes para acceder a la atención perinatal de alta calidad. El equipo está compuesto por cuatro parteras y una trabajadora social, se encuentra en Toronto Este y está integrado en la programación del Centro de Salud Comunitaria South Riverdale. Todas son empleadas del Centro, prestan



atención de salud y trabajan en equipo y en colaboración directa con médicos, enfermeras, fisioterapeutas, dietistas, personal de salud especialista en gestión de riesgo y trabajadores de salud comunitaria, entre otros.

El propósito del Programa es reducir las importantes brechas existentes entre las necesidades de atención y un acceso deficiente a la atención de salud que padecen muchas personas. Durante los primeros 6 meses del Programa, las parteras se reunieron con los albergues de la zona, las enfermeras que prestan atención de salud en las calles, las enfermeras de salud pública, los equipos clínicos vecinos y el personal de los centros de educación infantil con el fin de realizar una evaluación de necesidades, examinar los servicios existentes y establecer relaciones y vías de referencia para los usuarios.

El Programa ofrece el modelo original de atención de partería de Ontario. Las parteras brindan servicios de guardia las 24 horas durante el embarazo y las primeras 6 semanas después del parto, asisten el trabajo de parto y los partos en hospitales o en los hogares de las usuarias, y realizan visitas posparto en el hogar o en el refugio hasta 2 semanas después, además de prestar atención continua hasta 6 semanas después del parto a los padres y los recién nacidos. El Programa ofrece atención posparto discreta por derivación, asesoría sobre las opciones de embarazo, aborto médico hasta las 11 semanas de gestación, manejo temprano de la pérdida del embarazo con mifepristona y misoprostol (mifegymiso) y derivaciones del manejo de casos de interrupciones tardías del embarazo o abortos quirúrgicos. Junto con el resto del equipo de atención primaria, las parteras tienen acceso a un psiquiatra consultor durante las reuniones semanales para discutir casos complejos en los que existen problemas de salud mental.

Las usuarias tienen acceso a las vacunas que requieren prescripción médica. A través de la práctica colaborativa con enfermeras de práctica avanzada y médicos, las parteras pueden ordenar fácilmente las pruebas de laboratorio que suelen requerirse durante la atención perinatal, pero que no están incluidas en la lista de exámenes que ellas pueden solicitar (como la electroforesis de hemoglobina, la prueba

Durante la pandemia, cuando gran parte del personal de salud interrumpió los servicios presenciales, el equipo continuó brindando atención a los clientes marginados. Proporcionaron teléfonos a sus clientes que carecían de ellos para garantizarles el acceso a la atención, continuaron realizando visitas en el sistema de refugios de la ciudad e incluso prestaron atención presencial en el "hotel COVID" de la ciudad (un refugio de emergencia para personas sin hogar y sin vivienda que dieron positivo por COVID-19) a varias usuarias infectadas y a sus bebés.



de hemoglobina glicosilada o HbA1C, la prueba de TSH y la de vitamina B12) y acceder a otras recetas habituales que no están incluidas en la farmacoterapia de la partería. El equipo también recibe referencias de otras parteras con el fin de ofrecer acceso gratuito a las vacunas a las usuarias sin seguro médico provincial o sin acceso a la atención primaria. Se remite a todas las pacientes a los servicios de atención primaria antes de darlas de alta en la atención de partería a las 6 semanas de posparto. Todos los bebés tienen acceso a las vacunas ordinarias y los padres, a la anticoncepción.

El Programa ofrece servicios a las personas que enfrentan barreras en el acceso a la atención perinatal de alta calidad. De la lista actual de clientes, 83% son indígenas o afrodescendientes, 44% no tiene seguro médico provincial, 80% vive con bajos ingresos y 65% carece de una dirección fija. Durante la evaluación inicial de necesidades que realizaron las parteras, detectaron que las mujeres embarazadas consumidoras de drogas a menudo no acceden a la atención prenatal, pero sí a los servicios de consumo seguro. El equipo del Proyecto inmediatamente estableció relaciones con estas mujeres acerca del uso de sustancias durante el embarazo y trabajó para aumentar las habilidades y conocimientos en esta área. Las parteras atienden a las usuarias para prestarles atención prenatal pero también tienen acceso a una enfermera de práctica avanzada especializada en adicciones y manejo de abstinencia, y al equipo médico de adicciones del hospital. También coordinan la atención con un equipo hospitalario multidisciplinario que incluye a profesionales de la obstetricia, la enfermería, la farmacia y la anestesia.

El trabajador social presta su apoyo a los clientes en inglés o en español. Les ayuda con el manejo de los casos, la vivienda, la intervención en crisis, el asesoramiento personalizado, el acceso a los servicios sociales y otros recursos comunitarios, y la adquisición de todo lo necesario para el embarazo y la crianza de los hijos. El equipo también puede proporcionar terminales telefónicos o tarjetas SIM a las personas sin teléfono. Las parteras del equipo hablan cantonés, francés, gujurati y kachchi y pueden conseguir un traductor en cualquier otro idioma. Todos sus servicios son gratuitos para las personas que viven en Ontario.

Durante la pandemia, cuando gran parte del personal de salud interrumpió los servicios presenciales, el equipo continuó brindando atención a los clientes marginados. Proporcionaron teléfonos a sus clientes que carecían de ellos para garantizarles el acceso a la atención, continuaron realizando visitas en el sistema de refugios de la ciudad e incluso prestaron atención presencial en el “hotel COVID” de la ciudad (un refugio de emergencia para personas sin hogar y sin vivienda que dieron positivo por COVID-19) a varias usuarias infectadas y a sus bebés.

Recientemente, las parteras se han capacitado para realizar ecografías durante las primeras etapas del embarazo. Concretamente su plan es agilizar el proceso de atención del aborto, ofreciendo ecografías en el punto de atención, en la consulta de su clínica.



En los dos años y medio transcurridos desde que se puso en marcha el Programa MATCH, el equipo ha seguido construyendo una relación de apoyo y compromiso con el equipo de liderazgo y ha establecido relaciones sólidas con el departamento de partería del hospital. El modelo de empleado asalariado también permite a las parteras del equipo priorizar cambios en el sistema, el liderazgo y el trabajo de promoción, y participan en una variedad de mesas de liderazgo dedicadas al trabajo de abogacía de las personas sin seguro o sin hogar, del acceso al aborto, de la equidad racial, de la inclusión de la comunidad de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales, de obstetricia y partería, de prevención y control de infecciones y de aseguramiento de la calidad, solo por nombrar algunos.



Cuidados a la madre embarazada, a los niños y a las familias

Nada Natasha Nurse

GUYANA

En el área de Plaisance viven personas de orígenes religiosos diversos, como cristianos, musulmanes e hindúes. Las de origen indio creen que cuando una mujer está de parto, debe soltarse el pelo y el bebé nacerá más rápido. También creen que si la cabeza del bebé no se rapa, traerá mala suerte, y que si la mujer trae el mundo tres hijos del mismo sexo y tiene un cuarto bebé del sexo opuesto, este traerá buena suerte y riqueza a la familia.

Las personas de origen africano creen que si una madre pierde a su bebé, ella no debe ir al cementerio o, de lo contrario, el resto de sus bebés también morirán. Si alguien de la familia muere, todos los niños pequeños de la casa deben pasar de un lado a otro lado del ataúd tres veces. Lo llaman pasar por encima de los muertos y lo hacen para que estos no vayan a buscar a los pequeños durante la noche.

Las personas tanto de origen indio como africano tienen la creencia de que una mujer embarazada no debe comer de la olla de ají con pimienta caliente porque el bebé puede quemarse, especialmente los ojos. Para evitarle el mal de ojo (es decir, que enferme) se le coloca un lunar negro en mitad de la frente al que llaman *tika*.

En la atención previa a la concepción, es importante asegurarse de que tanto los hombres como las mujeres satisfagan sus necesidades físicas, emocionales, económicas, sociales y espirituales de tener descendencia y cuidar de ella. Respetar la cultura es un tema importante. Por lo tanto, el asesoramiento y la promoción de los cuidados previos a la concepción proporcionan a las mujeres y a sus parejas información importante y necesaria para tomar decisiones informadas sobre su futuro reproductivo.

Si una mujer acude a la Clínica porque cree estar en trabajo de parto a término, se la evalúa. Si se confirma que se encuentra en la etapa inicial del parto, se la refiere al departamento de maternidad acompañada por un familiar.



En el año 2017, se estableció una Clínica de Salud y Bienestar para adolescentes y un grupo de apoyo comunitario dirigido a adolescentes, hombres y mujeres de esa comunidad. En la Clínica se imparten sesiones educativas de una hora, una vez al mes. Se centran en las relaciones amistosas entre los jóvenes, sus actividades sobre el desarrollo personal, el descenso de la mortalidad y la morbilidad en este grupo de edad, la reducción de los embarazos en las adolescentes y una mayor planificación familiar. Además, se intenta aumentar la participación de los padres en el cuidado de los hijos y en el apoyo a las madres. Los servicios de referencia se realizan cuando se presenta la necesidad.

Es un programa fructífero. Los resultados muestran que es beneficioso para las personas, las familias y la comunidad, pero que necesita más apoyo para mantenerse al día. Los hombres reciben educación y se reintegran a la educación continua, sin ser discriminados por ser padres adolescentes, después de tener un hijo en la adolescencia.

Las mujeres embarazadas acuden a la clínica para recibir atención de salud. Se las recibe, se las registra y se las asesora sobre los procedimientos de la clínica. Pueden quedarse en la clínica o ser derivadas al nivel superior de atención en caso de ser necesario.

Se aconseja a las madres que se cuiden a sí mismas y al feto, y se imparte educación para padres. La atención se centra en hacer un seguimiento del crecimiento y el desarrollo del feto y en identificar las anomalías que puedan perturbar el curso del trabajo de parto normal.

También se insiste a las mujeres en la importancia de asistir a las citas clínicas. Al registrarse, reciben un código que se emplea para el registro de cada embarazo una vez que utilizan el servicio de salud pública. Se examina a la mujer embarazada para saber si tiene riesgo de complicaciones. Se hace una historia general y en cada visita de seguimiento se registran las mediciones y los hallazgos (la altura, el peso, la presión arterial, el pulso, las pruebas para detectar la concentración de glucosa en la orina y las proteínas para la línea de base).

En la primera visita se examina a la futura madre de la cabeza a los pies. Se le palpa el abdomen y se evalúa la altura uterina para comparar las distintas edades gestacionales, y la posición fetal y la presentación si el embarazo está en la edad madura, así como el sonido cardíaco del feto. Los técnicos de laboratorio también hacen los análisis habituales, que incluyen el análisis de hemoglobina para evaluar la anemia, las pruebas de detección del VIH y de la sífilis, y la determinación del grupo sanguíneo y del factor RH. Se realiza un frotis de sangre para malaria si la madre procede del interior del país, y se invita a los padres y a las parejas a hacerse las pruebas del VIH, del grupo sanguíneo y del factor RH.

Si una mujer acude al centro de salud porque cree estar en trabajo de parto a término, se la evalúa. Si se confirma que se encuentra en la etapa inicial del parto, se la refiere al departamento de maternidad acompañada por un familiar. El seguimiento se realiza mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias. Todas las mujeres con una afección previa de alto riesgo y las complicaciones que aparecen durante el embarazo deben ser tratadas en la consulta obstétrica. Algunos ejemplos son la cesárea previa, la miomectomía, los abortos espontáneos o el parto prematuro, la hipertensión inducida por el embarazo, los partos con



resultado de mortinato, la muerte neonatal, los bebés con bajo peso al nacer o anomalías congénitas, el desgarro cervical previo, los desgarros perineales previos de tercer grado, o las madres portadoras de VIH, entre otras situaciones.

Las visitas domiciliarias posnatales se realizan después del alta de las madres. Se les pide que visiten la clínica con el bebé en los veintiocho días siguientes al parto y se les evalúa y observa. En la madre se buscan secreciones, loquios, mamas congestionadas, involución del útero, sensibilidad en las piernas, y en caso de cesárea, se evalúa el sitio quirúrgico. Se las anima a alimentar a sus bebés exclusivamente mediante lactancia y se destacan los grandes beneficios que esto tiene para el bebé, la madre y la familia.

Se dan consejos dietéticos y nutricionales para prevenir la anemia. Se anima a las clientas a realizar ejercicios posnatales para tonificar el abdomen y ejercicios de Kegel para tonificar los músculos del suelo pélvico y el perineo. Se dan consejos para el cuidado del perineo si a la madre se le hizo una episiotomía o si tuvo un desgarro durante el parto. También se le ofrece asesoramiento sobre planificación familiar para espaciar los nacimientos, se le explica qué atenciones necesita el recién nacido y qué vacunas hay que ponerle, entre otros temas.

Se registra al bebé en la clínica y se le examina de la cabeza a los pies para observar posibles anomalías, los reflejos y la salud del cordón umbilical. Cualquier alteración detectada en la madre en la visita posnatal y el ingreso del bebé se derivan al médico a cargo de la clínica para su posterior manejo. Se anima a la madre a acudir a todas las citas clínicas y a mantener al bebé vacunado.





Clínicas de salud materna e infantil y atención a pacientes crónicos

Duan Lewis-Garnett

GUYANA

Comencé mi viaje en la partería en abril del 2011. Los primeros años de trabajo en el Centro de Salud de Buxton fueron muy difíciles. A principios del 2013, Friendship, la comunidad hermanada con Buxton, estaba recuperándose de años de violencia. Los residentes de Friendship pedían que se les atendiera en los centros de salud vecinos como el nuestro porque, durante aquella época inquietante, temían acudir a las clínicas de su zona. Mi tarea y la del resto del personal de enfermería era convencerles para que acudieran a nuestro Centro de Salud. La mayoría de los pacientes quedaron satisfechos con la atención que les prestamos. Tanto es así, que animaron a otros residentes de Buxton y de muchas otras aldeas a utilizar nuestros servicios.

El Centro de Salud de Buxton atiende principalmente las necesidades de salud de los residentes de la zona. Pero sus puertas están abiertas a cualquier persona, sin importar su zona de origen, grupo étnico, orientación sexual, profesión o creencias religiosas. La población objetivo asciende a unos 6.635 pacientes, a los que ofrecemos varios servicios. Actualmente, contamos con una farmacia, con servicios dentales, de flebotomía y de ecografía. Yo participo en todos los demás aspectos de la atención en el Centro de Salud. A veces atiendo a pacientes en la clínica de enfermedades crónicas y también paso días haciendo curas de pies diabéticos a nuestros pacientes ambulatorios.

En cuanto a la atención prenatal, un día típico en el Centro comienza con la preparación de gráficos del día anterior. Paso la mayor parte del día en las clínicas de salud maternoinfantil, donde se cubren los cuatro pilares de una maternidad segura (planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, sistema integrado de cuidados obstétricos esenciales) y se

La mayoría de los pacientes quedaron satisfechos con la atención que les prestamos. Tanto es así, que animaron a otros residentes de Buxton y de muchas otras aldeas a utilizar nuestros servicios.



supervisa el crecimiento y el desarrollo de los niños. El servicio de ecografía es fácilmente accesible. Así, puede corregirse la edad gestacional de las mujeres embarazadas y hacerse diagnósticos claros, entre otros aspectos de cualquier examen ecográfico de control. También hago todo lo necesario para lograr que se tomen todas las muestras de sangre de las embarazadas el mismo día de la clínica.

Por otro lado, se aconseja a las madres que usen ropa cómoda ya que suelen participar en las clases del método Lamaze para un parto natural. Además, se acostumbra a aconsejarlas sobre la autoaceptación de su cuerpo de embarazada, la modificación de la alimentación, los beneficios de la lactancia materna, la planificación familiar, la enfermedad mental en el embarazo y el posparto y los signos del trabajo de parto, entre otros. También se anima a las mujeres y a sus parejas a que vengan a pedir asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva.

Las madres adolescentes reciben una atención especial a través del Grupo de Apoyo a Adolescentes que se reúne cada tercer miércoles del mes. Además de discutirse los temas generales relacionados con el embarazo, se alienta a las asistentes a hablar de sus dificultades como madres adolescentes y a pensar en soluciones para superarlos.

Mi vida como enfermera y partera no se limita al edificio del Centro de Salud. También trabajo en la comunidad, donde obtengo información de primera mano sobre las condiciones de vida de mis pacientes. Eso me permite entender por qué algunos de los bebés siempre tienen una infección cutánea o por qué hay madres con valores anémicos recurrentes. Me siento impulsada a continuar trabajando intensamente mientras entro con entusiasmo a las escuelas para hablarles a los padres y los maestros durante las conferencias y las reuniones de la asociación de padres y maestros. Aprovecho esos momentos para hacer partícipes a todos los asistentes de distintos aspectos de la salud. Hablo sobre la importancia de la detección del cáncer, de la vacunación e incluso de la desparasitación. Como soy muy convincente, también me han invitado a realizar campañas de vacunación y desparasitación en estas escuelas. También repartimos condones con regularidad y con más frecuencia justo antes de las vacaciones.

Una de las experiencias que recuerdo de mi trabajo de enfermera y partera es haber ayudado a dar a luz a un bebé en el asiento trasero de un automóvil. También fui oficial de enlace para una organización no gubernamental que deseaba trabajar con adolescentes y niñas de nuestra área de influencia. Fue una experiencia gratificante ver cómo esas jóvenes adquirían los conocimientos necesarios sobre las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la autoconciencia y la estabilidad financiera.



Fortalecimiento del primer nivel de atención con enfoque comunitario

Veyra Beckford Brown

PANAMÁ

El Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena está en Changuinola, en la provincia de Bocas del Toro. Es un hospital de segundo nivel de atención y quinto de complejidad, y el único centro de referencia de la provincia, donde llegan todos los casos referidos a nivel provincial. Para acceder por tierra a la provincia desde la ciudad de Panamá hay que recorrer 626 kilómetros y desde la provincia más cercana, 186 kilómetros. No hay vías de acceso terrestre desde la provincia al único hospital regional de referencia, por lo que los traslados deben realizarse por aire o por mar, lo que dificulta hacerlos oportunamente.

La Contraloría General de la República de Panamá comunicó una razón de muertes maternas a nivel nacional de 39 y de 36 por 100.000 nacidos vivos para el 2015 y el 2016, respectivamente. En la provincia de Bocas del Toro fue de 52 y 76 por 100.000 nacidos vivos para los mismos años, respectivamente. Por otro lado, las muertes perinatales a nivel nacional fueron de 7,2 y 7,7 por 1.000 nacimientos vivos, y en la provincia de Bocas del Toro, de 10,5 y 13,2 por 1.000 nacimientos vivos, para los mismos años. Las cifras estadísticas de la provincia de Bocas del Toro destacan por un aumento considerable y evidente que sobrepasa las cifras de país.

Para lograr el fortalecimiento del primer nivel de atención con un enfoque comunitario, se realizaron los diagnósticos comunitarios que se muestran en el cuadro 1, en respuesta a la realidad de la población en edad reproductiva con base en la participación comunitaria.

Para lograr el fortalecimiento del primer nivel de atención, fundamentado en un enfoque comunitario, se realizaron los diagnósticos comunitarios en respuesta a la realidad de la población en edad reproductiva con base en la participación comunitaria



Cuadro 1. Diagnósticos comunitarios participativos de las poblaciones en edad reproductiva de cinco zonas geográficas de la provincia de Bocas del Toro

Zona geográfica	Diagnóstico comunitario	Plan de acción	Población objetivo
Distrito de Chiriquí Grande	Inicio de la vida sexual a edades tempranas Multiparidad	Conformación de un equipo de educadores pares y promotores de salud	13 adolescentes del colegio secundario de Chiriquí Grande, residentes de la comunidad de Chiriquí Grande
Corregimiento de Almirante	Embarazo adolescente	Conformación de un equipo de educadores pares	10 adolescentes del colegio secundario de Almirante, residentes de la comunidad Almirante
Distrito de Changuinola	Inasistencia a la prueba de Papanicolaou	Conformación de un equipo de promotores de salud	10 adolescentes del colegio secundario de Almirante, residentes de la comunidad Almirante
Corregimientos de Guabito	Adolescentes con VIH	Conformación de un equipo de educadores pares	14 adolescentes del colegio secundario de Guabito, residentes de la comunidad de Guabito
Corregimientos de Las Tablas	Embarazo adolescente	Conformación de un equipo de educadores pares	10 adolescentes del Colegio de Nievecita, residentes de la comunidad Las Tablas

Los resultados de los diagnósticos comunitarios corresponden a las necesidades expresas de los miembros de dichas comunidades. Con esta práctica se busca un engranaje entre los determinantes sociales de la salud, la seguridad humana y la renovación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la participación comunitaria para que la sociedad, en las comunidades intervenidas, logre la satisfacción de necesidades correspondientes a su población en edad reproductiva.

Cada uno de los diagnósticos comunitarios tuvo como objetivo el cumplimiento de los derechos individuales y colectivos de la comunidad mediante la participación de sus miembros. Estos expresaron los principales problemas de salud que enfrentan, lo que les permitió determinar las inequidades, las desigualdades y los determinantes sociales que afrontan y que están teniendo un efecto negativo en su salud.



Una vez se estableció cada uno de los planes de acción para dar respuesta a los diagnósticos comunitarios, pudieron reconocerse varias diferencias. Estas se concretaron en la necesidad de un enfoque intercultural de la salud, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, cuyas competencias facilitaron la organización comunitaria para ejecutar las acciones de intervención que se realizaron, en concordancia para el seguimiento de las estrategias de abordaje y de los resultados de los diagnósticos.

En cuanto a los indicadores de éxito para la valoración, se constató cien por ciento en la elaboración de los diagnósticos comunitarios y cien por ciento en la ejecución de los planes de acción, correspondientes a la conformación de tres grupos de educadores de pares mediante la integración de cuatro temas: 1) embarazo en adolescentes; 2) VIH en adolescentes; 3) inicio de vida sexual a edades tempranas y multiparidad, y 4) inasistencia a la prueba de Papanicolaou.





Cuidados humanizados de la maternidad y el nacimiento

Mercedes Pérez

URUGUAY

El Programa de Educación Maternoinfantil se desarrolló en una maternidad privada de Montevideo entre 1979 y el 2008, dirigido por un equipo de enfermería. El perfil más numeroso de los usuarios de dicha institución era el de profesionales de la salud (en especial de la medicina), con un nivel educativo mayoritario de educación terciaria. El número de gestantes adolescentes estaba por debajo de la media nacional, provenientes de clase media y media alta. Durante esta experiencia se desarrollaron actividades propias de la profesión: gestión del cuidado, docencia a la población usuaria y a profesionales implicados en el cuidado de recién nacidos y sus familias, detección precoz de complicaciones, identificación de problemas en el crecimiento, identificación de riesgos ambientales en el contexto familiar desconocidos para los equipos hospitalarios, mejoras en los tiempos de lactancia materna exclusiva.

El área de educación para las mujeres gestantes y sus familias se inició en el año 1985 con un curso que inicialmente pretendía ser de preparación para el parto. Pero dadas las evaluaciones y las necesidades identificadas durante su desarrollo, se optó por implementar un curso coordinado por el equipo de enfermería que incluía actividades en las que participaban distintos miembros del equipo de salud institucional que aceptaron o sugirieron una actividad de integración para la familia. Estas actividades también fueron acreditadas mediante normas ISO 9000-2000.

El programa se desarrollaba en diez sesiones presenciales a las que la mujer gestante acudía con un acompañante, preferiblemente la pareja o quien fuera a estar con ella durante el parto. En cada una de las instancias se realizaban ejercicios de relajación, respiración y estiramiento para favorecer el trabajo y las condiciones corporales de las usuarias, con el apoyo y la orientación de sus parejas, que serían quienes estarían con ellas en el momento del trabajo de parto como acompañantes. Estos ejercicios los dirigían las obstetras parteras y los fisioterapeutas.



Las actividades se coordinaban con profesionales que definían los contenidos, la metodología de trabajo con las usuarias y los tiempos necesarios para realizarlas. Por otro lado, los profesionales que participaban eran:

1. Obstetras parteras para lo relativo a orientación para el trabajo de parto y el parto.
2. Enfermeras para los talleres de cuidados del recién nacido, lactancia, cuidados durante el embarazo y puerperio.
3. Higienista bucal.
4. Equipo de gerontología para una actividad sobre vínculos intergeneracionales, los papeles de los abuelos, los cuidados del recién nacido y algunos aspectos del cuidado de la salud en general.
5. Médicos pediatras y ginecólogos para responder las dudas planteadas y reforzar conceptos acerca del parto natural, la lactancia materna y la importancia de los controles médicos durante el embarazo y puerperio y el cuidado de recién nacidos.

Las actividades se realizaban mediante dinámicas grupales participativas para favorecer el intercambio entre las mujeres gestantes y sus parejas o familiares. Se partía de los conocimientos y mitos con los que llegaba. A partir de ahí, se ofrecía información basada en la evidencia científica, promoviendo un análisis crítico de la información a la que accedían por ser confusa o no adaptarse a la situación individual.

Se promovía el autocuidado y el fortalecimiento de la autoestima para el desempeño en los nuevos roles familiares que se iban a asumir.

Una de las instancias importantes en esta actividad educativa era la visita al área de internación de maternidad, con el cometido de conocer el espacio donde estarían, conocer a los equipos de internación, la sala de partos, y hacer las consultas necesarias para eliminar los temores infundados y poder sentirse más familiarizados y cómodos. Durante las visitas se intercambiaban conceptos con pacientes que estaban en diferentes etapas de su internación, especialmente con las púerperas y sus familias.

Se realizaban registros de las actividades en forma permanente en Epi Info, que es un conjunto de herramientas informáticas para investigadores. Esto permitía llevar estadísticas de las actividades, del número de usuarios y su perfil, evaluar los resultados y algunos intentos de medición del impacto de las actividades.

Para las enfermeras implicó el desarrollo de un programa autónomo de la disciplina coordinado con otros profesionales, generando una gran fortaleza en el área de desarrollo independiente de la profesión.



El equipo de enfermería cumplió un rol fundamental en el seguimiento de las actividades del equipo interprofesional y en la organización y acompañamiento de las actividades. Aseguró la continuidad de cada actividad durante las 5 semanas de su desarrollo, así como de todos los intercambios con los usuarios y sus familias en cada una de las actividades.

Las evaluaciones realizadas mostraron que las actividades fueron muy gratificantes para las usuarias, y generaron vínculos con el servicio de salud y el equipo que superaron las expectativas iniciales.

El equipo involucrado se sintió muy motivado y realizó propuestas constantes para la mejora de las actividades. Fue muy bien valorado por las autoridades institucionales y mereció múltiples reconocimientos de diferentes ámbitos.



PARTE II

Iniciativas de profesionales
de enfermería y de partería en
comunidades remotas y poblaciones
en situación de vulnerabilidad





Atención materna y neonatal en una comunidad remota

Catarina Maldonado Sajbin

GUATEMALA

En la época en que sucedió este caso, en la comunidad llamada Baldío Vergel, en la Zona Reyna Uspantán Quiché, había que caminar 6 horas a pie para llegar a la carretera, contando con un camino de difícil acceso que únicamente se utilizaba en caso de emergencias y una pista de aterrizaje que una avioneta podía utilizar si no estaba nublado.

La población es de habla K'eqch'í y su nivel académico es bajo. Esta comunidad está compuesta por 670 habitantes y solo 18% de los hombres adultos saben leer. Hay una escuela que tiene un aula de madera donde se dan clases de múltiples grados. La comunidad carece de agua potable y de energía eléctrica, excepto los más afortunados, que tienen un panel solar con el que usan las secadoras para el cardamomo. La señal de telefonía aun no es muy buena, aunque ahora hay más familias con este servicio. La población se abastece de agua en otra comunidad que está a 25 minutos. La comunidad es completamente agrícola y la siembra y cosecha de cardamomo es su única fuente de ingresos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social organiza capacitaciones en atención materna y neonatal para el personal de enfermería que actúa en los servicios de atención primaria en salud. Utiliza como base las Normas de Atención en Salud, en las que se promueve la captación de las mujeres embarazadas antes de las doce semanas de gestación a través de vigilancia con el apoyo de comadronas tradicionales capacitadas y activas, y de sesiones de apoyo que el profesional de enfermería ofrece en el área de trabajo mes a mes, muchas veces con el apoyo de un auxiliar de enfermería.

La paciente y el recién nacido se salvaron de una situación de riesgo en una comunidad remota gracias a la ayuda de la familia, que reconoció las señales de peligro a tiempo, y a que la ambulancia, que estaba disponible para prestar el servicio y se encontraba en buen estado acudió lo más pronto posible al lugar de la emergencia.



Cuando las mujeres embarazadas no pueden acudir al servicio de salud, se realizan visitas domiciliarias con el fin de descartar riesgos obstétricos. Ellas asisten a su control prenatal mensual acompañadas de la comadrona que atenderá el parto en el domicilio. Estas acciones contribuyen a reducir la mortalidad materna y neonatal. También como norma, y teniendo en cuenta que son comunidades postergadas e inaccesibles, el personal de salud ofrece los servicios de salud de comunidad en comunidad, mes a mes, para que toda la población tenga acceso a los cuidados de salud.

En la comunidad de Baldío Vergel sucedió el caso de la Sra. RQ, de 28 años, multípara, que había acudido a sus controles prenatales en el puesto de salud de Vergel Chimal desde las 20 semanas de gestación, donde se le realizaron sus análisis habituales y al menos una ecografía. Su trabajo de parto se complicó, ya que al iniciarse las contracciones comenzó a perder un líquido que correspondía a una hemorragia vaginal.

Al notar las complicaciones, la familia la condujo al puesto de salud que se encuentra a media hora de camino a pie. Se identificó una placenta previa, con trabajo de parto activo en un día lluvioso en que no se disponía de solución intravenosa en el servicio. Para iniciar tratamiento, se colocó a la paciente en posición ginecológica con los miembros inferiores en alto. En ese momento se disponía de radiocomunicación y se activó la comisión de salud, con una llamada a la ambulancia, que tardó tres horas en llegar. Mientras, se administró a la paciente una solución de rehidratación oral, ya que era lo único disponible en ese momento. Se inició el traslado de la paciente en una camilla elaborada con tabla mientras llegaba la ambulancia. Cuando llegó, se entregó a la mujer en estado estable e inmediatamente se la trasladó al Hospital Nacional de San Miguel Uspantán.

La paciente tuvo un parto por vía vaginal al llegar al hospital. Recibió la atención necesaria, y ella y el recién nacido se salvaron de una situación de riesgo en una comunidad remota gracias a la ayuda de la familia, que reconoció las señales de peligro a tiempo, y a que la ambulancia, que estaba disponible para prestar el servicio se encontraba en buen estado, acudió lo más pronto posible al lugar de la emergencia. Por tanto, se continúa con el trabajo de la organización comunitaria para salvar la vida de las madres y de los recién nacidos, en el tiempo oportuno.



Parto respetado atendido por profesionales de partería en casos de mujeres en situaciones de violencia

Ameyalli Aide Juárez Orea

MÉXICO

La población a la que se atiende en Casa Materna está formada por mujeres en edad reproductiva y embarazadas que migran a Chiapas a trabajar en el área de la agricultura y de la recolección de café, y otras que viven en la Sierra Madre de Chiapas, en el mismo estado. Suelen ser lugares de difícil acceso, que además no disponen de unidades de salud cercanas a su comunidad. Las vías de comunicación son senderos o caminos escabrosos, de difícil acceso y tránsito, sometidos a cambios climatológicos extremos.

Casa Materna cuenta con un equipo de supervisión formado por dos enfermeras obstetras, una enfermera perinatal, y el equipo de pasantes licenciados en enfermería y obstetricia, que son diez. Reciben capacitación para que ofrezcan una atención centrada en la partería profesional. La supervisión clínica presta acompañamiento durante el proceso de valoración de la mujer embarazada, el trabajo de parto, el puerperio y la atención al recién nacido. También se ofrecen sesiones clínicas mensuales sobre temas de obstetricia, que se organizan y se coordinan con el equipo de salud a fin de brindar una atención de calidad.

Algunas de las mujeres a las que se presta atención materna viven en un ambiente de violencia que puede ser física, psicológica, económica y estructural. En su mayor parte son analfabetas o tienen una educación básica, y no conocen sus derechos.

El modelo de atención de parto respetado que prestan profesionales de la partería en Casa Materna procura brindar atención a las mujeres realizando un triaje obstétrico, dependiendo de si están en trabajo de parto o presentan alguna patología. Luego pasan a valoración obstétrica y, si es

Se ha observado que los hombres que viven el parto con su esposa son más receptivos a aceptar un método de planificación familiar, y que valoran más la maternidad y a su esposa.



necesario, se les hace una ecografía obstétrica. También se valora el aspecto psicológico, y si la paciente es candidata a una valoración de salud mental, se la cita y se la pone en contacto con el equipo para darle seguimiento.

En el aspecto social, se valora si la paciente cuenta con apoyo emocional y de la pareja, si está viviendo una situación de violencia o de inestabilidad alimentaria y, si procede, se la apoya con despensas o vales de comida para ayudarla a que se alimente en espera del parto. Uno de los objetivos de Casa Materna es que las mujeres acudan allí a esperar su parto para tener la seguridad de que recibirán atención médica, y que se pueda hacer un manejo oportuno en caso de que presente alguna complicación durante el embarazo o el parto, o si requiere una atención de segundo nivel, que está a unas 2 horas de distancia. Se le entregan a la futura madre vales de combustible y material para que pueda recibir atención, que no podría costearse sin esos apoyos. Se valora el embarazo y, si es de bajo riesgo, se atiende en Casa Materna.

Se le pregunta a la paciente cómo desea dar a luz: en el banco obstétrico, en cuatro apoyos, acostada o en posición médica, y si desea estar acompañada durante el proceso del trabajo de parto y de parto. Se le explica la forma de trabajo, ya que muchas de las mujeres a las que se atiende entran en contacto con el sistema de salud por primera vez o han tenido malas experiencias médicas y han perdido la confianza en el personal de salud.

Se permite a la mujer la deambulación, la ingesta de alimentos y líquidos sin restricciones, recordando la importancia de mantener el cuerpo con energía para que el trabajo de parto progrese adecuadamente. Se le explica cómo se atienden los partos y las prácticas para preservar la vida del binomio madre-hijo, como el apego inmediato piel con piel para proteger el vínculo materno, y que no se despegue al recién nacido inmediatamente, si nace sano. Se le explica la importancia de administrarle oxitocina para prevenir la hemorragia y que se le dará por vía intramuscular.

Se busca preservar el vínculo familiar-afectivo. Se ha observado que los hombres que viven el parto con su esposa son más receptivos a aceptar un método de planificación familiar, y que valoran más la maternidad y a su esposa. En el contexto social que se vive en la comunidad hay creencias y tabús sobre adoptar un método de planificación familiar. Se asesora a las parejas y se resuelven sus dudas adaptando los consejos a sus creencias y costumbres.

Después del parto se continúa con la lactancia materna, prestando asesoramiento con material didáctico, como una muñeca tejida a mano que representa a una madre dando lactancia materna. Se promueven técnicas para amamantar y se cuenta con un cojín de lactancia para usarlo la primera hora después del parto. Se organizan otras actividades para la comunidad como ir a la radio y dar charlas sobre los cuidados antes, durante y después del embarazo.

El modelo de parto respetado que se ofrece en Casa Materna hace que más mujeres acudan a recibir atención. Se capta a aquellas que no han sido sometidas a vigilancia prenatal y que tienen factores de riesgo o patologías que ponen en riesgo la vida del binomio. Se trabaja



en conjunto con los parteros profesionales, que realizan la primera valoración. Si la paciente presenta algún factor de riesgo o patología, se la refiere al profesional de la medicina general y se hace interconsulta con el profesional de la ginecología.

El Club de Embarazadas celebra una sesión al mes trabajando en conjunto con el centro de salud de la localidad. A las mujeres se les facilitan temas de interés obstétrico, y de preparación para el trabajo de parto y el parto. En las sesiones de psicoprofilaxis se emplean esferodinamia, aromaterapia, compresas de frío y calor, uso del rebozo y posiciones de estiramiento.

Para darle continuidad y seguimiento a las mujeres de las comunidades que han llevado vigilancia prenatal en las clínicas Compañeros En Salud, se envía un informe vía WhatsApp para informar de que acudió a Casa Materna, del manejo y del plan que se le está ofreciendo. Después del parto, se envía un nuevo mensaje para informar de los hallazgos y de los datos de relevancia obtenidos durante el parto, así como del recién nacido.



PARTE III

Iniciativas educativas
para profesionales y
usuarios de los
servicios de salud



Colaboración de una universidad con una unidad de salud para fomentar la lactancia materna _____

Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Carolina María de Sá Guimarães, Lilian Donizete Pimenta Nogueira, Márcia Cristina Guerreiro dos Reis, Flávia Azevedo Gomes

BRASIL

La Estrategia Amamenta y Alimenta Brasil (EAAB) es una iniciativa del Ministerio de Salud de Brasil iniciada en el 2012 para capacitar a los profesionales que trabajan en el Sistema Único de Salud (SUS), y en el fomento y promoción de la lactancia materna y de la alimentación saludable de los menores de 2 años. El foco de la EAAB es transformar las prácticas profesionales y reorganizar el proceso de trabajo, acordando acciones factibles para cada contexto a fin de mejorar la práctica de la lactancia materna y la alimentación saludable.

Es un proyecto innovador porque las acciones no se imponen de manera vertical. Se proponen y se ejecutan específicamente en cada unidad de salud con el fin de considerar las demandas de las mujeres lactantes y de sus hijos, y de valorar las características de los profesionales de la salud que trabajan en estas unidades.

En la prefectura municipal de Ribeirão Preto, el Programa de Lactancia Materna (PALMA) del Departamento Municipal de Salud capacitó gradualmente a los profesionales de las Unidades Básicas de Salud (UBS) desde el 2013 para actuar de acuerdo a las propuestas de la EAAB. Actualmente, las 42 UBS del municipio forman parte de la EAAB y los tutores son los encargados de monitorear las acciones de los profesionales de la salud.

En cada unidad, se eligieron los grupos educativos como la forma más efectiva de transmitir información y de educar sobre el cuidado de la salud. A través de los grupos, las mujeres usuarias de los servicios de salud tienen libertad para plantear sus dudas, sus ansiedades y los mitos sobre la lactancia materna, lo que favorece una intervención temprana e inmediata. En lo que respecta al apoyo a la lactancia materna, los grupos de apoyo son los más utilizados como acciones acordadas por la EAAB. Son herramientas efectivas para el éxito de la lactancia materna y la prevención del destete temprano, ya que favorecen que las mujeres desarrollen y mantengan su confianza en la lactancia materna.



Los objetivos del proyecto fueron fomentar la identificación de las fortalezas y dificultades de promocionar la lactancia materna y la alimentación complementaria saludable infantil en las UBS; promover la realización, evaluación y seguimiento de las acciones de la EAAB, y contribuir a mejorar las tasas de lactancia materna en la ciudad de Ribeirão Preto.

El proyecto utilizó métodos activos para favorecer las habilidades de los profesionales de enfermería, como la búsqueda continua de evidencia científica y técnica, mayor creatividad y motivación, además de la mejora de las habilidades de comunicación y colaboración entre los profesionales de la salud y las mujeres que amamantan. Las enfermeras tuvieron un papel fundamental en la elaboración de las actividades y en la asistencia clínica a través de la consulta de enfermería durante el período prenatal y el posparto, en especial en el manejo clínico de la lactancia materna, identificando las complicaciones tempranas y actuando en la prevención del destete temprano.

Los objetivos del proyecto fueron fomentar la identificación de las fortalezas y dificultades de promocionar la lactancia materna y la alimentación complementaria saludable infantil en las UBS; promover la realización, evaluación y seguimiento de las acciones de la EAAB, y contribuir a mejorar las tasas de lactancia materna en la ciudad de Ribeirão Preto.

El PALMA, junto con el Centro de Lactancia Materna de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, organizan talleres sobre el manejo clínico de la lactancia materna y sobre la concertación de acciones prolactancia materna en la UBS, con el fin de favorecer y promover la formación de equipos, fomentando la participación de todos los profesionales de la salud en las actividades.

En Ribeirão Preto, las tasas de lactancia materna se han incrementado a lo largo de los años. En el 2011, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue de 11,4%. En el 2017, este índice fue de 59,96% y en el 2018, de 54,66%, por encima del índice brasileño, que se mantiene en 37% y está estancado desde 2013.

En el municipio se capacitó a 41 tutores para monitorear las acciones prolactancia materna en la UBS. Además, pensando en la continuidad de las acciones pactadas más allá de los servicios de salud, el PALMA estableció nuevas alianzas y ha estado trabajando con la División de Alimentación Escolar desde el 2016, con los centros de educación infantil del municipio desde el 2018 y con la Secretaría Municipal de Asistencia Social desde inicios del 2019, realizando talleres para formar a profesionales de la nutrición y la educación para trabajar en la promoción de la lactancia materna y de la alimentación saludable en las escuelas.



En conclusión, la EAAB reconoció las especificidades de cada servicio y las formas adecuadas para un desempeño efectivo del manejo de la lactancia materna y la alimentación, lo que incidió positivamente en la prevalencia de la lactancia materna en el municipio.

La colaboración de la universidad con los programas municipales y con la unidad de salud es importante para la realización de la educación en salud. Esta alianza permite un acceso más fácil a los recursos humanos y materiales para realizar las actividades, así como el acceso a la evidencia científica más reciente y soporte para estudios sobre el desarrollo del trabajo.



Telematronería para la formación de parteras durante la pandemia de COVID-19

Daniela Rojas

CHILE

La pandemia ha afectado a toda la población del país física, mental o socialmente. Pero las personas más perjudicadas han sido las que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, que en esta ocasión se vieron privadas de opciones de atención de salud.

Las personas usuarias con patologías crónicas, así como los controles de los diferentes programas de atención de salud de la mujer, resultaron afectados por la sobrecarga de los equipos de salud de los niveles de atención primario y terciario. La atención ginecológica y obstétrica no fue una excepción, pues además de la necesidad de resolver problemas puntuales que muchas veces solo requieren orientación, estas se ven obstaculizadas por el miedo, la angustia y la incertidumbre de las usuarias.

Pero incluso en ese escenario totalmente adverso y tan distinto al habitual, era una necesidad imperiosa continuar con el proceso de formación de nuevos profesionales de la salud, velando por su adquisición de conocimientos y por sus prácticas, y al mismo tiempo por su seguridad y por la de la población. La nueva situación creó la oportunidad de hacer cambios que consideraran la asistencia de salud de las usuarias en las diferentes etapas del ciclo vital y la formación de profesionales íntegros, con habilidades de comunicación y de resolución de problemas, fomentando que desarrollaran el pensamiento crítico y las actividades educativas, entre otros aspectos. Y en este contexto, la telematronería se reveló como una herramienta capaz de dar respuesta a la situación.

El proyecto de telematronería facilitó atención clínica a las usuarias mediante videollamada entre tres personas (usuaria, estudiante, profesional docente), a través de la aplicación WhatsApp, previa reserva de horas e indistintamente de la ubicación de la

El proyecto de telematronería facilitó atención clínica a las usuarias mediante videollamada entre tres personas (usuaria, estudiante, profesional docente), a través de la aplicación WhatsApp, previa reserva de horas e indistintamente de la ubicación de la usuaria.





usuaria. Los estudiantes que participaron en el proyecto cursaban en aquel momento el tercer y el cuarto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura en la Universidad de los Andes. Los estudiantes cumplieron la mayoría de los objetivos de aprendizaje correspondientes a su nivel curricular, con la excepción de aquellos relacionados con las actividades realizadas durante el examen físico de la usuaria. Tras la atención, se pedía a la usuaria y al estudiante que respondieran una encuesta de satisfacción en un formulario en línea a partir de una escala de Likert de 1 a 5, en la que 1 era “totalmente en desacuerdo” y 5, “totalmente de acuerdo”.

Los resultados recogidos reflejaron un nivel de aprobación elevado de la telematronería tanto entre los estudiantes como entre las usuarias. De hecho, en casi todas las consultas el nivel de satisfacción de las personas encuestadas fue de 5. En el caso de las preguntas sobre la calidad de la imagen y del sonido se alcanzó 92,3% de respuestas con puntuación 5, y 7,7% con 4. Todas las usuarias dijeron que volverían a consultar a través de esta modalidad de atención a distancia. Un ejemplo es la opinión de una de ellas:

Me sentí muy cómoda y muy bien atendida [...] pude exponer mi problema de salud con tranquilidad y tiempo suficiente [...] me gustó mucho la atención ya que, a pesar de no ser presencial, se preocuparon de pedirme mucha información para dar una respuesta a mi situación. Muy agradecida de la profesional, la estudiante y la institución por el servicio brindado a la comunidad.

La telematronería se utilizará con una frecuencia creciente gracias a que los requerimientos son accesibles —como una computadora o un celular inteligente, una cámara e internet— y a sus beneficios, que no son pocos: mejora el acceso a la atención de salud, reduce las listas de espera, disminuye las aglomeraciones y los costos asociados a la atención presencial.



Retos de la educación de los profesionales de enfermería y de partería durante la pandemia de COVID-19

Ruth E. Zielinski,
Nora Drummond

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

La pandemia de COVID-19 ha representado distintos desafíos para los procesos educativos de la nueva generación de profesionales de la salud. Nadie podía predecir su alcance, pero los educadores se dieron cuenta rápidamente del impacto que tendría el coronavirus en la posibilidad de dar clases a los estudiantes. Dado que muchos programas educativos estaban diseñados para desarrollarse presencialmente, y no a distancia, cuando en Estados Unidos de América se dio la orden de confinarse, el profesorado tuvo que movilizarse rápidamente para impartir el contenido por medios virtuales. A pesar de que el aprendizaje clínico es una parte importante de la educación de enfermería y partería, a mediados de marzo del 2020, cuando solo faltaba un mes para acabar el semestre, se decidió interrumpir las prácticas clínicas de todos los estudiantes de estos cursos.

La pandemia ha aumentado los sentimientos de soledad y aislamiento. Algunos estudiantes han perdido a miembros de su familia y sus relaciones sociales se han alterado.

Sabiendo que los desafíos que enfrentaban los estudiantes eran parte de una narrativa más amplia, se trató de estudiar su impacto en las experiencias de los estudiantes de partería de Estados Unidos de América. A través de contactos profesionales y personales y utilizando preguntas abiertas, se pidió a los estudiantes de distintos programas de partería en todo el país que compartieran sus experiencias sobre los estudios de partería durante la pandemia.

Algunos estudiantes de partería son cuidadores infantiles y, debido al cierre de las escuelas y las guarderías, tuvieron que hacer modificaciones en la vida de los niños y las niñas mientras intentaban adaptarse a los cambios en sus programas académicos.



El impacto de la pandemia sobre la economía significó para algunos estudiantes que sus padres o sus parejas perdieron el empleo, lo que también implicó un costo financiero. Algunos trabajadores de salud, como profesionales de enfermería y paramédicos, fueron despedidos en algunas partes del país. Puesto que ciertos programas de estudios de partería tuvieron que cancelarse o posponerse, hubo estudiantes que se encontraron en dificultades, sin ayuda financiera o sin ayuda suficiente para cubrir el costo de un programa de estudios.

Muchos estudiantes del país son profesionales con empleos que demandan presencialidad, lo que hace que la exposición a la COVID-19 en el entorno laboral sea una posibilidad muy real, especialmente con la escasez de equipos de protección personal. Los estudiantes de partería que contrajeron el virus mencionaron dificultades para concentrarse en las tareas académicas mientras trataban de recuperarse, tensión en el cuello y la espalda, así como tensión ocular y dolor de cabeza por el uso prolongado de la computadora.

La tensión mental y la fatiga afectaron a sus estudios, y algunos tuvieron menores calificaciones, redujeron la carga de asignaturas o no completaron algunas. También informaron de efectos negativos en su salud mental, incluido un aumento de los sentimientos de aislamiento, ansiedad y depresión. En cuanto a los mecanismos de ayuda a los que recurrieron para enfrentar la situación, algunos refirieron el uso de medicamentos, la práctica de meditación y yoga, la priorización del sueño y los suplementos de vitaminas.

A medida que la pandemia se agravó, tanto en los centros clínicos ambulatorios como en los hospitales se eximió a los estudiantes de sus prácticas, en un intento de reducir el número de personas presentes en las áreas clínicas. Estudiantes de todo el país informaron de una gran brecha en su aprendizaje clínico, y algunos aún no podían regresar. Los que se reincorporaron a los centros clínicos se encontraron con que tenían que proporcionar más apoyo emocional a los pacientes debido a las restricciones impuestas a la familia y los visitantes. En algunos programas de obstetricia, la dificultad para encontrar tutores de carrera se convirtió en una carga adicional que motivó retrasos en la graduación.

Los estudiantes se afanaron por equilibrar los turnos de trabajo extra obligatorios como enfermeros con su educación clínica. Especialmente a los que estaban al final del programa, les preocupaba adquirir la experiencia necesaria para obtener las competencias a tiempo de graduarse. Algunos sentían que sus habilidades se resentían y que la transición a la práctica iba a ser más difícil.

Aunque los estudiantes comprendieron la necesidad del distanciamiento físico, expresaron su decepción y frustración por el cambio al aprendizaje en línea. Dijeron que extrañaban las clases presenciales y las simulaciones clínicas, y que se sentían menos motivados cuando no estaban con sus profesores y sus compañeros. Para ellos, conectarse por videollamada, teléfono o mensajes no era lo mismo que encontrarse en persona. Los estudiantes con niños en casa mencionaron que las interrupciones frecuentes afectaron a su capacidad de concentrarse en el aprendizaje.



La pandemia ha aumentado los sentimientos de soledad y aislamiento. Algunos estudiantes han perdido a miembros de su familia y sus relaciones sociales se han alterado. Como escribió uno de ellos:

Perder la enseñanza cara a cara en el aula, las interacciones con los compañeros y las simulaciones clínicas presenciales me ha hecho sentir menos conectado y más solitario. Extraño a la gente sin mascarillas.

Aunque la pandemia ha supuesto retos importantes para la educación, hay oportunidades de crecimiento que fortalecerán los programas de estudios con vistas al futuro. Los que compartieron sus historias eran de Estados Unidos de América, pero seguramente el impacto de la pandemia haya afectado a estudiantes de todo el mundo, que necesitan apoyo durante este momento tan difícil. Como profesores y tutores de carrera, debemos llegar a los estudiantes, particularmente a los que tienen dificultades. Hemos de explorar posibilidades de apoyo, como una mayor flexibilidad con los plazos y creatividad en las formas de socializar con seguridad, además de preparar a los estudiantes académica y clínicamente. Están apareciendo formas distintas e innovadoras de enseñar que pueden seguir formando parte de la educación de los profesionales y debemos estar mejor preparados en caso de una futura pandemia.



Iniciativas del personal de enfermería frente a la pandemia de COVID-19

Silvia Iris Tejada, Juana Solano

REPÚBLICA DOMINICANA

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la epidemia de coronavirus podía caracterizarse de pandemia. Ese mismo mes se confirmaba el primer caso de COVID-19 en la República Dominicana, por lo que hubieron de establecerse medidas extraordinarias en todos los ámbitos de la vida. La enfermería no fue una excepción y hubo que adoptar decisiones importantes, tanto para ofrecer los mejores cuidados a los pacientes afectados por la enfermedad como para prevenir el contagio. Esta situación puso de manifiesto no solo los conocimientos clínicos, sino también la aparición de iniciativas que se desarrollaron en la medida en que el panorama se complicaba, adaptándose al nivel de complejidad que cada hospital poseía para prestar atención a los pacientes con COVID-19. Cabe mencionar que la pandemia encontró la República Dominicana con un déficit importante de enfermeras.

Ante este panorama, se pusieron en marcha varias iniciativas para el proceso de adecuar el trabajo a la pandemia de COVID-19 en el país. Las medidas implementadas por las enfermeras gerentes para suplir los cuidados a los pacientes con COVID-19 fueron las siguientes:

- Se programaron turnos de trabajo de 24 horas;
- se eximió del servicio al personal de enfermería con factores de riesgo;
- se organizaron talleres de capacitación del personal para ponerse y quitarse el equipo de protección personal;
- se capacitó al personal en el triaje de pacientes, el uso de ventiladores mecánicos, y
- se aplicaron los protocolos de bioseguridad recomendados por el Ministerio de Salud Pública, según las orientaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.



Además, se mantuvo la coordinación con la dirección del hospital para reponer el material necesario (incluidos los equipos de protección personal), se colaboró en equipo con otras disciplinas (como la farmacia), se designó personal de enfermería para prestar apoyo al departamento de farmacia en la reposición de medicamentos, materiales y equipos, y en el reparto y la supervisión de la colocación y retirada de los equipos de protección de todo el personal.

La actitud inicial del personal de enfermería ante las medidas implementadas fue receptiva y de aceptación. En algunos hospitales, hubo resistencia y se presentaron muchas bajas por licencias médicas; y en otros, la reacción fue de ansiedad, miedo y estrés. En cuanto a las lecciones aprendidas, predominó el valor del trabajo en equipo y la solidaridad.

En el ámbito docente la situación discurrió de forma similar, ya que las escuelas de enfermería tuvieron que realizar cambios repentinos y novedosos para poder concluir el período académico. Asimismo, el Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería se vio obligado a recurrir a medidas tendientes a preservar la salud de sus colegiados, manteniendo los cuidados a los pacientes y a la población en general.

Las escuelas de enfermería adoptaron las siguientes medidas para adecuar los procesos académicos frente a la pandemia:

- Todas las universidades pusieron en marcha una modalidad virtual de sus estudios a través de diferentes plataformas;
- se fortaleció el uso de estrategias de aprendizaje basado en situaciones y estudios de casos;
- las prácticas y los internados de ciclos hospitalarios y comunitarios se suspendieron como medida de prevención para estudiantes y docentes;
- se potenció el uso de los laboratorios de simulación aplicando los protocolos de distanciamiento físico, lavado de manos y uso permanente de mascarilla, y
- en las investigaciones científicas en las que se requiere aplicar instrumentos en el hospital, se usó la modalidad virtual para enviar encuestas y cuestionarios.

La actitud inicial del personal de enfermería ante las medidas implementadas fue receptiva y de aceptación. En algunos hospitales, hubo resistencia y se presentaron muchas bajas por licencias médicas; y en otros, la reacción fue de ansiedad, miedo y estrés. En cuanto a las lecciones aprendidas, predominó el valor del trabajo en equipo y la solidaridad.



Las iniciativas adoptadas en el ámbito de la enfermería asistencial y docente han tratado de paliar los graves efectos de la pandemia en la capacidad de prestación de la atención de salud y de la formación de los profesionales. Pero en el momento de redactarse este texto, el importante déficit de personal de enfermería en el país se ha agravado a raíz de la pandemia y los gremios profesionales siguen solicitando a las autoridades más equipos de protección personal, más personal de enfermería y que garanticen un suministro suficiente de vacunas.





Reposicionamiento de la educación en partería según las mejores prácticas internacionales _____

Arlene James Euin, Marcia Rollock,
Franka Olliviere Andrews, Oscar Noel Ocho

TRINIDAD Y TABAGO

Las parteras han desempeñado un papel central en la prestación de servicios a las familias en los distintos niveles de atención de salud. Tradicionalmente, la educación en partería en la región del Caribe se ha impartido y sigue impartándose a nivel de diplomatura a través del Ministerio de Salud. La única excepción es la Universidad de las Indias Occidentales en Mona (Jamaica), donde el plan de estudios corresponde al pregrado de medicina. Independientemente del nivel de cualificación, la Región cuenta con un cuadro de clínicos altamente experimentados que trabajan de manera independiente e interdependiente como miembros de equipos interprofesionales. A pesar de sus niveles de competencia, se ha considerado el desarrollo de parteras altamente cualificadas de acuerdo con las mejores prácticas internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Parteras coinciden en que el futuro de la partería radica en el nivel de educación y formación que reciban las profesionales, ya que el enfoque está en el desarrollo de competencias más que en las habilidades establecidas por un marco. Esto se basa en el hecho de que, cuanto más cualificada esté la profesional a nivel del pregrado de medicina, como fuerza laboral altamente educada, no solo se mejora la calidad de la atención, sino que se salvan vidas. El fortalecimiento de la educación en partería a nivel mundial es clave para cumplir los Objetivos del Desarrollo Sostenible y los centros educativos deben adoptar un programa de formación basado en competencias para estandarizar y fortalecer la educación en partería.

Las parteras bien capacitadas brindan una gran cantidad de servicios a la población en edad fértil y a los recién nacidos, y pueden hacer una contribución significativa a la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud.



Un informe encargado por el Ministerio de Salud sobre la educación en enfermería y partería en Trinidad y Tabago recomendó que la educación en estas disciplinas se ofreciera a nivel del pregrado de medicina. Esta recomendación coincide con la de la Asociación Regional de Parteras del Caribe y con la del Organismo Regional de Enfermería para desarrollar e implementar el pregrado en Partería en los países de la Comunidad del Caribe.

Según la OMS (2019) (17), si las parteras reciben una educación según los estándares internacionales y la partería incluye la provisión de planificación familiar, podrían evitarse más de 80% de las muertes maternas, mortinatos y muertes neonatales. Los beneficios de las parteras con una educación adecuada se extienden a lo largo del proceso continuo para mejorar la salud general de las familias y las comunidades. Esto significa que las parteras bien capacitadas ofrecen una gran cantidad de servicios a la población en edad fértil y a los recién nacidos, y pueden hacer una contribución significativa a la atención primaria de salud y a la cobertura universal de salud. Sin embargo, la gran mayoría de ellas rara vez tiene la oportunidad de participar en las decisiones de política para la población a la que sirven. Según la Confederación Internacional de Parteras, este hecho puede estar relacionado con el nivel de formación de la profesión.

La duración de la educación de las parteras en la Región del Caribe es variable, al igual que la calidad de las experiencias clínicas. Esto proporciona una ventana de oportunidad para desarrollar un plan de estudios de partería integral para Trinidad y Tabago que sea coherente con las tendencias globales. La institución no puede trabajar aisladamente para desarrollar programas de educación y práctica de partería. Aunque existe una gran necesidad de parteras, se debe trabajar dentro del contexto económico, político y social del país. Las alianzas y las colaboraciones de apoyo han sido beneficiosas para fortalecer las políticas y las directrices educativas necesarias para mejorar y actualizar cualquier plan de estudios a fin de garantizar que se mantenga la calidad.

Reconociendo la importancia de la colaboración, la Universidad de las Indias Occidentales invitó a varios actores clave de la Facultad de Ciencias Médicas, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Consejo de Enfermería, la Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el sector privado a desarrollar un plan de estudios de partería consistente con las recomendaciones globales y los mejores estándares.

Una estrategia clave utilizada por la escuela fue organizar un Simposio Internacional de Partería en el 2016. El encuentro sirvió como base sobre la que se construyó la necesidad de fortalecer la educación en partería en la Región del Caribe en general, y en Trinidad y Tabago en particular. La sensibilización de las partes interesadas y la formación del nuevo Comité de Partería tuvo lugar durante la primera reunión, en abril del 2016. Las partes reconocieron que era un momento crucial, un momento para llevar la práctica de la partería al centro de la atención de salud una vez más. En esa reunión, se proporcionaron al Comité los términos de referencia con los antecedentes, los roles y responsabilidades, para su alcance y consentimiento.



La discusión durante la reunión se centró en el desarrollo de competencias básicas para los estándares de la práctica de la partería según lo estipulado por la Confederación Internacional de Parteras, los Consejos de Enfermería de los Estados Miembros de la Comunidad del Caribe y las leyes de Trinidad y Tabago. También se discutió el nivel de certificación que debería proponer la Universidad de las Indias Occidentales a la Junta de Facultad para su consideración. Tras la obtención de consentimientos de los autores, se analizaron los datos más recientes y, sobre la base de los hallazgos, se generó un debate considerable, ya que los profesionales defendieron el valor de la partería como práctica autónoma y quisieron ver esto reflejado en el plan de estudios.

Los miembros del Comité se dividieron en equipos y cada uno de ellos se responsabilizó de desarrollar los esquemas de los cursos en consonancia con las competencias básicas identificadas por la Confederación Mundial de Parteras. El componente de partería se entregó al equipo de la Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago, que reunió el apoyo de otras parteras para obtener un contenido completo basado en la evidencia. Los equipos continuaron trabajando durante un tiempo y se celebraron reuniones mensuales durante las que se plantearon los temas, se dieron explicaciones y se inició la reescritura, con la pretensión de desarrollar un currículo sólido, culturalmente sensible y reconocido internacionalmente.

El plan de estudios se completó y recibió el apoyo del Ejecutivo de la Facultad. En el momento de redactarse este texto se encuentra en proceso de recibir la aprobación final de la Universidad de las Indias Occidentales en San Agustín para su implementación efectiva durante el año académico 2021/2022.

Dado que el desarrollo de las parteras depende de que se implemente un plan de estudios sólido y culturalmente sensible que esté arraigado en un marco de competencias reconocido internacionalmente, es imperativo que los principios de la colaboración interprofesional se utilicen como estrategia eficaz para hacer de esto una realidad.



Beneficios de incluir a la pareja masculina en la atención prenatal de la mujer

Monica Isabel Alves,
Geraldo Duarte

BRASIL

En el 2019, la población estimada del municipio de Franca, en el estado de São Paulo, era de 339.925 habitantes, de los que 173.753 eran mujeres. La proyección de mujeres en edad fértil (10-49 años) para el mismo año fue de 101.103 y hubo 4.633 nacimientos. El número total de hombres que acudieron a los exámenes prenatales con sus parejas en el 2019 fue de 2.357, y tenían edades comprendidas entre 16 y 61 años.

El Programa Prenatal de la Pareja (PNP) es una estrategia innovadora creada en Ribeirão Preto-Estado de São Paulo en el 2006 y que está siendo progresivamente implementada por el Ministerio de Salud de Brasil para proporcionar varios beneficios de salud para la tríada formada por la mujer embarazada, su pareja y el niño.

Los estudios muestran que, cuando la pareja de la mujer embarazada está presente y participa en el cuidado prenatal, se reducen la depresión puerperal y el uso de analgésicos durante el parto, aumenta el vínculo entre la madre y el recién nacido, mejora la adherencia a la lactancia materna y se reduce la transmisión vertical de la madre al hijo, entre otros beneficios.

Uno de los objetivos de la participación en el Programa es diagnosticar de forma precoz distintas alteraciones en el padre y la madre, como la dislipidemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, integrándolos en la red de salud, recibiendo acciones de prevención y promoción de la salud.

El Programa Prenatal de la Pareja (PNP) es una estrategia innovadora creada en Ribeirão Preto-Estado de São Paulo en el 2006 y que está siendo progresivamente implementada por el por el Ministerio de Salud de Brasil para proporcionar varios beneficios de salud para la tríada formada por la mujer embarazada, su pareja y el niño.





El Programa se implementó en el municipio de Franca en el 2015, que fue cuando se capacitó a los equipos de salud. La capacitación sobre la atención prenatal de la pareja incluyó a los recepcionistas, un ginecólogo y un médico de cabecera, las enfermeras, los auxiliares y técnicos de enfermería, una trabajadora social y un agente de salud de la comunidad.

Las enfermeras de atención primaria fueron las encargadas de la primera asistencia a las embarazadas y sus parejas, y las consultas posteriores fueron a cargo de los médicos. La enfermera recibía a la mujer si esta quería hacerse la prueba rápida de orina para la detección del embarazo. Si llegaba acompañada de su pareja, también se le recibía.

Si el resultado de HCG era negativo, se entregaba información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos, y se respondían las posibles dudas. Si el examen confirmaba el embarazo, se iniciaba el prenatal y se invitaba al hombre a participar. Luego se solicitaban las serologías del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas, de la hepatitis B y C, anti-VIH, glucemia, perfil lipídico y se tomaba la presión arterial.

El Programa permitió diagnosticar dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus en varios usuarios, con lo que pudo realizarse una intervención temprana en el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares. El resultado de las serologías identificó a hombres con serología positiva para VIH y mujeres embarazadas seronegativas, lo que permitió un cribado rápido para interrumpir la transmisión vertical.



Cuando los valores de la presión arterial estaban alterados, se instruyó a la pareja sobre la actividad física y la alimentación, y se le proporcionó asistencia médica. Al recibir los resultados de las pruebas de laboratorio, la mujer gestante podía presentarlos al ginecólogo y, según el resultado de la serología, se refería a la pareja al Servicio de Atención Especializada en VIH/sida o al clínico para las demás pruebas.

Como parte de la asistencia integral a la pareja, se llevan a cabo acciones de orientación sobre los derechos de licencia de paternidad previstos en las leyes brasileñas y los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo. La pareja se siente acogida y desarrolla un vínculo con el equipo de salud a fin de buscar el servicio para el cuidado de su propia salud y aclarar dudas o para participar de los grupos de gestantes.

También se constató la gratitud de las parejas por poder estar juntas durante las consultas, en los grupos y en el parto. Esto contribuye a rebatir la idea de que los hombres no quieren o no tienen interés en participar.

La práctica de acoger al compañero de la mujer gestante en la atención prenatal contribuyó a facilitar el acceso de los hombres a la atención primaria. Estas unidades son las puertas de entrada a la atención del Sistema Único de Salud Brasileño, ya que las unidades a menudo se consideran lugares de atención para mujeres y niños.

Uno de los beneficios del Programa fue el acceso de los hombres a los establecimientos de salud y, en consecuencia, al diagnóstico y al tratamiento de enfermedades transmisibles como la sífilis. La respuesta de uno de los participantes a la pregunta sobre o qué les había parecido su inclusión en el PNP, pone de relieve este beneficio:

Estuvo bien. Acudí a los exámenes, también para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Fue bueno para mi salud, para la de ella y para el bebé.



Humanización de la atención al parto con medidas psicoprofilácticas

Ana Lisia Alfaro

EL SALVADOR

El Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, en la ciudad de Cojutepeque, es un hospital departamental de segundo nivel de atención, con una capacidad instalada de 90 camas, de las que 27 están asignadas al Servicio de Obstetricia. En el 2018 se atendió a 2.595 mujeres. Para contribuir a reducir las complicaciones del parto y el alto número de cesáreas, y mejorar la atención humanizada del parto, se promovió la buena práctica para la implementación de medidas psicoprofilácticas en la atención del parto. Estas se aplicaron a la mujer y a su acompañante en el hospital, con un mínimo de procedimientos médicos para dar a luz, sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés.

La aplicación de la buena práctica de psicoprofilaxis obstétrica prepara a la mujer gestante y a su pareja con proyección familiar y de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente. Esto se lleva a cabo a través de actividades educativas, de técnicas de relajación neuromuscular y de actividad respiratoria, de ejercicios gestacionales, de posiciones antiálgicas, de técnicas de autoayuda y de estimulación prenatal para lograr su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante el parto, el posparto y la lactancia.

La psicoprofilaxis obstétrica se trabaja en cuatro dimensiones:

1. Actitudinal y emocional, en cada fase del proceso del parto.
2. Comportamental, que contempla el desarrollo de habilidades para afrontar de manera competente el proceso del parto y posparto.
3. Estrategias ante los temores, las molestias y los dolores, como técnicas de relajación, habilidades de relación y de comunicación.
4. Cognitiva respecto al proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas de gestación, parto y posparto. Además, se instruye sobre los signos de alarma, los cuidados especiales, las señales del inicio del trabajo de parto, la recuperación posnatal y el plan de nacimiento, entre otros aspectos.



Las medidas psicoprofilácticas comportan beneficios para la madre y el recién nacido, la familia e incluso para el equipo de salud. Las **ventajas para la madre** son 1) un menor grado de ansiedad, lo que le permite desarrollar y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad; 2) una respuesta adecuada durante las contracciones uterinas, con un uso apropiado de las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda; 3) mayor posibilidad de que cuando ingrese en el centro de atención, se encuentre en trabajo de parto franco, con una dilatación más avanzada; 4) menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal; 5) menor duración de la fase de expulsión; 6) menor duración del tiempo total del trabajo de parto; 7) menor uso de fármacos en general; 8) menor riesgo de presentar complicaciones obstétricas; 9) mayor vínculo afectivo con el bebé; 10) menor posibilidad de un parto por cesárea; 11) recuperación más rápida y cómoda; 12) aptitud total para una lactancia natural, y 13) menor riesgo de padecer depresión posparto.

Las **ventajas para el recién nacido** son 1) disminución del sufrimiento fetal agudo; 2) disminución de las complicaciones perinatales; 3) mejor puntuación de Apgar, y 4) el fortalecimiento de lactancia materna. Las **ventajas para el equipo de salud** son 1) trabajo en un clima de mayor armonía; 2) mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante; 3) disminución de los riesgos maternos y perinatales, y 4) fomento del parto institucionalizado en condiciones seguras a través de la información proporcionada, de manera oportuna y humanizada.

Las **ventajas para la familia** son 1) se evitan algunas complicaciones del parto y en el recién nacido, lo que acorta la estancia hospitalaria y facilita la incorporación pronta a su hogar con su familia; 2) se reduce el costo económico familiar, ya que la pareja no tiene que viajar con frecuencia al hospital porque su estancia es corta; 3) se favorece lo social y el vínculo psicológico con la pareja, ya que este vive el proceso del parto y se siente parte de ello, y 4) se cumple un principio del accionar de enfermería de incorporar al individuo a su familia y a su comunidad lo mas pronto posible.

El objetivo general de la iniciativa fue contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal fortaleciendo la atención del parto normal a través de la aplicación de medidas psicoprofilácticas con participación de la familia en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, de enero del 2016 a diciembre del 2018. Los objetivos específicos fueron la implementación de los ejercicios psicoprofilácticos en las mujeres embarazadas en fase de latencia y activa con indicación de parto vaginal normal, en los servicios de ginecoobstetricia y partos; lograr el apoyo emocional de las mujeres embarazadas con la implementación de acciones de participación activa de la pareja y la familia en el proceso de

El objetivo general de la iniciativa fue contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal fortaleciendo la atención del parto normal a través de la aplicación de medidas psicoprofilácticas con participación de la familia.





atención del parto; mejorar la satisfacción de la mujer en la atención del parto; fortalecer la lactancia materna exclusiva; mejorar la empatía de los usuarios con el proceso de atención del parto hospitalario, y fomentar el parto institucional.

La implementación de la buena práctica se llevó a cabo en cuatro fases:

1. **Planificación:** se realizó el análisis documental de la información y se elaboró el proyecto, incluido un plan de acción y un plan didáctico, que aprobó la dirección del hospital. Se planificaron los talleres dirigidos al personal médico y de enfermería, con los objetivos de capacitar e involucrar al recurso humano para ejecutar el proyecto.
2. **Ejecución:** el equipo coordinador inició los talleres de capacitación por fases, primero en las jefaturas de unidad y a continuación con el personal operativo de las áreas maternas y de otras áreas hospitalarias. Luego el personal se convirtió en facilitador para los diferentes servicios que participaron en el proyecto. Durante esta fase también se realizaron las gestiones para mejorar la infraestructura del área. Algunas de las mejoras consistieron en colocar cortinas entre las camas de las parturientas para respetar su derecho a la intimidad; comprar el material y los insumos necesarios para ejecutar la estrategia en las áreas de atención; identificar a las usuarias y a sus parejas solicitando su deseo de participación para aplicar las medidas psicoprofilácticas durante su ingreso hospitalario, y aplicar esas medidas a todas las parturientas con indicación de parto vaginal normal.



3. **Seguimiento y evaluación:** la fase evaluativa de la buena práctica se realizó siguiendo dos metodologías. La metodología observacional permitió verificar la aplicación de los ejercicios psicoprofilácticos en las usuarias y la segunda metodología consistió en administrar encuestas de satisfacción a las usuarias que se beneficiaron de la estrategia.
4. **Réplicas del proyecto:** se capacitó a diferentes maternidades del país a través de talleres.

Se logró obtener la participación multidisciplinaria de distintas áreas del hospital para alcanzar los objetivos propuestos por el equipo de mejora. Las áreas fueron las de dirección, subdirección y administración hospitalaria; la unidad financiera institucional; lavandería y costurería; mantenimiento; servicios de limpieza, y médicos de áreas de epidemiología y medicina interna. Gracias a la participación de todas estas áreas, cada una de las actividades planteadas en el plan de trabajo se ejecutaron oportunamente y con los materiales e insumos necesarios, además del trabajo en equipo desarrollado.

Las evidencias de la buena práctica fueron recorridos participativos con mujeres embarazadas para divulgar la mejor práctica; la divulgación de la mejor práctica en las 28 maternidades y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; talleres de capacitación y de capacitación de psicoprofilaxis del parto; implementación de la buena práctica en otras maternidades del país y divulgación de la buena práctica entre la población, y fortaleciendo la atención del parto institucional.



Programa Familiar Acompañante para fomentar el vínculo entre el padre, la familia y el recién nacido

*Vanessa Naupari Carreño, Lady Horna Cabanillas,
María de Fátima Ballón Rendón*

PERÚ

El Servicio de Enfermería en Neonatología presta atención inmediata y mediata a los recién nacidos de alto riesgo cuyas madres son transferidas al hospital por su mayor capacidad resolutive.

El servicio ha considerado innovar el Programa Familiar Acompañante, estableciendo como objetivo principal una unidad de trabajo en equipo en beneficio del neonato, la madre, el padre y su familia. De acuerdo con las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicaciones para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es un momento en el que se presentan una amplia gama de necesidades tanto para el recién nacido como para los padres. Por tanto, resulta imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de las familias, convirtiendo cada situación en una oportunidad de aprendizaje.

Este programa innovador pretende capacitar a los familiares acompañantes para fomentar y que se adopten las acciones de cuidado y promoción de la lactancia materna, estableciendo una alianza estratégica con los profesionales, que es un punto clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y el alta oportuna.

Es importante fortalecer la autoestima del padre y la madre para que se sientan capaces de ejercer como tales con responsabilidad y autonomía. Desde el primer contacto con los padres, el personal de enfermería presta cuidados y educa de forma continua, de modo que adquirieran seguridad y confianza en el cuidado de su bebé. La orientación en la lactancia materna y su inicio requieren un tiempo prudencial durante el que el personal debe permanecer al lado de la madre hasta que desarrolle su confianza, promoviendo un cuidado integral continuo en el hogar.

Los profesionales de enfermería utilizan estrategias de cuidado que no se limitan a los escenarios hospitalarios y que incluyen espacios en el hogar. De este modo se da continuidad en el cuidado a las madres y los recién nacidos, al tiempo que se involucra a la familia. Esta actúa



como red de apoyo y asume el reto de participar en el proceso de prevención y promoción de la salud materna y neonatal, garantizando el bienestar libre de riesgo.

El Programa facilita que la familia, además de la madre, el padre, los abuelos y los tíos, entre otros, participen del proceso de cuidados del recién nacido mediante la capacitación en competencias básicas. Así, adquieren conocimientos, habilidades y aptitudes para participar y colaborar en el cuidado, la alimentación, la prevención de complicaciones o la identificación de signos de alarma durante la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido. Podrán ponerlos en práctica en el hogar después del alta, mejorando el vínculo entre la enfermera y la familia a través de la relación terapéutica integral.

El objetivo general del Programa es promover la participación de los familiares en los cuidados integrales del recién nacido para evitar eventos adversos prevenibles y complicaciones irreversibles en su crecimiento y desarrollo contribuyendo en su salud, logrando su cuidado, recuperación y cuidados óptimos en el hogar y sociedad. Los objetivos específicos son:

1. Fortalecer los vínculos entre la familia y el personal de enfermería.
2. Integrar a los familiares en el cuidado y la asistencia del recién nacido durante la hospitalización.
3. Facilitar los conocimientos, las habilidades y las destrezas sobre la participación del familiar o acompañante en cuidados básicos relacionados con la bioseguridad, la alimentación, la lactancia materna, la higiene, las vacunas, los signos de alarma y el apoyo emocional y espiritual.
4. Entrenar al familiar acompañante en los cuidados requeridos para la atención al recién nacido, incluida la prevención de eventos adversos y de complicaciones durante la hospitalización y en el hogar.
5. Identificar al familiar o acompañante con exceso de estrés y prestarle apoyo psicosocial interdisciplinario.
6. Evaluar las habilidades y las destrezas adquiridas por el familiar o acompañante al término del programa.
7. Evaluar el impacto del Programa.

La evaluación del Programa se realizó mediante el número de familiares acompañantes: 1) que participaron en el programa durante el mes; 2) que obtuvieron buena calificación durante el desarrollo del Programa; 3) satisfechos con el Programa; 4) que administraron cuidados satisfactorios en el hogar, y 5) mediante los resultados de sostenibilidad.

El Programa facilita que la familia, además de la madre, el padre, los abuelos y los tíos, entre otros, participen del proceso de cuidados del recién nacido mediante la capacitación en competencias básicas.



La eficacia del Programa se evaluó según los resultados esperados en las diferentes actividades, traducidos en el cumplimiento de los objetivos establecidos —el mismo que se hace a través de un pretest midiendo los cambios en los niveles obtenidos—. También se evaluaron el cambio de actitudes y de comportamientos, y el desarrollo de habilidades, evidenciado mediante su participación en su autocuidado durante la estancia de hospitalización del recién nacido.

Los resultados esperados fueron usuarios satisfechos con el Programa, prácticas realizadas correctamente por el familiar acompañante y reducción de los eventos adversos por caídas asociadas al desconocimiento de las medidas de prevención. Los indicadores usados fueron 1) el porcentaje de familiares acompañantes que participaron en el Programa durante el mes; 2) el porcentaje de cumplimiento de las actividades ejecutadas; 3) el porcentaje de usuarios con evaluación de “bueno” en el cuidado del paciente, y 4) el porcentaje de usuarios satisfechos con el Programa Familiar acompañante.



Experiencias de la Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago en las clases de educación sobre el parto

Marcia Rollock, Debra Lewis, Arlene James Euin,
Franka Olliviere Andrews, Oscar Noel Ocho

TRINIDAD Y TABAGO

La Asociación de Parteras de Trinidad y Tabago es una organización formada por profesionales de la partería que ejercen en la práctica pública y privada. Las clases de preparación para el parto se consideran esenciales para la experiencia del parto de la familia. La Asociación inició las clases de educación prenatal para orientar a las mujeres que, junto con sus familias, buscaban información sobre actividades relacionadas con la maternidad y la crianza de los hijos.

Históricamente, el propósito de las clases de preparación era preparar a las mujeres en edad fértil para el parto y enseñarles técnicas de manejo del dolor durante el trabajo de parto. Con los años, el alcance de esta educación se ha ampliado y ahora incluye la preparación para el embarazo, el trabajo de parto y el parto, el cuidado del recién nacido y la adaptación a la vida familiar con un bebé. La duración, el contenido, los criterios de membresía y el costo económico de los cursos son diversos. Mientras que algunos se ellos se organizan a través de hospitales, otros se ofrecen a través de organizaciones comunitarias.

Aunque la estructura y el contenido de estas clases es variable, existe consenso en que pueden ser beneficiosas para las mujeres y sus parejas. Los resultados de la investigación realizada por uno de los autores sobre el valor de la educación en el parto, de las clases del método Lamaze y de la presencia del futuro padre en la sala de partos muestran que la exposición de los futuros padres a las clases para padres Lamaze puede servir

Históricamente, la mayoría de las parejas masculinas no estaban verdaderamente integradas en las clases prenatales. La Asociación ha buscado brindar este apoyo a los padres a través de sus clases de parto, que se enfocan en las necesidades de la embarazada y su pareja.



como apoyo fundamental para las mujeres y los futuros padres durante el embarazo y nacimiento (18).

Sin embargo, existe una necesidad obvia de establecer estándares de práctica para las clases del método de Lamaze. Así se fomentarán programas estructurados que sean culturalmente sensibles y que se adapten no solo a las necesidades de la mujer embarazada, sino también a las del futuro padre.

Incluir al padre es vital, ya que se fomenta el aprendizaje como experiencia compartida con el hijo que está por nacer mientras se construye un vínculo. La Organización Mundial de la Salud (2015) recomienda las intervenciones para promover la participación de los hombres durante el embarazo, el parto y el posparto. De este modo, se facilita y se apoya un mejor cuidado personal de la mujer, así como mejores prácticas de atención domiciliaria para la madre y el recién nacido, y un mejor uso de la atención especializada durante el embarazo, el parto y posparto para las mujeres y los recién nacidos (19).

La mayoría de las parejas masculinas no estaban verdaderamente integradas en las clases prenatales. La Asociación ha tratado de prestar este apoyo a los padres a través de sus clases de parto, que se enfocan en las necesidades de la embarazada y de su pareja. Con este fin, las clases se han diseñado para crear un ambiente relajado que fomente la participación de las clientas y de sus acompañantes.

Las clases adaptadas para los hombres se iniciaron en el 2005 con un pequeño grupo. Se dividen en ocho sesiones que forman un ciclo. Las clientas y las personas de apoyo pueden unirse en cualquier momento del ciclo para obtener la información que necesiten. Las parteras dictan los temas todos los sábados por la mañana durante dos horas. Tratan la buena salud durante el embarazo; el ajuar y la bañera para el bebé; los ejercicios pre y posnatales; el trabajo de parto y el parto; el papel de las personas de apoyo; la lactancia materna; el período posnatal y los masajes para bebés.

Durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2019 se completaron seis ciclos, con sesenta y ocho clientas y sus personas de apoyo. En los primeros tres meses del 2020, hubo ocho clientas con sus personas de apoyo. Las restricciones a consecuencia de la pandemia de COVID-19 obligaron a anular las clases presenciales y a habilitar clases en la plataforma virtual. Como resultado, de enero a septiembre del 2020 se completaron cuatro ciclos con dieciocho parejas. Al final de cada ciclo se pidió retroalimentación, que dio como resultado la ampliación del número de temas para las clases. La retroalimentación de las clientas ha sido positiva y 97% de ellas dijeron haber notado los beneficios de las clases en sus experiencias, así como resultados positivos.

En las clases interactivas con grupos pequeños impartidas durante ocho semanas, las clientas y los futuros padres tienen la oportunidad de sentirse cómodos, relajados y lo suficientemente seguros como para compartir pensamientos, miedos y sentimientos, además de tener



conversaciones con la partera y otros miembros del grupo. Las clases de preparación para el parto de la Asociación facilitaron la interacción y la educación, ya que las sesiones permiten experiencias prácticas para las clientas y las personas de apoyo.

La Asociación continúa cumpliendo su mandato de informar y asesorar a las mujeres y sus familias sobre la necesidad de una educación continua y responsable en salud reproductiva. Sin embargo, existe la necesidad de evaluar continuamente las clases para asegurar que sigan manteniendo la inclusión familiar y la mejora de la información de las mujeres y sus parejas.



Conclusiones

El objetivo de los relatos que forman este libro es visibilizar las iniciativas de los profesionales de enfermería y de partería y el importante trabajo que realizan, en sus distintos niveles de atención y diferentes entornos profesionales, en los diversos países de la Región de las Américas.

A través de los programas de salud puestos en marcha por los profesionales de enfermería y partería o promovidos por los ministerios de salud, se ofrece a las comunidades un trabajo de calidad, se reducen o se eliminan las barreras para la atención de la salud y muchos de ellos consiguen llegar a los lugares más recónditos.

Estos programas se basan en la prevención y la promoción de salud, y muchos cuentan con equipos interdisciplinarios. Una de las principales herramientas que utilizan es conocer a la comunidad, identificar sus necesidades, promover la educación de los grupos familiares por medio de actividades e iniciativas diversas, involucrar a otros profesionales de la salud y evaluar los resultados, los cuales son subjetivos ya que no se utilizan procesos científicos ni de medición.

Los profesionales encuentran distintas dificultades y la pandemia de COVID-19 ha sido una de las más complejas. La pandemia ha tenido unas consecuencias devastadoras en todo el mundo y ha causado afectaciones a nivel sanitario, social y económico. Y aunque la crisis está alcanzando a toda la población, la actual situación agudiza los factores de riesgo preexistentes, que afectan mayoritariamente a las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad de cada país. Las mujeres están gravemente afectadas, bien por su condición de mayoría entre los profesionales de la salud o de usuarias de los servicios de salud.

Por otro lado, la pandemia no solo ha afectado a los profesionales y los pacientes, sino también a los futuros profesionales, para los que ha tenido unas consecuencias profundas. Los procesos educativos han tenido que modificarse durante la pandemia porque la mayoría de los programas se diseñaron para ser presenciales, principalmente en centros de salud. Durante el pico de la pandemia, estos centros decidieron retirar a sus alumnos de las prácticas clínicas. Las descripciones de algunos de los relatos nos permiten visibilizar la realidad de los estudiantes y los educadores, y el efecto que la pandemia ha tenido sobre la formación, con una gran brecha en el aprendizaje clínico. Es de suponer que los casos de estas páginas que estaban en funcionamiento antes de la pandemia también hayan resultado afectados de alguna manera en su ejecución.



Sin embargo, los países no pueden ganar la batalla contra los brotes ni alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud sin invertir en la formación, el empleo y la regulación de los recursos humanos para la salud. La pandemia ha mostrado que son ejes centrales de los sistemas y los servicios de salud. Recomendamos que se divulguen y se repliquen las iniciativas que se presentan en esta publicación y que se promueva la inversión y la valoración del trabajo de los profesionales de la salud en general, y de los profesionales de la enfermería y la partería en particular. Creemos que respetar y valorar a estos profesionales, divulgar las buenas experiencias, fomentar las prácticas colaborativas y fortalecer la atención primaria de salud son factores esenciales para alcanzar la equidad, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.



Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. State of the World's Nursing Report 2020: investing in education, jobs and leadership. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. Último acceso: 18 de agosto del 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. 2021 designated as the International Year of Health and Care Workers [internet]. Washington, D.C.: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers>. Último acceso: 29 de diciembre del 2020.
3. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Washington, D.C.: OPS, 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>. Último acceso: 23 de noviembre del 2020.
4. Organización Mundial de la Salud. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería [internet]. Washington, D.C.: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>. Último acceso: 21 de enero del 2021.
5. Consejo Internacional de Enfermeras. Actualización del Consejo Internacional de Enfermeras sobre la COVID-19. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2021. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID-19%20update%20report%20FINAL_SP.pdf. Último acceso: 9 de febrero del 2021.
6. Organización Mundial de la Salud et al. Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa [internet]. Ginebra: OMS; NU; UNICEF; PNUD; UNESCO; ONUSIDA; UIT, Iniciativa Pulso Mundial de NU; Federación Internacional Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>. Último acceso: 21 de enero del 2021.



7. Bandyopadhyay S., Baticulon R.E., Kadhum M., Alser M., Ojuka D.K., Badereddin Y. et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Global Health* 2020, 5(12):e003097. doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097.
8. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1 Último acceso: 5 de febrero del 2021.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths. Nueva York: UNICEF; 2020. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>. Último acceso: 22 de enero del 2021.
10. Grupo Banco Mundial. Closing Gender GAPS in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C: GBM; 2020. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/484401532010525429/pdf/Closing-Gender-Gaps-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>. Último acceso: 8 de febrero del 2021.
11. Grupo Banco Mundial. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Notas de política 2020:1.29. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/618731587147227244/pdf/Gender-Dimensions-of-the-COVID-19-Pandemic.pdf>. Último acceso: 8 de febrero del 2021.
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: El rol de las medidas de protección social. Boletín N.º 7. Santiago: FAO; 2020. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45720>. Último acceso: 5 de febrero del 2021.
13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Santiago: CEPAL; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11362/46483>. Último acceso: 8 de febrero del 2021.
14. Kimani RW, Maina R, Shumba C, Shaibu S. Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: re-contextualising the community midwifery model. *Human Resources for Health*, 2020, 18(1):75. doi.org/10.1186/s12960-020-00518-3.
15. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30 • 30 • 30 APS para la Salud Universal. Washington, D. C.: OPS; 2019. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es. Último acceso: 18 de agosto del 2020.



16. Organización Panamericana de la Salud, College of Nursing. Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal. Washington, D. C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52115>. Último acceso: 28 de agosto del 2020.
17. Organización Mundial de la Salud. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Ginebra: OMS; 2019.
18. Ocho ON. Perceptions of Registered Nurses/Midwives and Obstetricians on Having Males as Expectant Fathers Present in the Delivery Room at Public Hospitals in Trinidad and Tobago: Implications for Women and Their Partners. *Sexuality & Culture*, 2018, 22(2):541-554. doi.org/10.1007/s12119-017-9482-2.
19. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/.



La Organización Panamericana de la Salud, en reconocimiento a la función fundamental de los profesionales de enfermería y de partería en los sistemas de salud, ha decidido publicar estos relatos para visibilizar las iniciativas y contribuciones de estos profesionales con un enfoque en la salud de la mujer. Esta publicación contribuye a destacar el importante trabajo que realizan en los distintos niveles de atención y los diferentes entornos profesionales, y evidencia la realidad de la salud de las mujeres en los países de la Región de las Américas. Las actividades, historias y casos relatados ilustran el papel de los profesionales de enfermería y de partería en el avance del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, además de su importante contribución a los sistemas de salud, las universidades y las escuelas en los países de la Región.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

