

Formar personal sanitario para satisfacer las necesidades de las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes en todo el mundo

EL ESTADO
DE LAS
Matronas
en el Mundo
2021

Dedicado a los trabajadores sanitarios que han perdido la vida como consecuencia de la Covid-19



COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS

EQUIPO DE REDACCIÓN: Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Martin Boyce, Manju Chhugani, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Andrea Nove, Petra ten Hoope-Bender.

GRUPO PRINCIPAL: Muna Abdullah, Mohamed Afifi, Zalha Assoumana, Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Mathieu Boniol, Martin Boyce, Alma Virginia Camacho-Hübner, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Catherine Breen Kamkong, Tamar Khomasuridze, Anneka Knutsson, Geeta Lal, Sandra Land, Carey McCarthy, Fran McConville, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Allisyn Moran, Andrea Nove, Sally Pairman, Charlotte Renard, Shible Sahbani, Petra ten Hoope-Bender, Pulane Tlebere, Sally Tracy, Joseph Vyankandondera.

GRUPO DIRECTIVO: Grupo principal + Olajumoke Adebayo, Elena Ateva, Anshu Banerjee, Amy Boldosser-Bausch, James Campbell, Howard Catton, Manju Chhugani, Sheena Currie, Atf Ghérissi, Kristy Kade, Afsana Karim, Holly Kennedy, Bashi Kumar-Hazard, Barbara Levy, Vivian Lopez, Lastina Lwatula, Lori McDougall, Martha Murdock, Josephine Murekezi, Anwar Nassar, Lushelo Simwinga, Naveen Thacker, Veronic Verlyk, Jessica White.

GRUPO DE ASOCIADOS: Grupo directivo + Sultana Afdhal, Darcy Allen, Deborah Armbruster, Maria Helena Bastos, John Borrazzo, Louisa Cabal, Franka Cadée, Doris Chou, Giorgio Cometto, Helga Fogstad, Lynn Freedman, Howard Friedman, Carlos Füchtner, Meena Ghandi, Lars Grønseth, Kathleen Hill, Elizabeth Iro, Annette Kennedy, Étienne Langlois, Chunmei Li, Betsy McCallon, Alison McFadden, Blerta Maliqi, Michaela Michel-Schuldt, Jean-Pierre Monet, Zoe Mullan, Christophe Paquet, Susan Papp, Annie Portela, Veronica Reis, Mary Renfrew, Eva-Charlotte Roos, Theresa Shaver, Jeffrey Smith, Kate Somers, Mary Ellen Stanton, Irum Taqi, Jyoti Tewari, Christiane Wiskow.

CONTRIBUCIONES Y APOYO TÉCNICOS: Mohamed Afifi, Avni Amin, Rondi Anderson, Ian Askew, Chea Ath, Alka Barua, Davide de Beni, Sandra Blanco, Malin Bogen, Meghan Bohren, Mathieu Boniol, John Borrazzo, Callum Brindley, Jim Buchan, Franka Cadée, Alma Virginia Camacho-Hübner, Howard Catton, Venkatraman Chandra-Mouli, Laurence Codjia, Giorgio Cometto, Myrian Cortes, Allison Cummins, Hugh Darrah, Kim Darrah, Deborah Davis, Khassoum Diallo, France Donnay, Winfred Dotse-Gborgborts, Alexandre Dumont, Ashok Dyalchand, Alison Eddy, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Amanda Fehn, Ingrid Friberg, Bela Ganatra, Claudia Garcia, Atf Ghérissi, Aparajita Gogoi, Sami Gottlieb, Veloshnee Govender, Peter Griffiths, Sylvia Hamata, Claudia Hanson, Tawab Hashemi, Maren Hopfe, Anna von Hörsten, Keith Hurst, Ank de Jonge, Kristy Kade, Bartholomew Kamlewe, Bernar Kilonzo, Manasi Kumar, Christoph Kurowski, Sandra Land, Étienne Langlois, An'war Deen Bolarin Lawani, Barbara Levy, Jenny Liu, Ulrika Rehnström Loi, Sandra Lopez, Veronique Lozano, Carey McCarthy, Fran McConville, Michelle McIsaac, Emily McWhirter, Garth Manning, Viviana Martinez-Bianchi, Olga Maslovskaya, Andrea Matos Orbegoso, Federica Maurizio, Hedieh Mehrtash, Ann-Beth Moller, Sopha Muong, Maria Najjemba, Manjulaa Narasimhan, Pros Nguon, Marianne Nieuwenhuijze, Danielle Okoro, Olufemi Oladapo, Paulina Ospina,

Charlemagne Ouedraogo, Sally Pairman, Francesa Palestra, Christina Pallitto, Ann Phoya, Laura Pitson, Marina Plesons, Bob Radder, Anna Rayne, Charlotte Renard, Cori Ruktanonchai, Jihan Salad, Martin Schmidt, Andrew Schroeder, Meroji Sebany, Teymur Seyidov, Mehr Shah, Pragati Sharma, Tekla Shiindi-Mbidi, Callie Simon, Lushelo Simwinga, Amani Siyam, Laura Sochas, Sokun Sok, Karin Stenberg, Tigest Tamrat, Ai Tanimizu, Joyce Thompson, Patricia Titulaer, Sally Tracy, Elena Triantafyllou, Özge Tunçalp, Samsom Udho, Victoria Vivilaki, Andrea Vogt, Amanda Weidner, Florence West, Jessica White, Teodora Wi, Elspeth Williams, Christiane Wiskow, Helen Witte, Julie Woods, Ann Yates, Catherine Yevseyev, Masahiro Zakoji, Willibald Zeck, Pascal Zurn.

Agradecemos la fundamental labor de recopilación de datos que han llevado a cabo los coordinadores de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud y de las asociaciones que forman parte de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), con el apoyo de las oficinas regionales y en los países del El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Direct Relief.

COMUNICACIONES Y RELACIONES CON LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN:

Rachel Firth, Molly Karp, Geeta Lal, Veronique Lozano, Lori McDougall, Hanno Ranck, Sonali Reddy, Irum Taqi, Petra ten Hoope-Bender, Veronic Verlyk, Eddie Wright, Rebecca Zerzan.

DISEÑO, MAQUETACIÓN Y TRADUCCIÓN: Prographics, Inc.

APOYO FINANCIERO: New Venture Fund, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El UNFPA dirigió la elaboración y presentación del presente informe en colaboración con la OMS y la ICM, con el apoyo de las siguientes organizaciones: Averting Maternal Death and Disability; Agence Française de Développement (AFD); Fundación Bill y Melinda Gates; Instituto Burnet; Departamento de Desarrollo Internacional (DFID); Direct Relief; Todas las Mujeres Todos los Niños; Programa de Family Care International de Management Sciences for Health (FCI@MSH); Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Mecanismo Mundial de Financiamiento; Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ); Human Rights in Childbirth; Consejo Internacional de Enfermeras; Organización Internacional del Trabajo; Asociación Internacional de Pediatría; Jamia Hamdard; Jhpiego; Fundación Johnson & Johnson; Norad; Novametrics; Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH); Rwanda Association of Midwives; Save the Children; Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Asdi); Universidad de Dundee; Universidad de Southampton; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); White Ribbon Alliance; Wish Foundation; Women Deliver; y Universidad de Yale.

También agradecemos a Novametrics Ltd. su apoyo y liderazgo técnico durante la elaboración de este informe y los materiales que lo acompañan; y a la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH) su liderazgo en materia de comunicación y promoción.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AONU básica	Atención obstétrica y neonatal de urgencia básica
CADM	Continuidad de la atención dirigida por matronas
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
CNPS	Cuentas Nacionales del Personal de Salud
CSU	Cobertura sanitaria universal
EDS	Encuestas Demográficas y de Salud
EPP	Equipo de protección personal
ICM	Confederación Internacional de Matronas
ICN	Consejo Internacional de Enfermeras
MEAP	Programa de Acreditación de Educación en Partería

ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PMNCH	Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
SSRMNA	Salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente
TMM	Tasa de mortalidad materna
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
YML	Jóvenes Matronas y Matronas Líderes

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no entrañan la expresión de ninguna opinión por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, y tampoco con respecto a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos y discontinuas que aparecen en los mapas representan límites fronterizos aproximados para los cuales es posible que todavía no exista un consenso inequívoco. La terminología utilizada para hacer referencia a países, territorios y zonas, así como la representación de países, territorios y zonas, incluida la delimitación de fronteras o límites, y cualquier atribución directa o indirecta de la situación jurídica en esta publicación se guían exclusivamente por el estilo y la práctica institucionales del UNFPA, en calidad de organización principal encargada de la publicación; pueden suponer una variación respecto a las prácticas utilizadas comúnmente por la OMS; y no se deben contemplar como un reconocimiento directo o indirecto por parte de la OMS de la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, y tampoco con respecto a la delimitación de sus fronteras o límites.

Foto de la portada: Retrato de Rabiyyat Tusuf con su hijo, Umar Husseni (de una semana de edad), en el centro de salud de Dikumari, en Damaturu, estado de Yobe (Nigeria). © Gates Archive/Nelson Owoicho.

PRÓLOGO.....	iv
RESUMEN DEL CONTENIDO.....	v
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 2: LAS MATRONAS: UNA INVERSIÓN IMPRESCINDIBLE.....	7
CAPÍTULO 3: EDUCACIÓN Y REGULACIÓN DE LAS MATRONAS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DE ALTA CALIDAD	13
CAPÍTULO 4: LA NECESIDAD Y LA DISPONIBILIDAD DE MATRONAS Y OTROS PROFESIONALES DE SSRMNA	25
CAPÍTULO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO AL PERSONAL DE SSRMNA.....	43
CAPÍTULO 6: RESPALDO Y EMPODERAMIENTO DEL PERSONAL DE SSRMNA: EL GÉNERO IMPORTA.....	49
CAPÍTULO 7: PROGRESO DESDE 2011 Y DE CARA A 2030.....	57
GLOSARIO.....	63
REFERENCIAS	65

RECUADROS

1.1: Informes anteriores de la serie <i>El Estado de las Matronas en el Mundo</i>	2
2.1: Continuidad de la atención dirigida por matronas.....	8
2.2: Inversión en las matronas en Camboya y los Países Bajos.....	10
3.1: La Iniciativa para la Partería del Gobierno de la India	14
3.2: El Programa de Acreditación de Educación en Partería de la ICM	15
3.3: Datos clave sobre la calidad de la educación a partir de una encuesta mundial de la OMS a educadores en partería.....	17
3.4: Detectar y atender las necesidades de las matronas durante la pandemia de Covid-19 en América Latina y el Caribe.....	23
3.5: Contribución de las matronas a las respuestas nacionales ante la Covid-19 en Malawi y Namibia	24
4.1: Los desafíos de la recopilación de datos y cómo se están abordando en Asia Sudoriental	26
5.1: Las estimaciones de escala nacional pueden ocultar variaciones geográficas y ocupacionales: el caso de Ghana.....	44
5.2: Atención materna respetuosa	45
5.3: La atención de la SSRMNA: una campaña mundial manifiesta lo que desean las mujeres.....	46
6.1: Creación de la próxima generación de matronas líderes	53
6.2: La importancia del diálogo social.....	55
6.3: Variaciones salariales entre los profesionales de la SSRMNA: los casos de Marruecos y Túnez	56

CUADROS

1.1: Grupos ocupacionales considerados parte del personal de SSRMNA	3
3.1: Porcentaje de países con legislación que reconoce la partería como profesión diferenciada de la enfermería y con una asociación dedicada específicamente a las matronas, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020	18
3.2: Porcentaje de 79 países en los que las matronas están autorizadas a realizar funciones principales de AONU, por región de la OMS y grupo de ingreso del Banco Mundial, 2019-2020	20
3.3: Porcentaje de 78 países en los que las matronas están autorizadas a proporcionar productos anticonceptivos, por región de la OMS y grupo de ingreso del Banco Mundial, 2019-2020	21
4.1: Número (en miles) de profesionales de SSRMNA en 192 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	29
4.2: Tamaño (en miles) y densidad del personal general de partería en 160 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	30
4.3: Estimaciones de la necesidad satisfecha potencial en 157 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)	35
6.1: Porcentaje de 80 países con matronas en puestos directivos, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020.....	51

GRÁFICOS

1: Resumen de las inversiones necesarias para permitir que las matronas desarrollen todo su potencial	vii
1.1: Hitos mundiales clave del personal de SSRMNA y del ámbito de la partería de 2011 a 2020.....	4
2.1: Cambio en el porcentaje de partos que se producen en centros y porcentaje de partos asistidos por matronas y enfermeras en 18 países de ingreso bajo y mediano bajo, que redujeron su tasa de mortalidad materna en más de un 50% entre el año 2000 y 2017	9
3.1: Duración de programas educativos combinados de enfermería y partería o de partería con ingreso directo en 63 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020.....	15
3.2: Porcentaje promedio de educadores en partería que son matronas en 70 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020.....	16
3.3: Nivel más alto de cualificación en partería disponible en 74 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020.....	17
3.4: Sistema de regulación de las matronas en 78 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020	19
3.5: Sistema de concesión de licencias para matronas en 73 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020.....	19
4.1: Porcentaje de tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en cada etapa del continuo de la atención, 189 países, 2019.....	27
4.2: Porcentaje de tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en cada etapa del continuo de la atención, 189 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019	28
4.3: Porcentaje del personal general de partería en cada grupo ocupacional en 161 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	31
4.4: Personal de SSRMNA: número de empleados frente a trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes en 192 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	32
4.5: Composición del personal de partería, enfermería y medicina de SSRMNA, en 192 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	33
4.6: Porcentajes relativos del personal general de partería mayor de 55 años y menor de 35 años, 75 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	38
4.7: Necesidad satisfecha potencial prevista en 157 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019, 2025 y 2030.....	39
4.8: Oferta proyectada comparada con la demanda proyectada en 143 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2030	41
4.9: Proyecciones de la necesidad satisfecha potencial y del porcentaje de demanda satisfecha de personal de SSRMNA en 143 países, por grupo de ingresos del Banco Mundial, 2030	42
5.1: Porcentaje de profesionales de la SSRMNA que son mujeres en los países que presentan informes, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014).....	47
6.1: Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales en 164 países para la prevención de las agresiones contra los trabajadores sanitarios, 2019, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial	54

Prólogo

La crisis de la Covid-19 ha cambiado la manera en la que percibimos la atención y el apoyo sanitarios: cuándo y dónde se debe prestar, qué agentes deben intervenir, y qué recursos humanos y de otro tipo se deben priorizar. Una lección importante es que incluso los sistemas de salud más robustos pueden pasar a ser frágiles en cuestión de días. Durante la crisis, hemos observado que las mujeres y las niñas se han visto afectadas de diversas maneras, lo que incluye un aumento de la violencia por razón de género y un menor acceso a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, lo que ha provocado mayores índices de mortalidad materna, embarazos no planeados, abortos en condiciones de riesgo y mortalidad infantil.

Gran parte de las evidencias y análisis en los que se basa el presente *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* hace referencia a la era previa a la Covid-19. En este informe, se plasma con todo tipo de detalle el impacto positivo que tiene la partería de alta calidad en las mujeres y las familias de todo el mundo. Los hallazgos demuestran la importancia y la eficacia de las matronas como integrantes básicas del personal dedicado a la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA). Su labor ha sido decisiva a la hora de contribuir a impulsar progresos tangibles hacia diversos objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En el contexto de las restricciones relacionadas con la Covid-19 y de la saturación de los sistemas de salud, las matronas han pasado a desempeñar un papel más imprescindible para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y los adolescentes. Las matronas merecen nuestro reconocimiento por el valiente —y, a menudo, peligroso— trabajo que han realizado durante la crisis, con el que han contribuido a reducir el riesgo de transmisión del virus entre las mujeres embarazadas y sus hijos, al permitir que muchos partos tuvieran lugar fuera de los hospitales, como, por ejemplo, en casa, en una unidad de partería o en un centro de maternidad. Dar a luz de manera segura, cómoda y práctica en casa o en una clínica comunitaria especializada en partería es una opción que está ganando popularidad entre las mujeres y sus familias de muchos lugares del mundo. Cada vez son

más los encargados de formular políticas que reconocen la eficiencia general que se obtiene de la inversión en las matronas y la infraestructura que las respalda y sustenta.

Para que dicha eficiencia sea una realidad, los gobiernos y sus asociados deben utilizar el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* como orientación respecto a cómo y dónde se deben asignar recursos y centrar el interés. El informe

refleja una necesidad mundial de 1,1 millones más de profesionales dedicados a la SSRMNA a tiempo completo —principalmente matronas y, sobre todo, en África—. Asimismo, en él se afirma que todos los países deben mejorar la educación y la asignación de estos grupos ocupacionales para satisfacer la demanda de aquí a 2030. Por otro lado, las decisiones se deben basar en otros hallazgos de investigación importantes, como, por ejemplo, el hecho de que cuando las matronas cuentan con la educación y licencias necesarias para ejercer y están integradas en un equipo multidisciplinar, pueden

satisfacer cerca del 90% de las necesidades de intervenciones esenciales de SSRMNA a lo largo del ciclo vital. No obstante, en la actualidad las matronas constituyen únicamente el 8% del personal dedicado a la SSRMNA a escala mundial. El incremento de este porcentaje, así como del número general de matronas, podría tener efectos transformadores. La cobertura universal de las intervenciones prestadas por matronas podría evitar dos terceras partes de las muertes maternas y neonatales y de los mortinatos, lo que permitiría salvar 4,3 millones de vidas cada año para 2035.

No hay mejor incentivo para otorgar un mayor protagonismo a las matronas en todos los sistemas de salud y garantizar que cuentan con la educación y la protección necesarias y reciben el trato que merecen como las valiosas profesionales que son.



Amina Mohammed
Vicesecretaria General de las Naciones Unidas

Resumen del contenido

La salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) es un componente esencial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A fin de mejorar la SSRMNA, se debe reforzar el compromiso con el personal sanitario, y aumentar la inversión que se le destina. El presente informe se centra principalmente en las matronas, ya que desempeñan un papel básico como integrantes del personal general dedicado a la SSRMNA.

En consonancia con el principio de universalidad de los ODS, *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* (2021) representa un esfuerzo sin precedentes por documentar la totalidad del personal del ámbito de la SSRMNA en todo el mundo. Este enfoque refleja que no son únicamente los países de ingreso bajo los que tienen dificultades para satisfacer las necesidades y las expectativas, especialmente en estos tiempos de adversidad, y que existen muchas vías para mejorar la SSRMNA. De hecho, en todos los países se encuentran ejemplos de buenas prácticas, por lo que se deberían tener en cuenta todas las naciones.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) dirigió la elaboración y presentación del informe SoWMy 2021 en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), junto con el apoyo de 32 organizaciones. Esta iniciativa parte de informes anteriores de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo* presentados en 2011 y 2014, e incluye muchos países que antes no se habían sometido a seguimiento.

La escasez de profesionales de SSRMNA a escala mundial

En muchos países, la planificación del personal y la evaluación de la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de los servicios de salud se ven obstaculizadas por sistemas de datos sobre el personal sanitario que son deficientes. Tomando como base los datos disponibles, el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* estima que, con la actual composición y distribución, el personal de

SSRMNA de todo el mundo podría satisfacer el 75% de las necesidades mundiales de atención esencial de SSRMNA. Sin embargo, en los países de ingreso bajo, el personal únicamente podría satisfacer el 41% de las necesidades. Las posibilidades de satisfacer las necesidades son inferiores en las regiones de la OMS de África y el Mediterráneo Oriental.

El análisis de *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* indica una escasez global actual, en relación con las necesidades, de 1,1 millones de trabajadores “dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes”. Esta escasez se atribuye a todo tipo de profesionales de SSRMNA, si bien la más acuciante corresponde a las matronas y al personal general de partería. Se necesitan inversiones de forma urgente para solucionar esta escasez.

Al ritmo presente, está previsto que el personal de SSRMNA sea capaz de satisfacer el 82% de las necesidades de aquí a 2030; esta cifra únicamente representa una pequeña mejora respecto al 75% actual. Se espera que la brecha entre los países de ingreso bajo y los países de ingreso alto y mediano se agudice de aquí a 2030, lo cual aumentará la desigualdad.

Para subsanar este déficit de aquí a 2030, será necesario crear 1,3 millones de nuevos puestos de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes (principalmente matronas y, sobre todo, en África) durante los próximos 10 años.



Lucia Sumani, estudiante de partería en el Hospital de Distrito de Balaka (Malawi), realiza un chequeo antenatal.
© Fundación Bill y Melinda Gates/Paul O'Driscoll.

Si se mantiene la tendencia actual, únicamente 0,3 millones de estos puestos se acabarán creando realmente, lo cual provocará potencialmente una escasez de 1 millón de puestos dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes para 2030.

Además de estas carencias, la base empírica apunta a la necesidad de invertir en la mejora de la calidad de la atención y en la reducción de la incidencia de la falta de respeto y el mal trato que padecen los usuarios de los servicios de SSRMNA.

¿Por qué invertir en las matronas?

Desde que apareció el primer informe de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo* en 2011, el corpus de evidencia que demuestra el rendimiento de la inversión en las matronas ha ido en aumento. Dicho corpus demuestra que la inversión en las matronas facilita que una mujer viva el parto de manera positiva, se presten servicios de aborto integrales eficaces y seguros, se mejoren los resultados en materia de salud, se aumente la disponibilidad de la mano de obra, se favorezca el crecimiento inclusivo y equitativo, y se promueva la estabilización económica. Además, puede repercutir favorablemente desde el ángulo macroeconómico.

La pandemia de Covid-19 ha puesto de manifiesto la importancia de invertir en la atención primaria de la salud a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Las matronas son proveedoras esenciales de atención primaria de la salud y pueden desempeñar un papel fundamental en este ámbito,

así como en otros niveles del sistema sanitario: no solo dispensan atención materna, sino que también llevan a cabo intervenciones clínicas muy diversas y contribuyen a objetivos de salud más generales, como, por ejemplo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la promoción de intervenciones de autocuidado, y el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes.

El análisis del presente informe indica que las matronas que cuentan con la educación y licencias necesarias para ejercer, están integradas en equipos interdisciplinarios que las apoyan y desempeñan su actividad en un entorno propicio pueden prestar cerca del 90% de las intervenciones esenciales de SSRMNA a lo largo del ciclo vital, si bien representan menos del 10% del personal de SSRMNA a escala mundial.

Se necesitan fuertes inversiones

A fin de que las matronas alcancen todo su potencial, es necesario incrementar las inversiones en cuatro ámbitos clave: la educación y la formación; la planificación, gestión y regulación del personal sanitario, y el entorno laboral; el liderazgo y la gobernabilidad; y la prestación de servicios. El gráfico 1 resume las inversiones necesarias en cada uno de estos ámbitos.

Los gobiernos, encargados de formular políticas, autoridades dedicadas a la regulación, instituciones educativas, asociaciones profesionales, organizaciones internacionales, asociaciones mundiales, organismos donantes, organizaciones



Una matrona lleva a cabo una revisión prenatal en el Centro de Atención Primaria de la Salud de Akwanga, estado de Nasarawa (Nigeria).
© Gates Archive/Nelson Owoicho.

de la sociedad civil e investigadores deben tener en cuenta estas inversiones a escala nacional, regional y mundial.

La necesidad de realizar inversiones en favor de la formación y asignación de profesionales en materia de SSRMNA no se limita a países donde se han identificado deficiencias en relación con sus necesidades. En muchos países, incluidos algunos de ingreso alto, la previsión es que de aquí a 2030 no haya suficientes profesionales de SSRMNA para satisfacer la demanda.

Las necesidades de matronas y personal general dedicado a la SSRMNA

A escala mundial, en 2019 se habrían necesitado 6.500 millones de horas de profesionales de SSRMNA para satisfacer todas las necesidades registradas en materia de atención esencial de SSRMNA. Está previsto que esta cifra aumente hasta los 6.800 millones de horas de aquí a 2030. Poco más de la mitad (55%) de las necesidades corresponden a intervenciones de salud materna y neonatal (atención prenatal, posnatal y durante el parto); el 37% corresponden a otro tipo de intervenciones de salud sexual y reproductiva como, por ejemplo, asesoramiento, servicios anticonceptivos, asistencia integral del aborto, y detección y gestión de infecciones de transmisión sexual; y el 8% corresponden a intervenciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Entre los factores que impiden que el personal de SSRMNA satisfaga íntegramente las necesidades se incluyen: el insuficiente número de profesionales, las ineficientes habilidades observadas, la desigual distribución, los variables niveles y calidad de los programas de educación y formación, el limitado número de instructores cualificados (por ejemplo, en materia de supervisión y mentoría) y la limitada eficacia de la regulación.

La Covid-19 ha reducido la disponibilidad de personal. Se debe otorgar prioridad al acceso a los servicios de SSRMNA, los cuales se deben prestar en un entorno seguro, a pesar de la pandemia. Los profesionales de SSRMNA requieren protección ante la infección y apoyo para hacer frente al estrés y el trauma, además de soluciones creativas e innovadoras para hacer frente a las dificultades que supone prestar servicios e impartir educación de gran calidad.

GRÁFICO 1 Resumen de las inversiones necesarias para permitir que las matronas desarrollen todo su potencial



INVERSIÓN EN planificación, gestión y regulación del personal sanitario, y en el entorno laboral

- Sistemas de datos del personal sanitario
- Enfoques de planificación del personal sanitario que reflejan la autonomía y el ámbito profesional de las matronas
- Atención primaria de la salud, especialmente en zonas poco atendidas
- Entornos laborales propicios y transformadores desde el punto de vista del género
- Sistemas eficaces de regulación



INVERSIÓN EN la educación y formación de alta calidad de las matronas

- Educadores e instructores
- Instituciones de educación y formación



INVERSIÓN EN mejoras dirigidas por las matronas en la prestación de servicios de SSRMNA

- Comunicaciones y asociaciones
- Modelos de atención dirigidos por las matronas
- Optimización de las funciones de las matronas
- Aplicación de las lecciones aprendidas de la Covid-19



INVERSIÓN EN el liderazgo y la gobernabilidad de la partería

- Creación de puestos superiores para las matronas
- Fortalecimiento de la capacidad institucional a fin de que las matronas dirijan los avances en las políticas sanitarias

Equidad en el acceso al personal de SSRMNA

Incluso en los lugares donde se dispone de datos sobre el personal, es poco habitual encontrarlos totalmente desglosados por características importantes como el género, el grupo ocupacional y la ubicación geográfica, lo que dificulta la identificación y la corrección de deficiencias en la prestación de servicios.

Varios grupos de población corren el riesgo de que su acceso a los profesionales de SSRMNA se vea obstaculizado por motivos de edad, pobreza, ubicación geográfica, discapacidad, origen étnico, situación de conflicto, orientación sexual, identidad de género y religión, entre otros. Es fundamental contar con la opinión de los usuarios de los servicios para comprender los factores que influyen en su comportamiento a la hora de recurrir a la atención sanitaria.

Es preciso fijarse especialmente en los grupos “que se quedan atrás” a fin de garantizar que puedan acceder a atención sanitaria brindada por profesionales cualificados. El personal de SSRMNA precisa un entorno normativo y laboral propicio, así como educación y formación, con el fin de comprender y satisfacer las necesidades específicas de estos grupos y así, prestar una atención de calidad que sea accesible y aceptable para todas las personas.

Respaldo y empoderamiento del personal de SSRMNA

En promedio, el personal está constituido en un 70% por mujeres, con diferencias de género según la ocupación. Las matronas son mayoritariamente mujeres, por su género, están sujetas a diferencias considerables en cuanto a su salario, opciones profesionales y poder de decisión.

Únicamente la mitad de los países que presentan datos cuentan con líderes que son matronas en su Ministerio de Salud nacional. Las pocas oportunidades que tienen las matronas de ocupar puestos de liderazgo y la falta de mujeres que sirvan de ejemplo en puestos de poder dificultan que las matronas avancen en el ámbito profesional, además de obstaculizar su capacidad de desarrollar todo su potencial laboral.

A fin de eliminar las barreras y dificultades relacionadas con el género, es fundamental garantizar el acceso a un trabajo decente en el que no haya estigmatización, violencia ni discriminación. Todos los países deben contar con políticas que prevengan las agresiones a los trabajadores sanitarios.

Con un entorno normativo transformador desde el punto de vista del género, se pueden abordar las causas subyacentes de las desigualdades de género; garantizar los derechos humanos; la autonomía y el bienestar de los profesionales que prestan la atención, tanto remunerados como no remunerados; reconocer el valor del trabajo sanitario y del trabajo de las mujeres; y recompensar el esfuerzo adecuadamente.

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* se preparó mientras el mundo hacía frente a la Covid-19. Reconocemos con gratitud los esfuerzos significativos realizados por las partes interesadas en muchos países para facilitar datos en un momento en el que se debían abordar diferentes prioridades, si bien queda claro que los sistemas de datos referentes al personal sanitario ya eran una limitación importante incluso antes de la pandemia. Sea como fuere, este informe aporta nuevas y valiosas evidencias para fundamentar las políticas y la planificación relativas a la fuerza de trabajo.

Desde el primer informe de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*, publicado en 2011, se han observado importantes avances en la partería, lo que incluye un mayor reconocimiento de la importancia de la calidad de la atención prestada, sistemas de acreditación generalizados destinados a instituciones de educación del personal sanitario, y un aumento en la apreciación de la partería como profesión especializada. Por otro lado, muchas de las cuestiones que se resaltan en los dos informes de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo* anteriores todavía revisten importancia, como, por ejemplo, la escasez de personal, el inadecuado entorno laboral, la baja calidad de la educación y formación, y las limitaciones en los datos referentes al personal sanitario.

Se insta a los gobiernos y a las partes interesadas pertinentes a que utilicen el informe de este año como base para sus esfuerzos encaminados a reconstruir mejor y de manera más justa después de la pandemia, forjando sistemas más sólidos de atención primaria de la salud como vía para conseguir la cobertura sanitaria universal y fomentar un mundo más equitativo para todas las personas. Se espera que la pandemia actúe como un catalizador del cambio, a la vista del perfil destacado que han adquirido los trabajadores sanitarios. El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* puede contribuir a que así sea.

Los intensos esfuerzos nacionales, respaldados por diversas asociaciones mundiales, han conseguido avances destacables durante los dos últimos decenios respecto a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como en lo referente a la mejora de la salud y el bienestar de las mujeres¹, los recién nacidos y los adolescentes (1). Sin embargo, este avance ha sido desigual y todavía hay demasiadas personas que se quedan atrás. Según indican las estimaciones mundiales, cada día se producen, aproximadamente, 810 muertes maternas (2), un mortinato cada 16 segundos (3) y 2,4 millones de muertes neonatales cada año (4), mientras que prácticamente 1 de cada 5 mujeres da a luz sin contar con la asistencia de un proveedor sanitario con las competencias necesarias (5). Se calcula que hay 218 millones de mujeres en todo el mundo con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos (6) y, como mínimo, se producen 10 millones de embarazos no planeados cada año entre adolescentes de 15 a 19 años de edad en países de ingreso bajo y mediano (7). Nuevos datos de 2020 empiezan a revelar los devastadores efectos de la Covid-19 en estos y otros indicadores clave de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) (8). Satisfacer las necesidades de SSRMNA de mujeres, recién nacidos, niños, adolescentes y familias debe contemplarse como una prioridad en la respuesta a la pandemia y la posterior recuperación.

Los objetivos de “sobrevivir, prosperar y transformar” de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) (9) del Secretario General de las Naciones Unidas se proponen no solo reducir las muertes prevenibles, sino también transformar las sociedades para que las mujeres, los niños y los adolescentes de todo el mundo puedan disfrutar de sus derechos al más alto nivel posible de salud y bienestar. La SSRMNA es un componente esencial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial del ODS 3 – “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a

todas las edades”– y del ODS 5 – “[l]lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”– (10). Tanto la Estrategia Mundial como los ODS giran en torno a los conceptos de “no dejar a nadie atrás” y de “llegar primero a los más rezagados” (11).

Los sistemas de salud resilientes afianzados en la atención primaria de la salud son indispensables para la salud y el bienestar de todas las mujeres, recién nacidos y adolescentes. La Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud hace hincapié en que, sin personal sanitario eficaz, ningún sistema de salud es viable ni se puede alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU) (12). Una atención de alta calidad en materia de SSRMNA requiere personal competente que cuente con la educación necesaria, motivación y un apoyo adecuado.

🔑 MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ La salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) es un componente esencial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A fin de mejorar la SSRMNA, se debe reforzar el compromiso con el personal sanitario, y aumentar la inversión que se le destina.
- ▶ El presente informe se centra principalmente en las matronas, ya que desempeñan un papel básico como integrantes del personal general dedicado a la SSRMNA. Así, pueden dispensar las intervenciones más esenciales de SSRMNA a lo largo del ciclo vital si tienen la posibilidad de trabajar en un sistema de salud y un entorno laboral totalmente habilitados.
- ▶ Partiendo de los informes presentados en 2011 y 2014, *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* (2021) representa un esfuerzo sin precedentes por documentar la totalidad del personal del ámbito de la SSRMNA en todo el mundo, además de incluir muchos países que, anteriormente, no se habían sometido a seguimiento.
- ▶ A lo largo de este informe, se hace mención a los devastadores efectos de la Covid-19. Se insta a los gobiernos y las partes interesadas relevantes a que utilicen *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* como base para sus esfuerzos a fin de reconstruir mejor y de manera más justa después de la pandemia.

¹ El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo* reconoce que las personas tienen diferentes identidades de género. Se pueden utilizar términos como “persona embarazada”, “personas gestantes” o “persona progenitora”, entre otros, para evitar la asociación del género femenino a la persona que va a dar a luz. No obstante, puesto que también las mujeres sufren marginación y opresión en la mayoría de los lugares del mundo, hemos seguido utilizando los términos “mujer”, “madre” y “maternidad”. La elección de estas palabras no implica que excluyamos a las personas que dan a luz y no se identifican como mujeres.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* (2014) y los subsiguientes informes nacionales y regionales (recuadro 1.1) propiciaron avances, compromisos políticos y logros sustanciales en diversos países (13). No obstante, es preciso intensificar los esfuerzos de forma urgente: para que el ODS 3 y el ODS 5 se cumplan de aquí al año

2030, se deben aumentar el compromiso con la educación, la contratación, la asignación, la retención y la gestión de matronas y otros profesionales de SSRMNA; y las inversiones en estos ámbitos.

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* se preparó mientras el mundo hacía frente a la Covid-19.

La recopilación y validación de datos se vieron seriamente perjudicadas por la necesidad de los ministerios de salud de centrarse en la respuesta a la pandemia. Reconocemos con gratitud los esfuerzos significativos realizados

por las partes interesadas en muchos países para facilitar datos en un momento en el que se debían abordar diferentes prioridades, si bien queda claro que los sistemas de datos referentes al personal sanitario ya eran una limitación importante incluso antes de la pandemia. Sea como fuere, este informe aporta nuevas y valiosas evidencias para fundamentar las políticas y la planificación relativas a la fuerza de trabajo.

En consonancia con el principio de universalidad de los ODS, *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* representa un esfuerzo sin precedentes por documentar la totalidad del personal del ámbito de la SSRMNA en todo el mundo, además de incluir muchos países que, anteriormente, no se habían sometido a seguimiento. Este nuevo enfoque refleja que no son únicamente los países de ingreso bajo los que tienen dificultades para satisfacer las necesidades y las expectativas, especialmente en estos tiempos de adversidad, y que existen muchas vías para mejorar la SSRMNA. De hecho, en todos los países se encuentran ejemplos de buenas prácticas, por lo que se deberían tener en cuenta todas las naciones.

El personal de SSRMNA y el papel fundamental que desempeñan las matronas

Este informe se centra principalmente en las matronas, pero para comprender el fundamental papel que desempeñan, también es necesario definir y analizar el papel que ocupan como integrantes del personal de SSRMNA. *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* emplea definiciones internacionales para facilitar la comparación entre regiones y países, así como el sistema de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) para clasificar al personal de SSRMNA en grupos ocupacionales a partir de sus funciones y responsabilidades (14) (cuadro 1.1). No todas estas ocupaciones existen en todos los países, pero, allí donde existen y hay datos disponibles, se incluyen en el análisis. El apéndice web 1 incluye definiciones de cada grupo. Los grupos que aparecen sombreados en el cuadro 1.1 hacen referencia a aquellos que en este informe se consideran parte del “personal general de partería”.

Al igual que en los informes anteriores de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*, no se incluye

Las matronas quieren trabajar en entornos del sistema de salud que les permitan prestar una atención de calidad y no creen obstáculos para la atención eficaz de partería.

Asociación de Matronas

RECUADRO 1.1

Informes anteriores de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*

El primer informe de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*, “Cuidar la salud, salvar vidas” (23), se presentó en el Congreso Trienal de la ICM, en 2011. Fue una respuesta al llamamiento mundial a la acción emitido en el simposio sobre el fortalecimiento de la partería de la conferencia Women Deliver —celebrada en 2010—, y estaba en consonancia con la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños. El informe proporcionaba un análisis exhaustivo de los servicios, la educación,

la regulación, la asignación y las condiciones de trabajo de la partería en 58 países con niveles elevados de mortalidad materna y neonatal.

El segundo informe, “Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer” (24), incluye un análisis detallado y basado en la evidencia del progreso alcanzado y los retos relacionados con la prestación de una cobertura de servicios de partería eficaz y de alta calidad en los 73 países que colectivamente representaban más del 95% de

la carga mundial de mortalidad materna, neonatal e infantil. Presentado en el 30.º Congreso Trienal de la ICM en 2014, el informe ha demostrado ser una valiosa herramienta de promoción y obtención de evidencias (13).

Asimismo, se han elaborado cuatro informes de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo* a escala regional (25-28) y varios países han llevado a cabo, de forma individual, sus propias evaluaciones de personal.

a las personas que asisten en partos tradicionales, ya que, si bien prestan servicio en una proporción significativa de partos en algunos países y pueden desempeñar un papel de participación y apoyo en la comunidad (15), muchas de ellas no cuentan con educación, formación o regulación formales. Por otro lado, se incluye a los trabajadores comunitarios de la salud por primera vez en un informe *El Estado de las Matronas en el Mundo*. Pese a que se definen de diversas maneras y asumen competencias diferentes, desempeñan un papel fundamental en muchos países a la hora de prestar un número limitado de

intervenciones esenciales de SSRMNA. Cabe señalar que las matronas y las enfermeras comunitarias cualificadas profesionalmente no son lo mismo que los trabajadores comunitarios de la salud.

Sobre el informe

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) dirigió la elaboración y presentación del informe SoWMy 2021 en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), junto con el apoyo de 32 organizaciones.

CUADRO 1.1

Grupos ocupacionales considerados parte del personal de SSRMNA*

GRUPO OCUPACIONAL	CÓDIGO CIUO	EJEMPLOS
Profesionales de partería	2222	Matrona profesional, matrona técnica
Profesionales de enfermería con formación en partería	2221	Enfermera matrona, enfermera perinatal, enfermera de maternidad
Profesionales de enfermería	2221	Profesional de enfermería clínica, enfermera de distrito, profesional de enfermería de anestesia, profesional de enfermería, profesional de enfermería de sala de operaciones, enfermera profesional, profesional de enfermería especialista en salud pública, profesional de enfermería especialista
Profesionales de nivel medio de partería	3222	Matrona asistente, matrona auxiliar
Profesionales de nivel medio de enfermería con formación en partería	3221	Enfermera matrona auxiliar
Profesionales de nivel medio de enfermería	3221	Asistente de enfermería, enfermera profesional de nivel medio, enfermera en nómina, enfermera práctica, enfermera auxiliar
Obstetras y ginecólogos	2212	Obstetra, ginecólogo
Profesionales de la pediatría	2212	Pediatra
Médicos generales	2211	Médico de familia, médico general, médico (medicina general), profesional médico (medicina general), doctor (medicina general), médico de atención primaria de la salud
Practicantes paramédicos	2240	Paramédico de atención avanzada, encargado clínico (paramédico), auxiliar médico, paramédico de atención primaria, personal autorizado del ámbito médico
Asistentes médicos	3256	Asistente clínico, asistente médico
Trabajadores comunitarios de la salud	3253	Asistente de salud comunitaria, promotor de salud comunitaria, trabajador comunitario de la salud, trabajador rural de la salud

* Esta lista no es exhaustiva; entre otros grupos ocupacionales de SSRMNA se encuentran los dietistas y nutricionistas, los anestesiólogos, los farmacéuticos y los fisioterapeutas. Sin embargo, estos grupos a) se consideran necesarios para la prestación de las intervenciones esenciales de SSRMNA enumeradas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y b) están identificados en la plataforma Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS.

Fuente: datos adaptados de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la Organización Internacional del Trabajo, CIUO-08 (14).

Novametrics gestionó la secretaría y dirigió el análisis de datos, la redacción y la producción de este informe con el apoyo del UNFPA, la OMS, el Instituto Burnet, la ICM, la Universidad de Southampton y Jamia Hamdard.

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* se basa en informes anteriores de esta serie (recuadro 1.1) y el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (16). Asimismo, está en consonancia con los ODS y otros compromisos políticos y recomendaciones de alto nivel, incluidos los de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (17).

El gráfico 1.1 destaca los hitos clave del personal de SSRMNA y del ámbito de la partería de 2011 a 2020.

Para minimizar las exigencias de la recopilación de datos sobre los países, se recurrió a dos mecanismos principales de presentación de datos: la plataforma Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS (CNPS) (18) y la encuesta de la ICM sobre el mapa de asociaciones de matronas a escala mundial (19). La plataforma CNPS, creada en octubre de 2017 como el sistema de presentación de informes oficial de la OMS para estadísticas sobre el personal sanitario, se actualiza de manera periódica con datos validados por los gobiernos

GRÁFICO 1.1 Hitos mundiales clave del personal de SSRMNA y del ámbito de la partería de 2011 a 2020



Marla E. Kristian examina a Meliana, en Macasar (Indonesia).
© Fundación Bill y Melinda Gates/Prashant Panjiar.

cuya coherencia se ha verificado. La encuesta de la ICM contó con la participación de asociaciones de matronas profesionales (o, en países donde no existen este tipo de asociaciones, la oficina en el país del UNFPA) y fue validada por las autoridades nacionales competentes. Se utilizaron otras fuentes de datos, como la encuesta sobre la política de la OMS (20). Este proceso de recopilación de datos es diferente del utilizado en los informes anteriores de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*, el cual limita nuestra capacidad de analizar las tendencias del personal a lo largo del tiempo. En el apéndice web 2 se puede consultar la recopilación de datos con todo detalle.

Los 194 Estados miembros de la OMS reunían las condiciones necesarias para aparecer en el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*, y todos presentaron como mínimo un conjunto de datos que se incluye en el presente documento. Cada elemento del análisis se basa en un número diferente de países, a fin de reflejar los diversos niveles de disponibilidad de datos por indicador. Cada uno de los cuadros y gráficos muestra el número de países que presentaron informes; el apéndice web 4 refleja los países que comunicaron datos para cada uno de los elementos del análisis.

La primera parte de este informe se centra específicamente en las matronas, a la vista de



Confederación Internacional de Matronas: la ICM publica sus directrices estratégicas para el trienio 2017-2020, centrándose en la calidad, la equidad y el liderazgo.

Estrategia Mundial de Partería, 2018-2030 (UNFPA): elaborada para fomentar el logro del ODS 3, la estrategia se propone contribuir a reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos de aquí a 2030.

Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action: elaborado por la OMS, el UNFPA, UNICEF y la ICM, este informe incluye un plan de acción de siete pasos que pueden utilizar todas las partes interesadas del ámbito de la salud materna y neonatal.



Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería (designado por la Asamblea Mundial de la Salud).

Situación de la enfermería en el mundo 2020: "Invertir en educación, empleo y liderazgo".

2017

2018

2019

2020

"Competencias esenciales para la práctica de la partería", actualización de 2018 (ICM): define los conocimientos, las destrezas y los comportamientos profesionales mínimos necesarios para utilizar la designación de "matrona profesional" según la define la ICM.

"Competencias esenciales para la práctica de la partería", actualización de 2019 (ICM): incluye el papel que desempeñan las matronas en la prevención, detección y estabilización de complicaciones.



Octava Reunión de la Triada CIE (Consejo Internacional de Enfermeras)-ICM-OMS: los participantes se comprometen a respaldar a los países en la elaboración e implementación de diez medidas prioritarias para promover los programas de enfermería y partería como respuesta a la pandemia de la Covid-19 y hacia el logro de la CSU.

73.ª Asamblea Mundial de la Salud: se designó el año 2021 como el Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales.

Documento sobre el efecto de las matronas en *The Lancet Global Health*: estudio dirigido por la ICM, el UNFPA y la OMS que aporta nuevas estimaciones sobre el potencial de las matronas para reducir la mortalidad materna y neonatal y los mortinatos.

la función básica y única que desempeñan no solo en la atención materna, sino en todo el continuo de la atención de SSRMNA. El capítulo 2 muestra por qué los países deben invertir más en las matronas, y el capítulo 3 presenta datos sobre el progreso y los obstáculos o retos que guardan relación con la educación, la regulación y la legislación de la partería. El capítulo 4 evalúa la necesidad y la disponibilidad de matronas y otros profesionales de SSRMNA a escala mundial y regional, además de por grupo de ingresos; y el capítulo 5 se centra en la equidad en el acceso al personal de SSRMNA. El capítulo 6 gira en torno a cómo respaldar y empoderar al personal de SSRMNA, y hace hincapié en diversas cuestiones relacionadas con el género, como el liderazgo y el trabajo decente. Por último, el capítulo 7 evalúa el progreso registrado desde la publicación del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* y define medidas para garantizar que las matronas desempeñen un papel fundamental en los equipos interdisciplinarios necesarios para prestar una atención de SSRMNA integrada y de alta calidad.

Las reseñas de países, que constan de dos páginas, incluidas en el informe *El Estado*

de las Matronas en el Mundo 2021 (véase <https://www.unfpa.org/es/sowmy>) ofrecen datos detallados a escala nacional sobre el personal de SSRMNA y el entorno en el que trabaja.

A lo largo de este informe, se hace mención a los devastadores efectos de la Covid-19 en las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes, así como en el personal de SSRMNA. Los profesionales de la salud han demostrado un enorme compromiso a pesar de que las numerosas deficiencias en la gestión del personal sanitario han aumentado los riesgos relativos a su propia salud (21). Se insta a los gobiernos y a las partes interesadas pertinentes a que utilicen el informe de este año como base para sus esfuerzos encaminados a reconstruir mejor y de manera más justa después de la pandemia, forjando sistemas más sólidos de atención primaria de la salud como vía para conseguir la cobertura sanitaria universal y fomentar un mundo más equitativo para todas las personas (22). Se espera que la pandemia actúe como un catalizador del cambio, a la vista del perfil destacado que han adquirido los trabajadores sanitarios. El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* puede contribuir a que así sea.

Personal de partería, enfermería y medicina y estudiantes en una reunión de personal en el Hospital de Labasa (Fiji). © Felicity Copeland.



LAS MATRONAS: UNA INVERSIÓN IMPRESCINDIBLE

Las matronas llevan a cabo muchas intervenciones clínicas esenciales relacionadas con la SSRMNA y pueden desempeñar un papel más amplio en actividades como, por ejemplo, el fomento de la atención primaria de la salud y la CSU, las respuestas ante casos de violencia contra las mujeres, y la realización de los derechos sexuales y reproductivos (29). Además, pueden ser el punto de contacto en la comunidad para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos; la asistencia integral del aborto; y la detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, el virus del papiloma humano y la violencia de pareja. Las matronas son imprescindibles en la reanimación neonatal, la promoción de la lactancia materna, y el apoyo a la madre y la familia en la puericultura. Asimismo, las matronas respaldan y promueven intervenciones de autocuidado como, por ejemplo, la autogestión de suplementos nutricionales y la autosupervisión de la glucosa en sangre y la presión sanguínea durante las etapas anterior al embarazo, prenatal y posnatal; y pueden prestar apoyo en el aborto médico autogestionado. Las matronas pueden respaldar la aplicación de enfoques basados en derechos y transformadores desde el punto de vista del género para las mujeres que viven con el VIH, además de llevar a cabo labores de promoción encaminadas a prevenir la mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas.

Además de las funciones clínicas que desempeñan, las matronas también trabajan en instituciones educativas, asociaciones de matronas y el plano gubernamental; y también se encargan de labores normativas, de gestión, de investigación y de regulación. Es importante tener en cuenta y valorar a las matronas que trabajan en estos ámbitos, pues revisten una importancia fundamental para el desarrollo de la profesión. El fortalecimiento de la partería en el plano nacional requiere inversiones a múltiples niveles, lo que incluye a los agentes que forman y respaldan a las matronas en la práctica clínica y garantizan la prestación de una atención de alta calidad.

El efecto de las matronas

El análisis realizado en el marco del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* refleja que las matronas pueden contribuir sustancialmente a reducir la mortalidad materna y neonatal y los mortinatos en países de ingreso bajo y mediano. Este análisis de 88 países —en los cuales acontece la gran mayoría de muertes maternas y neonatales y mortinatos del mundo— demuestra que una ampliación sustancial de la cobertura de las intervenciones prestadas por matronas (un aumento del 25% cada cinco años de aquí a 2035) podría evitar el 40% de las muertes maternas y neonatales y el 26% de los mortinatos (30). Incluso un modesto aumento (un 10% cada cinco años) en la cobertura de las intervenciones prestadas por matronas podría evitar el 23% de las muertes maternas y neonatales y el 14% de los mortinatos. La cobertura universal de las intervenciones prestadas por matronas podría evitar el 65% de las muertes maternas y neonatales y de los mortinatos.



MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ Las matronas —cuando cuentan con la educación necesaria, tienen la licencia para ejercer, están integradas por completo en equipos interdisciplinarios que las respaldan, y trabajan en un entorno propicio— pueden llevar a cabo intervenciones clínicas muy diversas y contribuir a objetivos de salud más generales, como, por ejemplo, el fomento de la atención primaria de la salud, la realización de los derechos sexuales y reproductivos, la promoción de intervenciones de autocuidado y el empoderamiento de las mujeres.
- ▶ Las matronas desempeñan un papel fundamental a la hora de prevenir muertes maternas y neonatales y mortinatos: un mayor acceso a matronas competentes y reguladas podría salvar millones de vidas cada año.
- ▶ La gran variedad de aportaciones que pueden realizar las matronas a la SSRMNA y a objetivos más generales de salud hace que invertir en ellas sea de lo más lógico.
- ▶ Las evidencias demuestran que la inversión en las matronas facilita que una mujer viva el parto de manera positiva, se mejoren los resultados en materia de salud, se aumente la disponibilidad de la mano de obra, se favorezca el crecimiento inclusivo y equitativo, y se promueva la estabilización económica. Además, puede repercutir favorablemente desde el ángulo macroeconómico.

La continuidad de la atención dirigida por matronas genera beneficios adicionales (véase el glosario y el recuadro 2.1). Un examen sistemático de 15 estudios en los que participaron 17.674 madres y recién nacidos de cuatro países de ingreso alto mostró beneficios en términos de resultados, satisfacción y posible ahorro de gastos (31). Otro examen sistemático reflejó que las reformas institucionales en los servicios de maternidad que promueven la continuidad de la atención dirigida por matronas reducen las tasas de partos por cesárea (32).

Investigaciones anteriores realizadas mediante la serie de la revista *The Lancet* sobre partería constataron más de 50 resultados a corto, mediano y largo plazo que podrían mejorarse con la atención incluida en el ámbito de práctica de las matronas. Entre estos, se incluyen: reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal; menor número de mortinatos y partos prematuros; cantidad inferior de intervenciones innecesarias; y mejora de los resultados en materia de salud psicosocial y pública como, por ejemplo, disminución de la ansiedad y aumento de la aceptación de los métodos anticonceptivos y la inmunización (33).

La manera en que se dispensa la atención a las mujeres y los recién nacidos durante el parto influye en sus resultados de salud. La estructura y la organización de los sistemas de atención de

la salud, así como los contextos económicos, sociales y culturales en los que se encuentran, son muy diferentes en función del país, lo cual, a su vez, influye en los modelos de atención materna que tienen a su disposición las mujeres. Se puede utilizar el Marco de Servicios de Partería de la ICM (34) para respaldar el desarrollo del personal.

Durante los últimos dos decenios, algunos países de ingreso bajo y mediano que ya trabajan para conseguir reducciones específicas en su tasa de mortalidad materna (TMM) han potenciado significativamente la función de las matronas en calidad de asistentes clave en los partos naturales (42).

A pesar de la limitación de recursos, 28 países de ingreso bajo y mediano bajo redujeron su TMM en más del 50% entre 2000 y 2017 (2). El gráfico 2.1 examina los cambios recientes que se han producido en 18 de estos países que cuentan con datos: muchos de ellos han aumentado la asignación de matronas o enfermeras en los partos, normalmente en centros. Por ejemplo, la TMM de Malawi descendió en más de un 50% entre 2000 y 2017 (un descenso de 749 a 349 muertes por cada 100.000 nacidos vivos), mientras que el porcentaje de partos que tuvieron lugar en centros de salud aumentó en un 83%, y el porcentaje de partos asistidos por una matrona

RECUADRO 2.1

Continuidad de la atención dirigida por matronas

Los modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas (CADM)—consistentes en que una matrona conocida o un pequeño grupo de matronas conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto—se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces (35). En países de ingreso ALTO, los modelos de CADM han demostrado conseguir una reducción de las muertes neonatales; los partos prematuros (36); y el uso de la epidural, la episiotomía o el parto instrumentado;

además de un aumento del parto vaginal espontáneo y la satisfacción de las mujeres, sin por ello incrementar el riesgo de sufrir daños (31). Invertir en las matronas para alcanzar estos resultados es una opción eficaz en función del costo (37, 38). La CADM permite que cada mujer y su matrona (o pequeño equipo de matronas) se conozcan y establezcan una relación basada en la confianza, la equidad, las decisiones fundamentadas, la toma de decisiones compartida y la responsabilidad compartida (39, 40). Las relaciones se negocian entre las dos partes, y son dinámicas y empoderadoras para ambas (41).

Las evidencias actuales que arroja la CADM proceden principalmente de países de ingreso alto. A fin de aplicar y ampliar modelos de CADM de manera sostenible, es preciso subsanar las dificultades relacionadas con la educación, la regulación y los entornos laborales de las matronas que se describen en este informe. Con ello se pueden conseguir mejores resultados de salud, no solo para las mujeres y los recién nacidos, sino también para sus familias y sociedades.

Contribución de Sally Pairman (ICM).

o enfermera aumentó en un 36%. La Asociación de Matronas de Malawi citó la hoja de ruta nacional sobre salud materna y neonatal (43) como una contribución significativa a este logro². El recuadro 2.2 describe el modo en que Camboya (un país de ingreso mediano bajo) alcanzó resultados positivos; también se menciona el caso de los Países Bajos, un país de ingreso alto con una profesión de partería bien consolidada que sigue reduciendo su TMM.

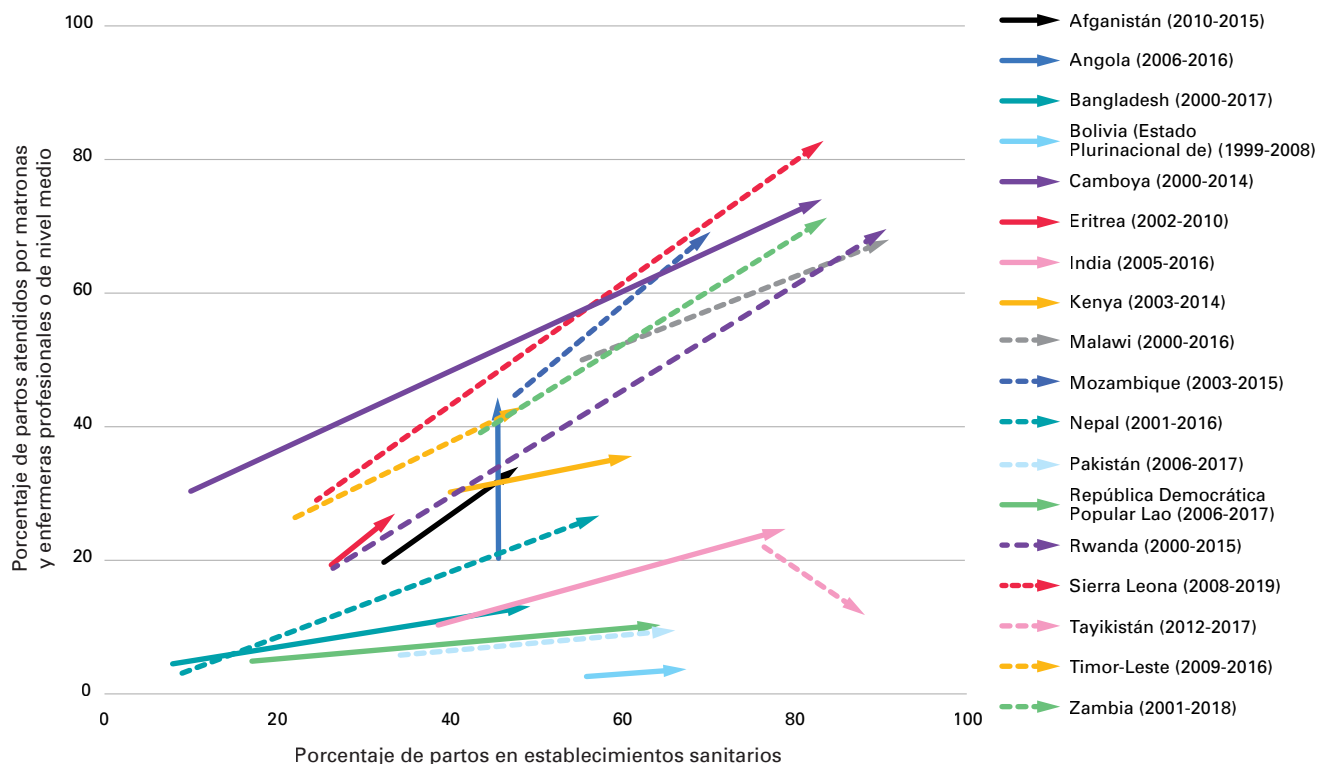
Rendimientos múltiples de la inversión en las matronas

Un sistema de salud sólido es esencial para lograr la CSU y garantizar el progreso hacia los ODS. Si bien el personal sanitario es un elemento básico del sistema de salud, a menudo suele convertirse en el eslabón más frágil, ya que se suele percibir como causante de costos, en lugar de contemplar los resultados positivos que genera tanto desde

el punto de vista sanitario como social. A fin de maximizar el impacto de las matronas, mejorar la calidad de la atención de SSRMNA y subsanar la escasez de personal abordada en el capítulo 4, será preciso realizar un desembolso financiero considerable. Por otro lado, cada vez hay un mayor consenso respecto a que la creación de empleos para trabajadores sanitarios no solamente mejora la salud de la población, sino que también respalda el crecimiento económico sostenible y el progreso hacia otros ODS.

En los últimos años, el debate sobre las ventajas económicas y sociales más generales que ofrecen las inversiones en materia de salud se ha centrado en el concepto del “argumento en favor de la inversión”. El término clave de “inversión” refleja el hecho de que las ventajas de contar con personal sanitario adecuado superan los costos de su educación, formación y empleo.

GRÁFICO 2.1 Cambio en el porcentaje de partos que se producen en centros y porcentaje de partos asistidos por matronas y enfermeras en 18 países de ingreso bajo y mediano bajo, que redujeron su tasa de mortalidad materna en más de un 50% entre el año 2000 y 2017



Fuente: STATcompiler del DHS Program (Programa de Encuestas Demográficas y de Salud [EDS]) (44) e informes individuales de EDS.

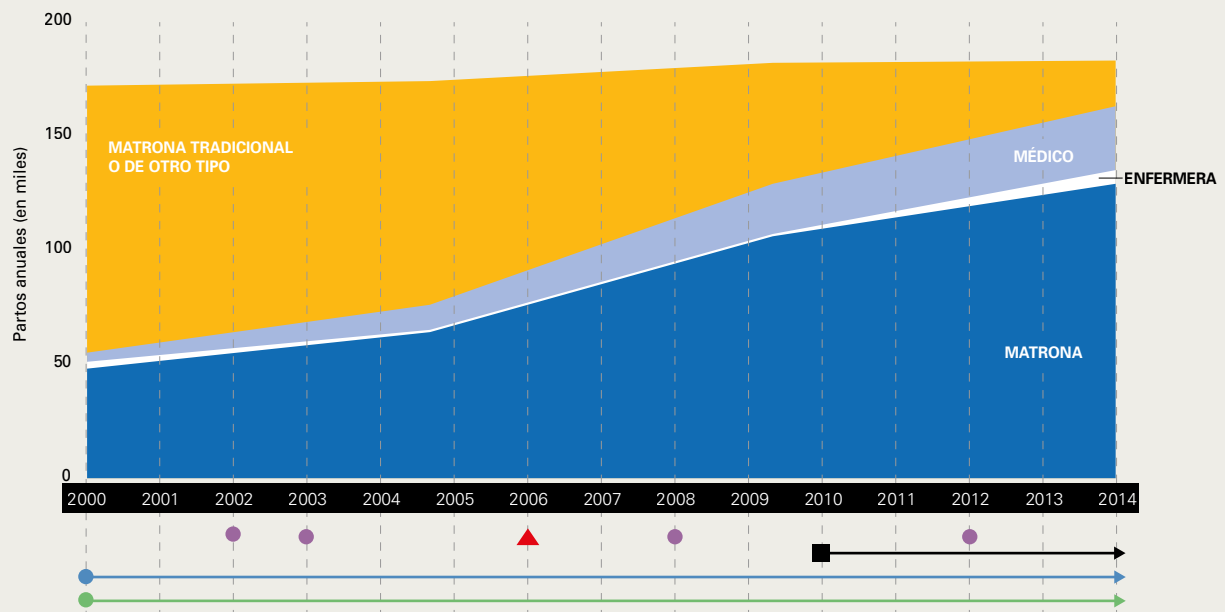
2 Phoya A, Asociación de Matronas de Malawi, comunicación personal, 2020.

Inversión en las matronas en Camboya y los Países Bajos

Camboya

Prácticamente 1.500 centros de salud pública en Camboya ofrecen servicios integrales de SSRMNA, y cuentan como mínimo con una matrona en cada centro. Se llevan a cabo actividades de difusión en lugares de difícil acceso, donde se distribuyen equipos, materiales y medicamentos esenciales en los distintos centros de salud. La TMM de Camboya descendió de 488 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2000 a 160 en 2017; el gráfico que se muestra a continuación ilustra las políticas que se han aplicado desde el año 2000.

Partos en Camboya, por tipo de asistente al parto, 2000-2014



Fuente: Informes de EDS de 2000, 2005, 2010 y 2014; y "World Population Prospects 2019".

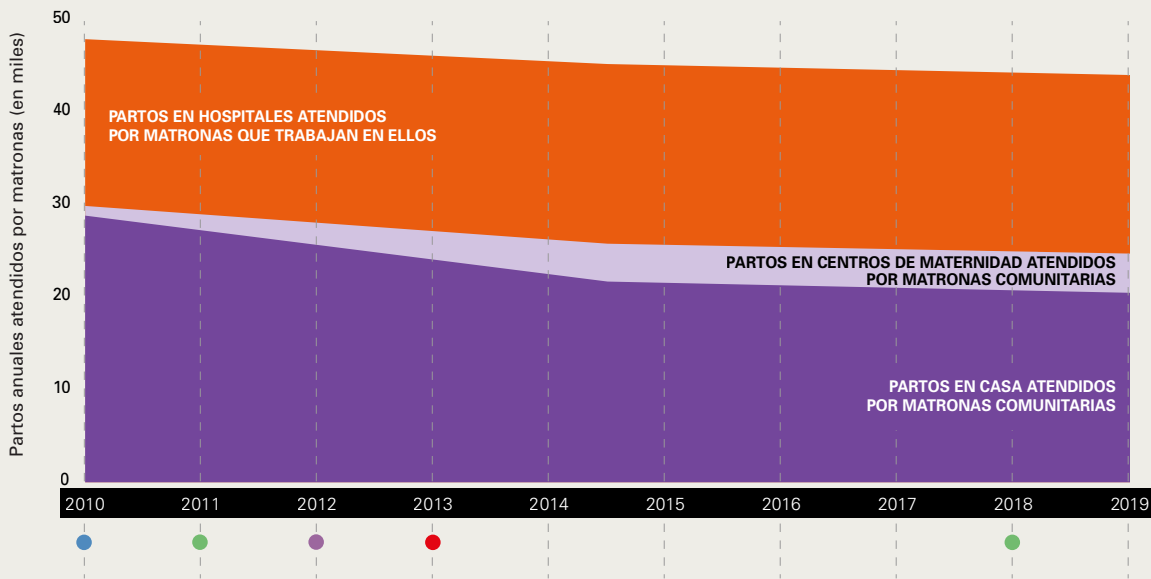
AMPLIAR EL ACCESO	CALIDAD DE LA ATENCIÓN	EDUCACIÓN	REGULACIÓN	ASIGNACIÓN
<p>Desde finales de la década de 1990 en adelante, Camboya incorporó mecanismos que incluían cupones y exenciones a los fondos de capital. En 2019, se creó el "fondo de capital para la salud" para proporcionar a más de 2,4 millones de personas pobres acceso gratuito a los distintos servicios del país. Por otro lado, se presta apoyo adicional en efectivo a las mujeres embarazadas pobres para que obtengan atención de salud materna y neonatal desde el embarazo hasta 1.000 días después del parto.</p>	<p>Los currículos de partería basados en las competencias se han mejorado adicionalmente junto con los laboratorios clínicos, la práctica clínica y los enfoques de aprendizaje para adultos, lo que incluye la realización de simulaciones y el aprendizaje práctico con diferentes escenarios para los alumnos. El programa gubernamental de incentivos para la partería propició un aumento drástico en las cifras de partos y la calidad de la atención en centros de salud en la década del 2000, lo cual contribuyó a disminuir las tasas de mortalidad materna (45).</p>	<p>En 2002, se puso en marcha un programa de partería posterior a la básica (tres años de enfermería más uno de partería). En 2003, el Ministerio de Salud puso en marcha un curso de enfermera matrona primaria provisional, de un año de duración, diseñado para aliviar la gran escasez de matronas. En 2008, se puso en marcha un grado de nivel medio en partería con ingreso directo de tres años de duración, y, en 2012, se empezó a ofrecer un grado en partería con ingreso directo de cuatro años de duración en centros públicos y privados. En total, 50 personas han finalizado un currículo de transición entre el grado de nivel medio y el universitario y, por lo tanto, se han graduado.</p>	<p>En 2006, se creó el Consejo de Matronas de Camboya, que se sumó a la Asociación de Matronas de Camboya que se había establecido en 1994. En 2016, se incorporó la concesión y la renovación de licencias para proteger el título de "matrona".</p>	<p>Las matronas asignadas en unidades de atención dirigidas por matronas aumentaron de 3.678 en el año 2010 a 7.128 en 2019 (además de las 6.463 matronas que habían recibido educación según el currículo antiguo).</p>

Contribución de Chea Ath (Asociación de Matronas de Camboya) y Sokun Sok, Sopha Muong y Pros Nguon (oficina del UNFPA en Camboya).

Países Bajos

Las matronas en los Países Bajos trabajan de manera independiente en la comunidad, junto con otras matronas o en hospitales. Las mujeres acuden, de forma autónoma, a una matrona para recibir atención materna. Las matronas comunitarias dispensan la atención de diferentes maneras: en centros ambulatorios de centros de salud, en un centro de maternidad, en un hospital, o en casa (con la derivación a la atención dirigida por un obstetra cuando es necesario). Durante los partos naturales que tienen lugar en centros, las matronas que asisten a las mujeres son tanto comunitarias como de hospital. Actualmente, los partos asistidos por una matrona suponen más del 75% del total de casos de mujeres que dan a luz; entre estos, en el 57% las matronas son la única profesional que dispensa la atención (46). Pese al descenso de la tasa de natalidad, la opción de recibir atención dispensada por una matrona, independientemente del entorno donde esta tenga lugar, ha convertido la partería en un elemento esencial del desarrollo del sistema de salud para la salud materna y neonatal (46). La TMM del país descendió de 13 por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2000 a 5 en el año 2017.

Partos atendidos por matronas en los Países Bajos, por entorno en el que se produce el parto, 2010-2019



Fuente: Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze, Bob Radder

EDUCACIÓN

La educación en partería es un programa universitario de grado de cuatro años de duración con ingreso directo, que incluye la colaboración interprofesional, la toma de decisiones compartida, una ampliación del ámbito de práctica y la función de la matrona en la salud pública, lo cual contribuye a situar a las matronas como colaboradoras autónomas y plenamente competentes al cargo de la atención de las mujeres y los recién nacidos. En el año 2001, se creó un máster para subsanar la falta de opciones existentes entre el programa de grado y las oportunidades de investigación que tenían las matronas, y en el año 2010 las instituciones crearon programas de doctorado.

ACCESO DE LAS MUJERES A LA ATENCIÓN DISPENSADA POR UNA MATRONA

A fin de solventar las diferencias en el acceso a la atención, se pusieron en marcha los programas "Healthy Pregnancy 4 All" (Embarazo saludable para todas) y "Promising Start" (Comienzo prometedor) en 2011 (47) y 2018 (48), mediante los cuales se ofrecía apoyo para dificultades específicas (por ejemplo, deudas, falta de tejido social, situaciones poco seguras) a las que pueden hacer frente las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, incluidas las migrantes.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En 2006, la organización nacional de matronas, KNOV, creó un registro voluntario de calidad al cual se unieron la mayoría de las matronas, y que se sumaba al registro gubernamental existente que protege el título de "matrona". De conformidad con el sistema de seguimiento de KNOV, se aplicó la atención prenatal en grupo en tres clínicas de partería. En 2012, ya eran 143 clínicas de partería las que ofrecían este enfoque, con el propósito de reducir la medicalización excesiva.

AUMENTO DEL NÚMERO DE MATRONAS DE HOSPITAL

En 2008, el 75% de las 1.763 matronas registradas trabajaban como profesionales independientes en entornos comunitarios, y el 25% como matronas de hospital (49). En 2012, se estimó que el 77% de los partos en hospital que se desarrollaban bajo la responsabilidad de un obstetra estaban asistidos por matronas de hospital, y el 40% eran gestionados exclusivamente por una matrona. En 2013, había 23 centros de maternidad con un ambiente hogareño accesibles para las mujeres de poco riesgo y respaldados por una matrona comunitaria. De estos centros, 3 eran independientes, 14 funcionaban junto con una unidad de obstetricia y 6 estaban integrados en una unidad de obstetricia.

Contribución de Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze y Bob Radder (KNOV).

Pese a la evidencia de que el sistema de salud y el personal sanitario son ámbitos en los que la inversión social resulta eficaz, el número de estudios que evalúan las ventajas (en ocasiones denominadas “rendimiento de la inversión”) respecto al personal sanitario en general, y en lo referente a las matronas específicamente, sigue siendo limitado. Para comprender mejor las diferentes ventajas que se obtienen con este tipo de inversiones, la OMS ha examinado,



Una matrona lleva a cabo una revisión prenatal a Mercy Yakubu en el Centro de Atención Primaria de la Salud en Akwanga, estado de Nasarawa (Nigeria). © Gates Archive/Nelson Owoicho.

analizado y sintetizado evidencias sobre esta cuestión. Así, se han identificado cinco ventajas clave resultantes:

- 1. Resultados de salud.** La evidencia demuestra claramente que invertir en matronas propicia mejores resultados de salud al reducir las muertes maternas y neonatales y los mortinatos (30).
- 2. Aumento de la disponibilidad de mano de obra y del nivel de actividad económica.** Una mayor oferta de matronas contribuye al incremento de la actividad económica.
- 3. Impacto macroeconómico del gasto en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios.** La inversión en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios tiene un importante efecto multiplicador en el resto de la economía. Según indican los estudios, este efecto puede ser mayor que el conseguido con la inversión en otros sectores económicos, lo cual hace que la inversión en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios sea especialmente atractiva, sobre todo para los encargados de tomar decisiones en el sector público.
- 4. Crecimiento inclusivo y equitativo.** La inversión en las matronas brinda la oportunidad de aumentar el empleo de las mujeres y la disponibilidad de trabajo decente.
- 5. Estabilización económica.** Diversos estudios apuntan a que, en una situación de recesión económica, el número de personas empleadas en la atención de la salud suele descender menos que en otros sectores. Dicho gasto continuado actúa como un estabilizador económico en tiempos de dificultad y, además, sirve para mantener los niveles de la atención sanitaria.

No existe un enfoque único para evaluar las ventajas y los inconvenientes de la inversión en los trabajadores sanitarios —incluidas las matronas—. Se pueden aplicar diversos enfoques, cada uno de los cuales tendrá sus ventajas e inconvenientes.

EDUCACIÓN Y REGULACIÓN DE LAS MATRONAS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DE ALTA CALIDAD

Educación

La educación en partería de alta calidad es esencial para preparar a las matronas a fin de que puedan dispensar atención de SSRMNA de alta calidad (50). A pesar de las evidencias existentes que ilustran las ventajas que se obtienen con la inversión en la educación y capacitación en partería, este campo adolece de una gran falta de financiación en muchos países. Se observan grandes variaciones en el contenido, la calidad y la duración de los programas educativos, así como obstáculos clave en relación con los recursos y la infraestructura, los cuales repercuten negativamente en la experiencia de aprendizaje de los alumnos y limitan las oportunidades de adquirir experiencia práctica (51-56). Los estudios de investigación realizados en África y Asia Meridional reflejan que la educación y formación inadecuadas perjudican significativamente las competencias, la confianza y la identidad en calidad de profesionales de las matronas como proveedoras de atención primaria de SSRMNA (57). Sin embargo, hay indicios de que se están llevando a cabo esfuerzos positivos para mejorar la calidad de la educación en partería en diversos países (58), entre ellos la India (recuadro 3.1).

En 2019, el UNFPA, UNICEF, la OMS y la ICM identificaron tres prioridades estratégicas para la educación en partería: que todas las mujeres y todos los recién nacidos recibieran la atención de una matrona, educada y formada según las normas internacionales y autorizada para ejercer legalmente en todo el ámbito de la partería, y que el título de "matrona" se utilizara únicamente para hacer referencia a las proveedoras que cuentan con la educación necesaria con arreglo a las normas internacionales; que el liderazgo de la partería se incluya en los procesos normativos, de planificación y del presupuesto nacionales de alto nivel a fin de mejorar la toma de decisiones sobre las inversiones destinadas a la educación en partería con miras a contribuir al logro de la CSU; y la coordinación y la armonización entre las partes interesadas del ámbito de la partería en el plano mundial, regional y nacional con el propósito de uniformizar los procesos

de educación y capacitación, los conocimientos, la investigación, los materiales basados en la evidencia, los indicadores y la inversión (51).

Mediante la encuesta a asociaciones que forman parte de la ICM descrita en el capítulo 1 y el apéndice web 2, se recopilaron datos de 80 países sobre sus programas educativos para matronas: el 33 (41%) ofrecen únicamente programas con ingreso directo, 17 (21%) ofrecen únicamente formación tras la recibida en enfermería, 5 (6%) ofrecen educación combinada de enfermería y partería, y 25 (31%) ofrecen un programa con ingreso directo y otro programa diferente.



MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ Es necesario mejorar la calidad de la educación de las futuras matronas. Entre los retos principales que se deben abordar se incluyen la falta de inversión en educadores; la limitación de competencias y conocimientos respecto a la docencia y el aprendizaje modernos; una experiencia práctica poco adecuada para los alumnos; y deficiencias en materia de infraestructura, recursos y sistemas, en especial en los países de ingreso bajo y mediano.
- ▶ Durante la pandemia de Covid-19, han surgido nuevas maneras de impartir educación y prestar servicios relacionados con la partería, que se deben desarrollar y utilizar de manera eficaz. Esto incluye las tecnologías digitales innovadoras y las oportunidades de aprendizaje en línea. Asimismo, se debe evaluar su eficacia en condiciones "normales".
- ▶ Prácticamente todos (91%) los 74 países estudiados comunicaron que ofrecían cualificación en partería hasta el nivel de grado universitario o superior. No obstante, en promedio únicamente dos terceras partes de los educadores en partería son matronas calificadas, y se observan dificultades a la hora de impartir educación de alta calidad.
- ▶ En muchos países, las matronas no están autorizadas a realizar tareas que normalmente se consideran parte del ámbito de práctica de las matronas. Lo más habitual es que esta situación se observe en las regiones de las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental, y en países de ingreso alto.

De los 63 países que comunicaron tener un programa combinado de partería y enfermería o un programa de partería con ingreso directo, 53 tienen un programa de, como mínimo, tres años de duración, y 23 de ellos superan los tres años. El gráfico 3.1 muestra que los programas de como mínimo tres años de duración son los habituales en todas las regiones de la OMS (60) y los grupos de ingresos del Banco Mundial (61). Sin embargo, el número reducido de países que presentan informes en varias regiones y grupos de ingresos apunta a que estos resultados no son necesariamente representativos de todos los países de esa región o ese grupo. Los programas que duran entre cuatro y cinco años son más habituales en Asia Sudoriental y en los países de ingreso mediano alto. De los 41 países que comunicaron contar con programas educativos en partería posteriores a la de enfermería, 30 señalan que tienen una duración mínima de 18 meses, si

bien 8 países cuentan con un programa de un año y 3 con uno que dura menos de un año.

De los 175 países encuestados en las CNPS, el 79% comunicó contar con una lista maestra de instituciones educativas de trabajadores sanitarios con acreditación, y otro 7% comunicó contar con una lista parcial, lo que deja un 14% de países sin una lista de este tipo. La ICM ha desarrollado un Programa de Acreditación de Educación en Partería (62) para respaldar la creación de procesos de acreditación (recuadro 3.2).

También se observan variaciones en las normas del ámbito educativo. De los 57 países encuestados en las CNPS (de los cuales solamente 2 eran países de ingreso bajo), el 93% tenía normas para la duración y el contenido de la educación profesional en partería y el 86% contaba con mecanismos de acreditación para las instituciones educativas profesionales de partería.

RECUADRO 3.1

La Iniciativa para la Partería del Gobierno de la India

Como parte de la Iniciativa para la Partería, con su visión de prestar servicios de atención dirigida por matronas en centros de salud pública, el Gobierno de la India presentó en diciembre de 2018 directrices sobre los servicios de partería. Con ellas, se propone establecer un grupo de profesionales de enfermería en materia de partería capaz de garantizar que las mujeres viven el parto de manera positiva promocionando el parto fisiológico (reduciendo así la medicalización excesiva), dispensando una atención materna respetuosa y descongestionando centros de salud de alto nivel al prestar los servicios en unidades de atención dirigidas por matronas. Se centra la atención en garantizar el empoderamiento y una mejor progresión profesional de las matronas.

La India ha identificado siete institutos nacionales de formación de excelencia para capacitar a educadores de partería. En 2019, el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia puso en marcha un programa de formación de educadores de partería en uno de estos institutos. Tras la formación, se prestarán servicios de partería inicialmente en centros de atención secundaria y terciaria de la salud;

en fases subsiguientes, estarán disponibles en centros de atención primaria como parte de un paquete integral de atención primaria de salud.

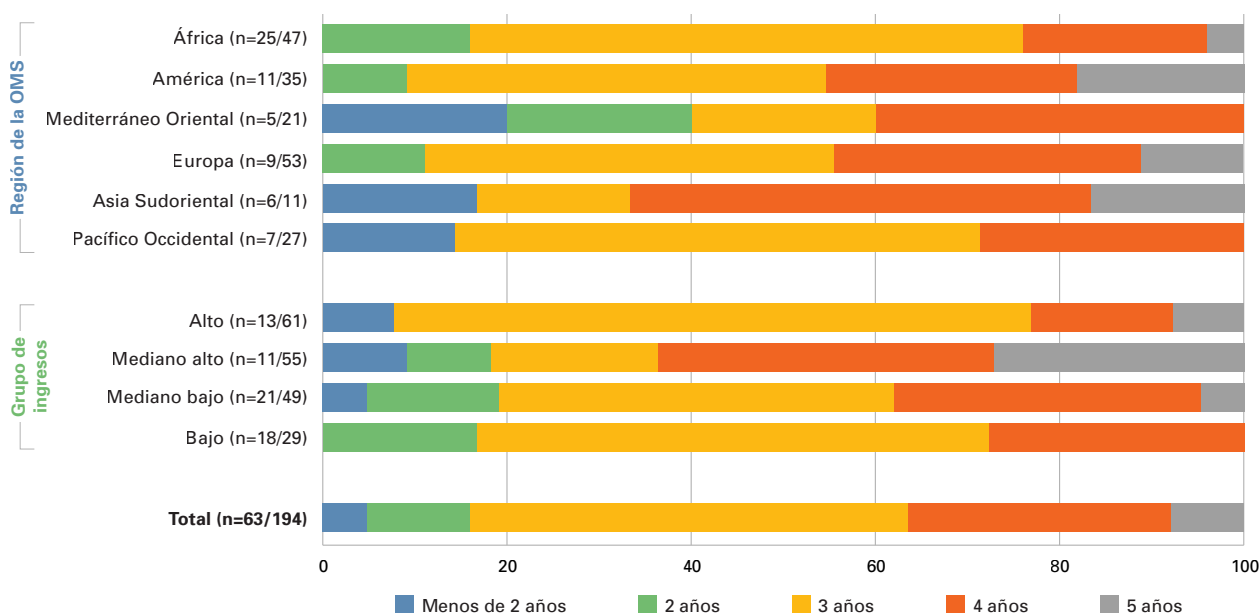
Con el fin de respaldar la aplicación de la Iniciativa para la Partería, el Gobierno, junto con la OMS, encargó un estudio en seis estados para evaluar las competencias en partería de profesionales y educadores, así como estudios de investigación sobre los obstáculos y los elementos facilitadores en relación con los servicios de partería de alta calidad. Los instrumentos de encuesta se basaron en las competencias esenciales de la ICM sobre la práctica de la partería y en las competencias básicas de los educadores de partería según la OMS. Asimismo, se analizaron los obstáculos centrándose en la India y Asia Sudoriental, además de a escala mundial. El estudio detectó obstáculos y elementos facilitadores en relación con: la educación, la formación, la supervisión, la asignación, la falta de reconocimiento de la partería como profesión autónoma, y la falta de funciones apropiadas que permitan a las matronas trabajar en todo su ámbito de práctica. En cuanto a la prestación de servicios, los obstáculos incluían la poca

cobertura y calidad de ciertos servicios, entornos laborales deficientes, y la falta de equipo y suministros. La recomendación principal consistió en implementar un programa educativo de alta calidad para preparar a las futuras matronas a fin de que sean competentes, cumplan las normas mundiales y sepan prestar una atención de alta calidad basada en la evidencia (59).

A raíz de la información y los datos de investigación recopilados, el Gobierno, en colaboración con diferentes partes interesadas —entre ellas, el Consejo Indio de Enfermería—, elaboró una hoja de ruta estratégica para implementar de manera eficaz la Iniciativa para la Partería. La hoja de ruta incluye un currículo, el ámbito y las normas de práctica, herramientas de promoción y recursos de aprendizaje tanto para el programa de educadores de partería como el de profesionales de enfermería en materia de partería, con el objetivo de que la educación en partería y la prestación de servicios conexa estén en consonancia con las normas mundiales.

Contribución del Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Gobierno de la India.

GRÁFICO 3.1 Duración de programas educativos combinados de enfermería y partería o de partería con ingreso directo en 63 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020



Nota: Muchos países comunicaron más de un tipo de programa educativo con ingreso directo o combinado: en esos casos, este gráfico únicamente incluye el programa de mayor duración.

Fuente: Encuesta de la ICM.

RECUADRO 3.2

El Programa de Acreditación de Educación en Partería de la ICM

El Programa de Acreditación de Educación en Partería de la ICM (MEAP, por sus siglas en inglés) se basa en las mejores prácticas internacionales en materia de educación y acreditación en partería. Evalúa los programas educativos de las futuras matronas respecto a las *Normas globales para la formación en partería* (2013, y actualizaciones posteriores), incluida la educación basada en las competencias que, a su vez, incluye las “Competencias esenciales para la práctica de la partería” (actualizadas en 2019).

El MEAP sirve de referencia para los programas educativos en partería que se proponen cumplir las normas internacionales. Al pagar una tarifa, se ofrece una acreditación que se obtiene a partir de la realización de una evaluación independiente de un programa o programas educativos en partería de un instituto a fin de determinar en qué medida se cumplen las normas de la ICM (63). Asimismo, contribuye a identificar mejores prácticas y deficiencias, lo que permite a los donantes y encargados de la ejecución proporcionar apoyo específico,



Estudiantes de partería en Mymensingh (Bangladesh). © UNFPA/Geeta Lal.

eficaz y sostenible para la educación en partería de alta calidad.

La ICM empezó a evaluar programas de partería utilizando el MEAP en 2020. Su primera acreditación se asignó a un programa de partería con ingreso directo de Rwanda. A fin de

respetar las restricciones en los desplazamientos como consecuencia de la pandemia de la Covid-19, la ICM está adaptando el MEAP para que se pueda implementar mediante tecnologías digitales y otros medios.

Contribución de Sally Pairman (ICM).

De los 70 países encuestados, 34 (49%) indicaron que **todos** sus educadores en materia de partería son matronas cualificadas, y 4 (6%) comunicaron que **ninguno** de sus educadores en este ámbito son matronas. Como **promedio**, en los 70 países encuestados el 65% de los educadores en el campo de la partería eran matronas. El gráfico 3.2 muestra que este porcentaje es mayor en las regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, e inferior en África. De nuevo, sin embargo, el número reducido de países que presentaron datos puede implicar que estos resultados no son totalmente representativos de las regiones. Es más probable que los países de ingreso alto recurran a las matronas para que se encarguen de la docencia en materia de partería, en comparación con los países de ingreso bajo y mediano. La situación en estos últimos países puede ser consecuencia de una falta de apoyo y oportunidades profesionales para que las matronas se conviertan en educadoras (64, 65). El recuadro 3.3 describe los hallazgos de una encuesta realizada por la OMS a educadores en partería, que resaltaba diversas dificultades concretas a las que hacen frente en países de ingreso bajo y mediano.

De los 74 países que presentaron datos, más de una tercera parte (38%) indicó que el nivel más alto de cualificación en partería disponible era el de grado, una cuarta parte (26%) afirmó que la cualificación

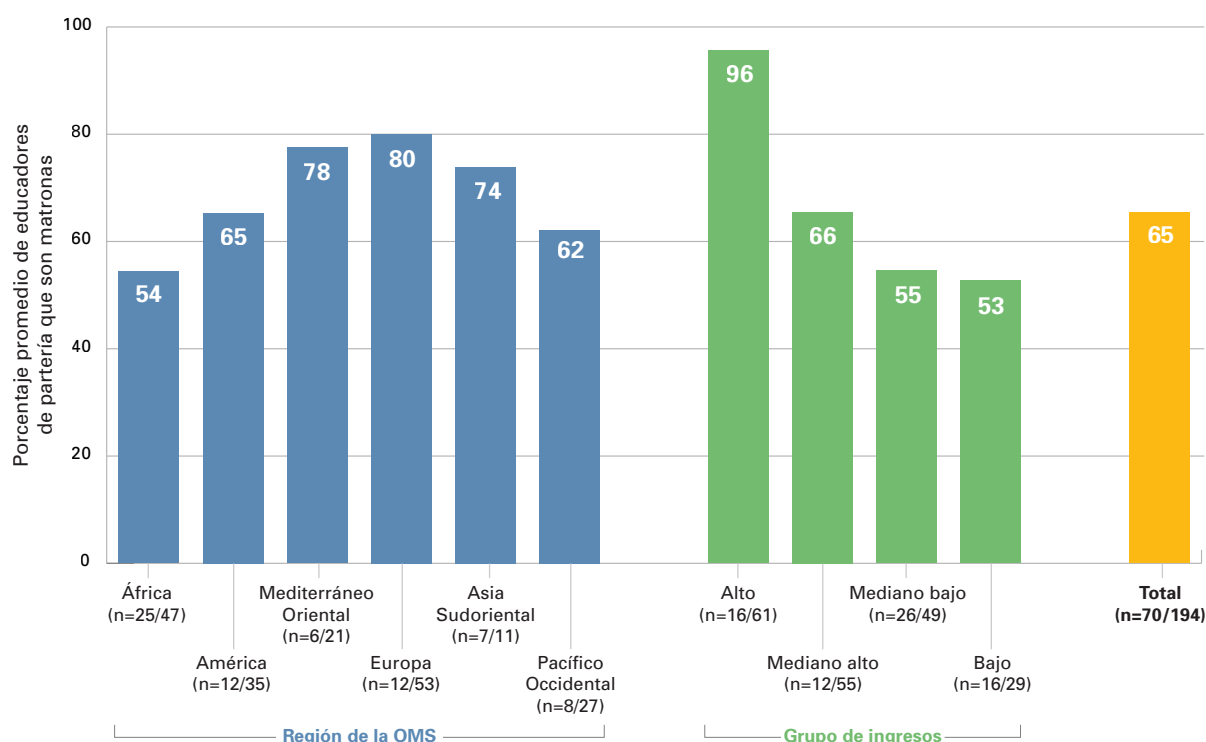
de máster era el nivel más alto, y otra cuarta parte (27%) ofrecía un programa de doctorado. En poco menos de 1 de cada 10 países (9%) el nivel más alto era inferior al de grado. El gráfico 3.3 refleja que es más probable que las cualificaciones en partería a nivel de máster y doctorado se oferten en Europa y en países de ingreso alto, si bien, de nuevo, el número reducido de países que presentan informes en ciertas regiones implica que estos resultados se deben interpretar con cautela.

Regulación y asociación

La regulación en materia de partería de cada país rige la educación, la práctica y la obtención de licencias para ejercer de sus matronas. La regulación y legislación nacionales establecen quién está cualificado para utilizar el título de "matrona", así como el ámbito de práctica de las matronas. Además, se crean asociaciones de matronas a escala nacional para respaldar a los miembros de la profesión y ofrecer liderazgo a fin de fortalecer y promover la función y el impacto de las matronas. Estas asociaciones deben ser independientes de los encargados de regular la partería, algunas de ellas también operan como sindicatos.

De los países que comunicaron datos, tres cuartas partes (77%) indicaron que su país contaba con legislación que reconocía la partería como una

GRÁFICO 3.2 **Porcentaje promedio de educadores en partería que son matronas en 70 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020**



Fuente: Encuesta de la ICM.

Datos clave sobre la calidad de la educación a partir de una encuesta mundial de la OMS a educadores en partería

En el período 2018-2019, la OMS llevó a cabo una encuesta mundial a educadores en partería a fin de recopilar las opiniones de quienes enseñan activamente la partería (matronas, enfermeras, médicos) en países de ingreso bajo y mediano de 5 de las 6 regiones de la OMS (aparte de Europa). El propósito era comprender mejor las medidas necesarias para mejorar la calidad de la educación en partería. Respondieron más de 100 instituciones educativas de 35 países. A continuación, se citan varios de los principales retos identificados:

- En todas las instituciones educativas, los encuestados indicaron que la regulación de los programas educativos no garantizaba eficazmente la calidad ni facilitaba la normalización de la educación en materia de partería; así, se enseñaban diversos niveles de competencias mediante metodologías educativas diferentes.
- Poco más de la mitad de los encuestados indicaron que su profesión era la partería. Menos de la mitad de los encuestados habían recibido formación o acreditación como educadores.

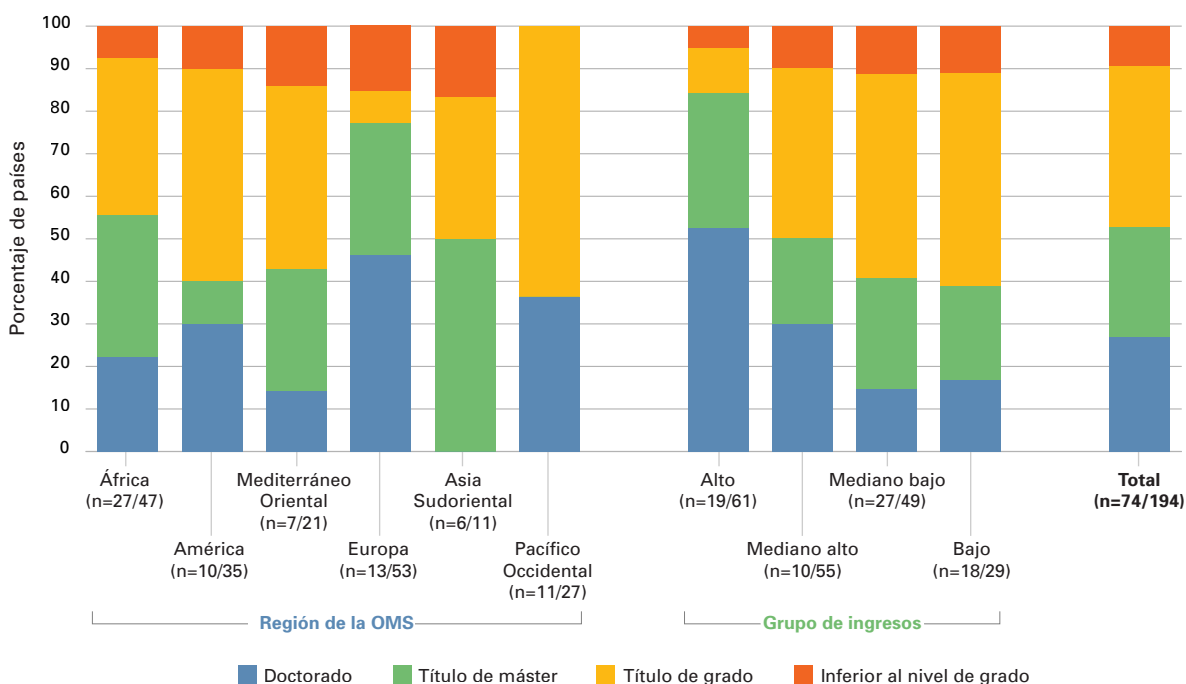
- Poco más de la mitad de las instituciones conocía los Modelos de Educación en Partería de la OMS y tenía acceso a ellos, y lo mismo ocurría con otros materiales educativos.
- Los educadores se sentían más seguros al impartir conocimientos sobre la atención de la mujer y el bebé durante el parto, seguida de la atención prenatal y los servicios obstétricos de urgencia. La materia que se sentían menos seguros enseñando correspondía a la planificación familiar y la atención neonatal, especialmente la de recién nacidos pequeños y afectados por alguna enfermedad. Ninguno de los encuestados mostraba seguridad en todas las competencias básicas de los educadores en partería de la OMS.
- El 100% de los educadores comunicaron deficiencias como mínimo en algún tipo de equipo y suministro en las aulas, los laboratorios para adquirir aptitudes prácticas o los entornos clínicos.
- Todos los educadores, excepto en la región de las Américas, afrontaban dificultades en relación con el agua, el saneamiento y la higiene. Las dificultades más acuciantes se

observan en África (especialmente en los países francófonos), donde tres cuartas partes de los educadores afirmaron no tener acceso a agua limpia al menos en algún momento. Muchos educadores de África y Asia Sudoriental comunicaron no tener acceso a un retrete en funcionamiento en su lugar de trabajo.

Esta encuesta ilustra el tipo y la magnitud de las dificultades a las que hacen frente muchos educadores en partería y sirve de base para orientar la investigación y las medidas que se deben tomar. Los hallazgos de la encuesta constituyeron un insumo de importancia crucial para el Marco de acción para reforzar la educación de calidad sobre la partería con miras al logro de la cobertura sanitaria universal para 2030 (51), creado conjuntamente por la OMS, el UNFPA, UNICEF y la ICM, que tiene por objetivo garantizar que, gracias al sistema educativo, las matronas adquieran competencias y confianza en sí mismas para desarrollar su potencial y que tanto las madres como los recién nacidos sobrevivan y prosperen.

Contribución de Fran McConville (OMS).

GRÁFICO 3.3 Nivel más alto de cualificación en partería disponible en 74 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020



Fuente: Encuesta de la ICM.

profesión diferenciada de la enfermería. Este grupo incluía a más del 90% de los países encuestados de las regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental (cuadro 3.1).

El cuadro 3.1 también refleja que tres cuartas partes (77%) de los países encuestados cuentan como mínimo con una asociación profesional dedicada específicamente a las matronas, y que esta es la norma en todas las regiones excepto en la de Asia Sudoriental.

De los 78 países que presentan datos, prácticamente todos (92%) cuentan con un sistema de regulación que incluye a las matronas. Asimismo, 1 de cada 8 (12%) comunicó contar con un organismo de regulación independiente específico para las matronas. La mayoría de los países que presentan informes (62%) no cuentan con un ente independiente que se encargue de la regulación,

pero sí con un organismo regulador con políticas y procesos determinados específicamente para las matronas (gráfico 3.4). En el 19% de los países, la regulación de las matronas se lleva a cabo mediante un organismo regulador que no está dedicado específicamente a la partería y no cuenta con políticas y procesos diferenciados para las matronas.

Los países utilizan diferentes términos para describir el derecho legal a ejercer como matrona. La mitad (49%) de los 79 países que presentaron informes cuenta tanto con un sistema de concesión de licencias como con un sistema de registro que son procesos independientes y obligatorios, una cuarta parte (25%) cuenta únicamente con un sistema de registro, el 13% únicamente con un sistema de concesión de licencias y el 12% tiene otro tipo de sistema. De los 73 países que presentaron datos, 17 no cuentan con ningún tipo de sistema

CUADRO 3.1

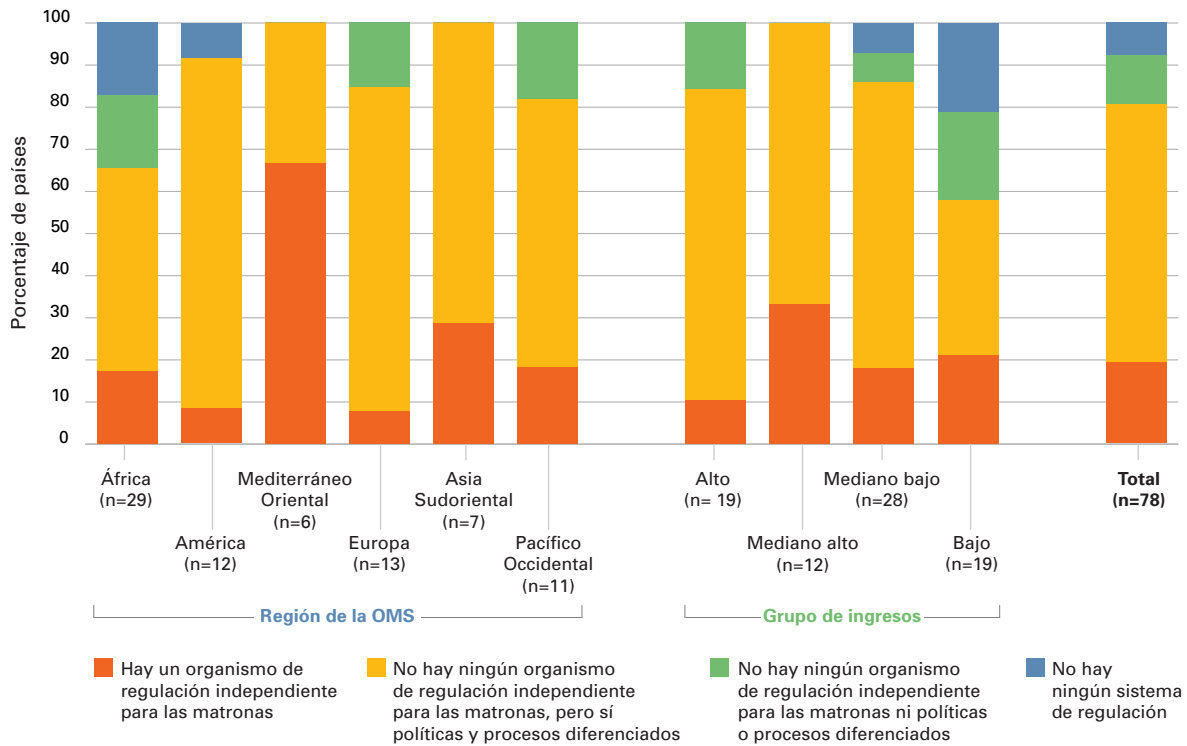
Porcentaje de países con legislación que reconoce la partería como profesión diferenciada de la enfermería y con una asociación dedicada específicamente a las matronas, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020

	Número de países que presentan informes/total	Porcentaje de países con legislación que reconoce la partería como profesión diferenciada de la enfermería	Número de países que presentan informes/total	Porcentaje de países con una asociación dedicada específicamente a las matronas*
REGIÓN DE LA OMS				
África	29/47	62%	35/47	77%
Américas	12/35	92%	17/35	88%
Mediterráneo Oriental	7/21	86%	13/21	69%
Europa	13/53	92%	28/53	79%
Asia Sudoriental	7/11	57%	8/11	50%
Pacífico Occidental	11/27	91%	14/27	79%
GRUPO DE INGRESOS				
Alto	19/61	89%	33/61	79%
Mediano alto	12/55	92%	22/55	82%
Mediano bajo	28/49	68%	34/49	68%
Bajo	20/29	70%	26/29	81%
TOTAL	79/194	77%	115**/194	77%

* El nombre de la asociación incluye la palabra "matrona" (o un término equivalente en el idioma nacional) y no menciona otras ocupaciones del ámbito de la salud. ** Excepcionalmente para este indicador, la respuesta de la asociación de matronas fue aceptada incluso sin una carta de validación, ya que se consideró que la asociación era la autoridad competente para responder esta pregunta.

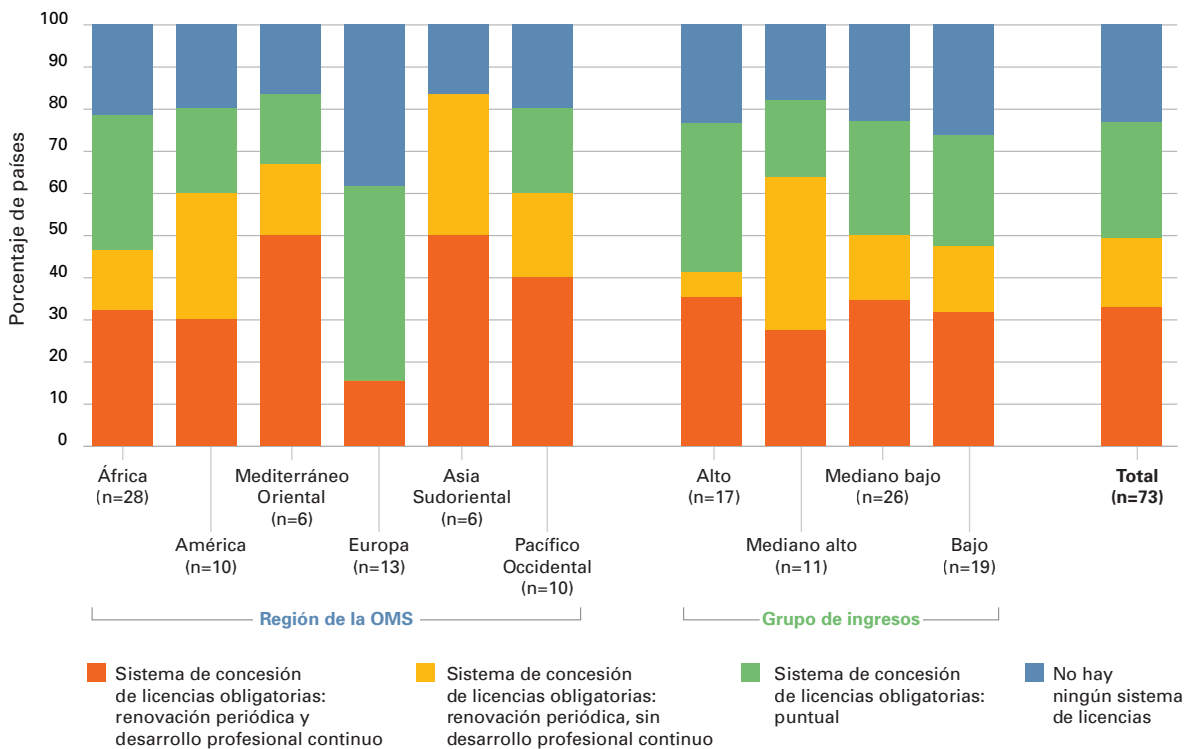
Fuente: Encuesta de la ICM.

GRÁFICO 3.4 Sistema de regulación de las matronas en 78 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020



Fuente: Encuesta de la ICM.

GRÁFICO 3.5 Sistema de concesión de licencias para matronas en 73 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020



DPC = desarrollo profesional continuo

Fuente: Encuesta de la ICM.

de concesión de licencias, y 22 requieren a las matronas obtener una licencia únicamente tras haber terminado la cualificación, sin necesidad de ir renovando periódicamente dicha licencia. Los 36 países restantes tienen un sistema que incluye la renovación periódica, pero solamente 24 de ellos exigen un desarrollo profesional continuo (cuadro 3.5).

Los sistemas de concesión de licencias y de regulación son esenciales para que la práctica de la partería sea segura, pero no son suficientes para maximizar la contribución que hacen las matronas a unos mejores resultados en materia sanitaria. En muchos países, las matronas no tienen autoridad para realizar intervenciones que normalmente se consideran parte de su ámbito de práctica. Por ejemplo, en el cuadro 3.2 se muestra que en la mayoría de los países encuestados, las matronas están autorizadas a realizar 5 de las 7 funciones principales de atención obstétrica y neonatal de

urgencia básica (AONU básica), pero en la mitad de los países no están autorizadas para prestar asistencia instrumentada del parto mediante extractor al vacío o con aspiración manual al vacío para las hemorragias que se dan en las primeras fases del embarazo.

Del mismo modo, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las matronas puedan proporcionar de forma segura y eficaz una amplia gama de productos anticonceptivos (66), los sistemas de regulación de algunos países restringen la gama de productos que las matronas están autorizadas a proporcionar. En el cuadro 3.3 se muestra que, aunque la mayoría de los países que presentaron datos autorizan a las matronas a proporcionar una amplia gama de productos anticonceptivos, en algunos países (sobre todo, en las regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental) las matronas no están autorizadas a prestar dichos servicios.

CUADRO 3.2

Porcentaje de 79 países en los que las matronas están autorizadas a realizar funciones principales de AONU, por región de la OMS y grupo de ingreso del Banco Mundial, 2019-2020

	Número de países que presentaron datos	Reanimación neonatal con bolsa y mascarilla (%)	Oxitócicos (%)	Antibióticos parenterales (%)	Anticonvulsivos (%)	Extracción manual de la placenta (%)	Parto instrumentado con extractor al vacío (%)	Aspiración manual al vacío (%)
REGIÓN DE LA OMS								
África	29/47	100%	100%	100%	100%	97%	79%	90%
Américas	12/35	92%	100%	100%	83%	83%	17%	25%
Mediterráneo Oriental	7/21	86%	57%	71%	57%	43%	57%	29%
Europa	13/53	100%	100%	85%	85%	46%	15%	8%
Asia Sudoriental	7/11	100%	100%	86%	86%	71%	43%	57%
Pacífico Occidental	11/27	100%	91%	91%	91%	71%	64%	36%
GRUPO DE INGRESOS								
Alto	19/61	100%	100%	89%	79%	58%	26%	11%
Mediano alto	12/55	83%	92%	92%	83%	58%	25%	25%
Mediano bajo	28/49	100%	96%	93%	93%	93%	64%	68%
Bajo	20/29	100%	90%	95%	95%	90%	75%	80%
TOTAL	79/194	97%	95%	92%	89%	78%	52%	51%

AONU = atención obstétrica y neonatal de urgencia básica.

Fuente: Encuesta de la ICM.

El efecto de la Covid-19 en la educación y la práctica de las matronas

La Covid-19 repercutió en la realización de muchas actividades en 2020 y 2021, entre las que se encuentran la educación y la práctica en materia de partería. Algunas políticas de salud pública, como las medidas de confinamiento, provocaron importantes perturbaciones en los servicios de salud esenciales (67). La educación en partería, al igual que la de otras profesiones de la salud, también se vio alterada, ya que la enseñanza tuvo que impartirse en línea, se limitó el acceso a las prácticas clínicas y se modificaron las horas de contacto de los alumnos con la atención directa a pacientes (68-71). En algunos entornos, los programas y los proveedores desarrollaron nuevas soluciones digitales, aumentaron la alfabetización digital y establecieron espacios de aprendizaje virtuales para conectar a alumnos y docentes. Ahora son necesarias la planificación conjunta y la colaboración por parte de todas

Las matronas deben contar con un ámbito de práctica diferenciado y poder trabajar en todo este ámbito de práctica.

Asociación de Matronas

CUADRO 3.3

Porcentaje de 78 países en los que las matronas están autorizadas a proporcionar productos anticonceptivos, por región de la OMS y grupo de ingreso del Banco Mundial, 2019-2020

	Número de países que presentaron datos	Píldoras anticonceptivas (%)	Inyecciones anticonceptivas (%)	Anticonceptivos de emergencia (%)	Dispositivos intrauterinos (%)	Implantes anticonceptivos (%)
REGIÓN DE LA OMS						
África	29/47	100%	100%	100%	97%	100%
Américas	11/35	100%	100%	91%	100%	91%
Mediterráneo Oriental	7/21	71%	71%	43%	57%	57%
Europa	13/53	54%	46%	46%	38%	23%
Asia Sudoriental	7/11	100%	100%	100%	100%	71%
Pacífico Occidental	11/27	91%	91%	91%	91%	91%
GRUPO DE INGRESOS						
Alto	18/61	61%	56%	44%	50%	50%
Mediano alto	12/55	83%	83%	83%	75%	75%
Mediano bajo	28/49	100%	100%	100%	100%	89%
Bajo	20/29	100%	100%	95%	95%	90%
TOTAL	78/194	88%	87%	83%	83%	78%

Fuente: Encuesta de la ICM.

Las matronas deben participar en la toma de decisiones de la SSRMNA en todos los niveles, entre ellos: el Ministerio de Salud, los centros de salud, las instituciones educativas, las autoridades encargadas de la regulación, los programas de investigación y los proyectos de desarrollo.

Asociación de Matronas

las partes interesadas —incluidos los alumnos, los proveedores de educación y los centros de salud—, así como una comunicación clara para reducir la confusión y la ansiedad (72).

A mediados de 2020, la ICM llevó a cabo una encuesta mundial sobre la Covid-19 a fin de determinar la función de las asociaciones de matronas en la respuesta al efecto que la pandemia tuvo en las matronas que representan. Para diciembre de 2020, más de la mitad de las asociaciones que forman parte de la ICM habían respondido. Estas informaron de elevados niveles de estrés y agotamiento entre las matronas, y la mayoría (70%) señaló que las matronas habían experimentado una falta o escasez de equipos de protección personal (EPP). Las asociaciones indicaron que las matronas afrontaron esta situación con ingenio y fabricaron sus propios EPP (43%), los compraron ellas mismas (53%) o improvisaron utilizando los recursos disponibles (48%). Algunas asociaciones comunicaron que las matronas reutilizaban los EPP de un solo



Una matrona lleva a cabo una revisión prenatal. © UNFPA Guinea.

Detectar y atender las necesidades de las matronas durante la pandemia de Covid-19 en América Latina y el Caribe

A principios de 2020, quedó patente que la Covid-19 tendría un gran efecto en los planes del UNFPA en favor del fortalecimiento de la partería. A fin de orientar su respuesta, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe llevó a cabo una encuesta en línea entre las matronas con el objetivo de analizar el efecto de la pandemia en su trabajo y determinar el apoyo que necesitaban para así adoptar una respuesta eficaz. Se recibieron más de 1.000 respuestas procedentes de 12 países. Más de la mitad de las personas encuestadas consideraban que no habían sido consultadas o tenidas en cuenta adecuadamente en los procesos de toma de decisiones de su lugar de trabajo, y que no había suficientes EPP.

El UNFPA elaboró una plantilla para documentar los cambios innovadores introducidos en la prestación de servicios e invitó a las presidencias de las asociaciones profesionales de partería a presentar resúmenes de sus prácticas utilizando dicha plantilla. En total, 23 matronas de 11 países compartieron sus ejemplos, entre los que se incluyen: el uso de tecnologías virtuales para mantener los servicios esenciales;

los esfuerzos multidisciplinarios (como la divulgación en las comunidades) en diversos entornos para satisfacer las necesidades de SSRMNA en un marco de derechos humanos; y el empoderamiento de las asociaciones de matronas y líderes de la partería para que colaboren con políticos y directivos de los servicios de salud.

Se celebraron videoconferencias entre dos y cuatro veces al mes con directivos de las asociaciones de matronas, personal del UNFPA y la representante regional de la ICM en América Latina. El programa incluía la puesta en común de estadísticas sobre infecciones y fallecimientos causados por la Covid-19. Las asociaciones que forman parte de la ICM en América Latina redactaron una declaración dirigida a los ministros de salud en la que se destacaron los riesgos a los que se enfrentan las madres, los recién nacidos y las familias durante la pandemia, así como la necesidad de EPP para las matronas (73).

Las restricciones relacionadas con la Covid-19 hicieron que fuera esencial encontrar nuevas formas de garantizar la continuidad de la educación y la formación en

partería. La Universidad de Chile lideró la elaboración y difusión de recursos en español para la educación continua (74, 75). Existe un repositorio de información sobre la Covid-19 que se actualiza regularmente e incluye protocolos, información epidemiológica y directrices nacionales, entre otros materiales diseñados para respaldar el trabajo de las matronas (76). La Oficina Subregional del UNFPA para el Caribe otorgó una donación a las asociaciones regionales de matronas del Caribe para llevar a cabo actividades, como la creación de un programa virtual de desarrollo profesional continuo (77). Los temas, elegidos en consulta con las matronas, fueron los siguientes: la salud mental de las matronas y las madres; la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la Covid-19; la prevención y el control de infecciones en el marco de la Covid-19; y la atención materna respetuosa en el marco de la Covid-19.

Contribución de Alma Virginia Camacho-Hübner (Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe).

uso (30%), trabajaban sin ellos (26%) o simplemente no acudían a trabajar (7%).

Más de la mitad (54%) de las asociaciones encuestadas informaron de que, en sus países, se habían cerrado los centros de educación en partería; el 90% de los cursos pasaron a impartirse en línea; y el 25%, en grupos reducidos. Solo el 50% de estas asociaciones consideró que los alumnos tenían acceso a zonas de práctica o a prácticas clínicas en algunos períodos, mientras que el 25% no tuvo acceso a ellas. Casi dos tercios (61%) de las asociaciones que presentaron datos notificaron retrasos en la finalización de los estudios de partería.

Uno de los efectos más positivos de la Covid-19, según lo constatado, fue la mejora de la colaboración entre los profesionales de la salud. De las

asociaciones que respondieron a esta pregunta, el 90% informó de colaboraciones reforzadas y positivas entre los profesionales sanitarios, que aunaron fuerzas de diferentes maneras para ayudarse mutuamente; entre ellos se encuentran obstetras, pediatras, especialistas en control de infecciones, enfermeras y, en algunos casos, los servicios médicos de las unidades de defensa.

Las matronas de muchos países han realizado esfuerzos específicos a fin de hacer frente a las dificultades que ha ocasionado la Covid-19 en ellos. En el recuadro 3.4, se describe la labor llevada a cabo en una región del UNFPA para comprender plenamente la evolución de las necesidades de las matronas a medida que siguen trabajando para hacer frente a esta pandemia. En el recuadro 3.5, se destaca el papel clave que desempeñaron las jóvenes matronas líderes en Malawi y Namibia.

Contribución de las matronas a las respuestas nacionales ante la Covid-19 en Malawi y Namibia

Tres participantes en el programa Jóvenes Matronas y Matronas Líderes de la ICM compartieron sus experiencias sobre el fortalecimiento de la respuesta de sus países a la pandemia de Covid-19. En Malawi, una matrona líder llevó a cabo un análisis de la situación para evaluar la forma en que la pandemia estaba afectando a las matronas y su trabajo, y diseñó respuestas para abordar los problemas detectados. En Namibia, una líder contribuyó a la redacción de políticas y directrices nacionales sobre la atención a mujeres con Covid-19 durante el embarazo, el parto y el período posnatal; y otra líder participó en el comité nacional de prevención y control de infecciones.

Las experiencias de las tres matronas líderes constataron lo siguiente:

Las consultas con trabajadores de SSRMNA de primera línea mejoran la toma de decisiones.

Las personas que trabajan directamente con los usuarios de los servicios aportan una

perspectiva vital al proceso de toma de decisiones. A menudo, se subestima su contribución debido a la percepción de que los trabajadores sanitarios carecen de aptitudes en materia de planificación y organización. No obstante, sus aportaciones pueden evitar la toma de decisiones inadecuadas. Por ejemplo, lograron impedir que una unidad de cuidados intensivos neonatales se convirtiera en un centro para tratar la Covid-19 y que se reubicara más lejos de la sala de partos; y concienciaron sobre la escasez nacional de pinzas para el cordón umbilical, provocada por el desvío de recursos a la lucha contra la Covid-19, lo que pone en riesgo la vida de los recién nacidos.

Las matronas aportan una perspectiva única. El ímpetu y la pasión de las matronas están relacionados específicamente con la SSRMNA, por lo que su participación en las instancias superiores ayuda a garantizar que no se descuiden las necesidades de los usuarios y proveedores

de servicios de SSRMNA en la respuesta a la Covid-19. Ejemplos de ello son garantizar que los suministros de EPP se asignen de forma equitativa entre los centros de salud y dentro de ellos; y reconocer el miedo que sienten las matronas que trabajan en los centros de salud y utilizarlo para elaborar directrices claras que proporcionen seguridad.

El establecimiento de redes de contactos entre profesionales permite a las matronas participar en la toma de decisiones.

Al principio, no se invitó a ninguna matrona a contribuir en la respuesta de Malawi y Namibia a la Covid-19. El apoyo que recibieron de la ICM y de sus mentores a través del programa Jóvenes Matronas y Matronas Líderes empoderó a estas tres mujeres para dar un paso al frente y garantizar que se tuvieran en cuenta las opiniones de las matronas.

Contribución de Sylvia Hamata, Tekla Shiindi-Mbidi y Luseshelo Simwinga, con el apoyo de Ann Yates (ICM).



Luseshelo trabajando en Blantyre (Malawi). © White Ribbon Alliance.

LA NECESIDAD Y LA DISPONIBILIDAD DE MATRONAS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SSRMNA

En este capítulo, se evalúa el estado de los profesionales de SSRMNA en el mundo en 2019 y se utiliza la modelización para prever cómo podría cambiar la situación de aquí a 2030. La composición del personal de SSRMNA es diversa: los distintos países utilizan diferentes denominaciones para describir los trabajos, y las funciones y responsabilidades de una profesión pueden diferir entre los países que utilizan la misma denominación. Esta variación en la clasificación y la nomenclatura frustra los esfuerzos encaminados a llevar a cabo una labor de seguimiento y análisis nacional y mundial. Por ejemplo, no en todos los países o idiomas se hace una distinción clara entre las matronas y otros grupos ocupacionales —como las enfermeras, obstetras y los profesionales que asisten en partos tradicionales—, y el ámbito de práctica de las matronas no es el mismo en todos los países. En un estudio reciente, se constató que en países de ingreso bajo y mediano se utilizan 102 denominaciones distintas para describir a los trabajadores sanitarios que prestan asistencia durante los partos (78). Del mismo modo, no todos los países se adhieren a la definición de 2018 de personal sanitario cualificado que presta asistencia durante el parto (79).

Los datos que se muestran en este capítulo proceden principalmente de las CNPS (a diciembre de 2020), tal y como se describe en el capítulo 1 y en los apéndices web 1, 2 y 3. Además de las matronas, el análisis de este capítulo incluye a otros profesionales de SSRMNA, en reconocimiento del hecho de que es necesario un equipo interdisciplinar para satisfacer las necesidades de SSRMNA de todas las mujeres, recién nacidos y adolescentes.

Disponibilidad de datos

Los 194 Estados miembros de la OMS reunían las condiciones necesarias para aparecer en el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*, y todos presentaron como mínimo un conjunto de datos que se incluye en el presente documento. La planificación eficaz del personal depende de la disponibilidad de datos de alta calidad relativos tanto a la fuerza de trabajo como a los recursos conexos. La recopilación

rutinaria de un conjunto mínimo de datos es fundamental (en *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* se enumeraron diez conjuntos de datos esenciales [24]); no obstante, ningún país facilitó todos estos datos para todos los grupos ocupacionales de la SSRMNA. En el recuadro 4.1, se describen los desafíos que plantea la recopilación de datos sobre el personal y cómo se están abordando en una región de la OMS.

Las CNPS ofrecieron una buena disponibilidad de recuentos del personal de partería, enfermería o medicina, y una disponibilidad razonablemente buena de las cifras de graduados en partería y enfermería. Más allá de esta información, la disponibilidad de datos fue limitada, lo que restringe la capacidad para realizar un análisis detallado. El análisis y las reseñas de países que lo acompañan se basan en gran medida en valores imputados, que son necesarios debido a los datos que faltan (véase el apéndice web 3).

El análisis de este capítulo utiliza tres conceptos clave para medir la disponibilidad y la accesibilidad del personal: el número de trabajadores sanitarios necesarios para prestar servicios esenciales

MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ Dada su composición y distribución actuales, el personal de SSRMNA de todo el mundo no puede satisfacer las necesidades mundiales de atención esencial de SSRMNA. Se observa una escasez de todos los profesionales que integran la SSRMNA, especialmente de matronas.
- ▶ Los mayores déficits se registran en los países de ingreso bajo, en particular en la región de la OMS de África.
- ▶ Al ritmo de progreso actual, de aquí a 2030 la situación solo habrá mejorado ligeramente, y la mayor parte de los avances se producirá en los países de ingreso mediano. Se prevé que la brecha entre los países de ingreso alto y los de ingreso bajo se agudice.

Los datos sobre las matronas se deben desglosar a fin de diferenciarlos de los datos sobre otros tipos de profesionales de la atención de la salud.

Asociación de Matronas

("necesidad"), la disponibilidad de trabajadores sanitarios ("oferta") y la capacidad de los países para emplearlos ("demanda"). Cada elemento del análisis se basa en un número diferente de países, a fin de reflejar los diversos niveles de disponibilidad de datos por indicador. Cada uno de los cuadros y gráficos muestra el número de países que presentaron informes; el apéndice web 4 refleja los países que comunicaron datos para cada uno de los elementos del análisis. Cuando el número de países que informaron sobre un determinado indicador es reducido, no se pueden extraer conclusiones definitivas. Asimismo, el análisis por región y grupo de ingresos puede ocultar variaciones dentro de

la región y del grupo de ingresos. Las reseñas de países presentan los datos de cada uno de ellos.

El Estado de las Matronas en el Mundo 2021 utiliza métodos de recopilación de datos distintos a los empleados en ediciones anteriores de la serie, y define los grupos ocupacionales de forma diferente. Por ejemplo, algunos países que antes informaban sobre matronas profesionales ahora indican que sus matronas son profesionales de nivel medio. **Aunque esto representa un avance en cuanto al reconocimiento de la importancia de definir los grupos ocupacionales de forma coherente, también implica que, en el caso de muchos países, los datos de *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* no deberían compararse directamente con los datos de los informes anteriores.**

La necesidad de profesionales de SSRMNA

En este informe, la **necesidad** de profesionales de SSRMNA se define como la cantidad de tiempo de profesionales de SSRMNA que se requeriría para lograr una cobertura universal de alta calidad de las intervenciones esenciales de SSRMNA enumeradas en el apéndice web 5 y extraídas de la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente* (9). En *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* se utilizó una definición similar, pero una lista diferente de intervenciones

RECUADRO 4.1

Los desafíos de la recopilación de datos y cómo se están abordando en Asia Sudoriental

El seguimiento de los avances en el desarrollo del personal sanitario puede suponer un desafío cuando solo se dispone de datos nacionales deficientes, y la recopilación de datos puede resultar una tarea onerosa para los países. Incluso antes de la pandemia de Covid-19, la capacidad de recopilación y cotejo de datos se encontraba desbordada en muchos países debido a las diversas necesidades existentes, lo que podía socavar la cantidad y la calidad de los datos comunicados a las CNPS.

En 2014, los Estados miembros de la región de la OMS de Asia Sudoriental se comprometieron a fortalecer el personal sanitario durante un decenio. El primer examen llevado a cabo en 2016 puso de manifiesto que la falta de indicadores normalizados y los datos incompletos suponían

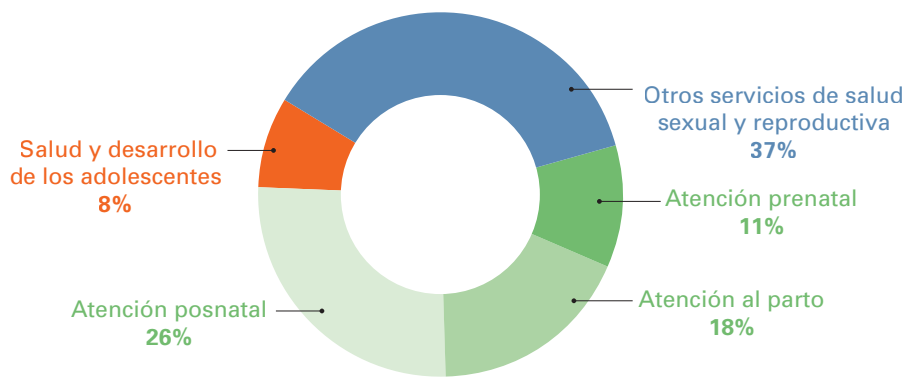
barreras considerables para informar sobre los avances. Por ejemplo, los datos de recuentos suelen proceder de los registros de los consejos de salud, que pueden diferir significativamente de otras fuentes de datos, como los censos o las encuestas de los centros de salud, que están diseñados para fines diferentes.

Teniendo en cuenta estos desafíos, los Estados miembros de la región acordaron establecer 14 indicadores prioritarios para informar a través de las CNPS y examinar los avances en 2018 (80). En la recopilación de datos para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y el presente informe, la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y las oficinas en los países se basaron en este enfoque y coordinaron todos

los departamentos para minimizar la duplicación de esfuerzos y agilizar las comunicaciones con los homólogos gubernamentales nacionales. En los países, los grupos de trabajo técnico, formados por los coordinadores de las CNPS y los representantes de diversas partes interesadas —como los consejos de salud y las instituciones educativas—, desempeñaron un papel fundamental a la hora de triangular diversas fuentes de datos y acordar datos uniformes para su presentación a las CNPS. Este proceso propició, de forma directa, una mayor implicación y una mejor utilización de los datos recopilados por los países.

Contribución de Masahiro Zakoji, Ai Tanimizu y Malin Bogren (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental).

GRÁFICO 4.1 Porcentaje de tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en cada etapa del continuo de la atención, 189 países, 2019



* Las necesidades de las adolescentes de 15 a 19 años se incluyen en las de las mujeres en edad reproductiva, por lo que la estimación para la salud y el desarrollo de los adolescentes abarca las necesidades de salud sexual y reproductiva de las niñas de 10 a 14 años y de los niños de 10 a 19 años.

Fuente: Estimaciones efectuadas para este informe.

esenciales. Esto también afecta a la comparabilidad entre *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* y *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*: la necesidad registrada en *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* es mayor debido a que en este informe se utiliza una lista más exhaustiva de intervenciones esenciales en la definición de necesidad.

A escala mundial, en 2019 se habrían necesitado 6.500 millones de horas de profesionales de SSRMNA para satisfacer todas las necesidades. Está previsto que esta cifra aumente hasta los 6.800 millones de horas de aquí a 2030. El gráfico 4.1 muestra que el 55% de las necesidades mundiales relativas al tiempo de profesionales sanitarios para dispensar atención esencial de SSRMNA corresponden a intervenciones de salud materna y neonatal (atención prenatal, posnatal y durante el parto); el 37% corresponden a otro tipo de intervenciones de salud sexual y reproductiva como, por ejemplo, asesoramiento, servicios anticonceptivos, asistencia integral del aborto, y detección y gestión de infecciones de transmisión sexual; y el 8% corresponden a intervenciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes. La cantidad de tiempo necesaria para la atención posnatal es más del doble de la que se necesita para la atención prenatal. Esto se debe principalmente a que dos personas necesitan atención posnatal: entre las primeras 24 y 48 horas después del parto, tanto las madres como los recién nacidos deben recibir intervenciones frecuentes, que llevan más tiempo que las visitas de atención prenatal. Además, algunas intervenciones esenciales de atención posnatal, aunque son menos comunes, requieren mucho tiempo como, por ejemplo, la atención a recién nacidos pequeños y enfermos y a mujeres con morbilidades importantes.

Los dos principales factores que impulsan la necesidad de profesionales de SSRMNA son el tamaño de la población y la tasa de fecundidad (81). Las variaciones de estos dos factores provocan que la necesidad de profesionales de SSRMNA sea relativamente alta en las regiones de Asia Sudoriental y África (1.600 millones y 1.500 millones de horas respectivamente en 2019). Las variaciones en las tasas de fecundidad también influyen en la combinación de habilidades que deben poseer los profesionales de SSRMNA: en entornos en los que hay una tasa de fecundidad elevada, el personal debe estar integrado por un mayor porcentaje de profesionales de SSRMNA que presenten las competencias necesarias para prestar atención de salud materna y neonatal.

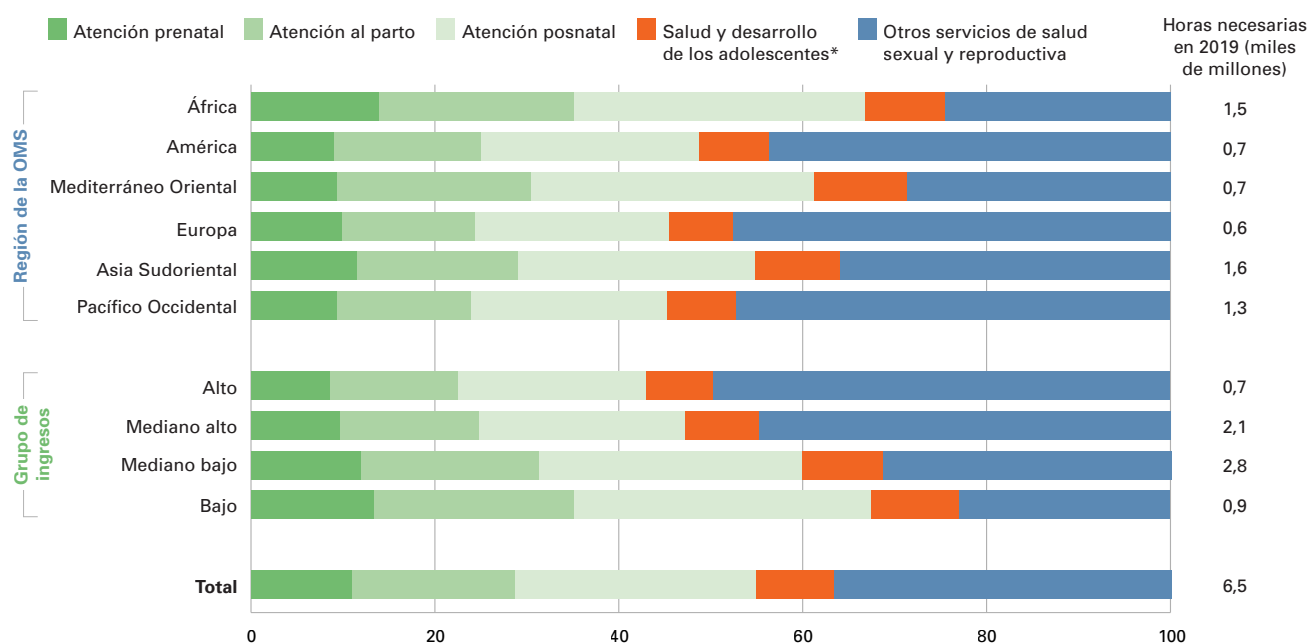
HALLAZGOS CLAVE

- ▶ A escala mundial, en 2019 se habrían necesitado 6.500 millones de horas de profesionales de SSRMNA para satisfacer todas las necesidades. Está previsto que esta cifra aumente hasta los 6.800 millones de horas de aquí a 2030.
- ▶ Poco más de la mitad (55%) de las necesidades mundiales relativas al tiempo de profesionales sanitarios para dispensar atención esencial de SSRMNA corresponden a intervenciones de salud materna y neonatal (atención prenatal, posnatal y durante el parto); el 37% corresponden a otro tipo de intervenciones de salud sexual y reproductiva como, por ejemplo, asesoramiento, servicios anticonceptivos, asistencia integral del aborto, y detección y gestión de infecciones de transmisión sexual; y el 8% corresponden a intervenciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Por ejemplo, en la región de África, más del 60% del tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en 2019 correspondía a intervenciones de salud materna y neonatal (representadas en el gráfico 4.2 mediante los segmentos verdes), en comparación con el 45% registrado en las regiones de Europa y el Pacífico

Occidental. En consecuencia, aunque en África el **porcentaje** de las necesidades correspondientes a “otro tipo de intervenciones de salud sexual y reproductiva” es relativamente reducido, sigue siendo necesaria una gran cantidad de horas: 375 millones de horas de la necesidad total de la región, que

GRÁFICO 4.2 Porcentaje de tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en cada etapa del continuo de la atención, 189 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019



* Las necesidades de las niñas de 15 a 19 años se incluyen en las de las mujeres en edad reproductiva, por lo que la estimación para la salud y el desarrollo de los adolescentes abarca las necesidades de salud sexual y reproductiva de las niñas de 10 a 14 años y de los niños de 10 a 19 años.

Fuente: Estimaciones efectuadas para este informe.

asciende a 1.500 millones de horas. En términos absolutos, esta cifra es similar a los 330 millones de horas necesarias en la región de las Américas, pero como allí la cantidad total de necesidades (750 millones de horas) es mucho menor que en África, 330 millones de horas supone un porcentaje más elevado del tiempo total necesario.

En los gráficos 4.1 y 4.2 se presentan estimaciones de la cantidad de tiempo de profesionales de SSRMNA **necesario** en cada etapa del continuo de la atención para lograr la cobertura universal, pero las cifras que se indican no representan la cantidad de tiempo que **realmente se dedica** a cada etapa. En muchos países, la cobertura de la atención posnatal es mucho menor que la de la atención prenatal (82). En esos países, es posible que los profesionales de SSRMNA dediquen más tiempo a la atención prenatal que a la posnatal, a pesar de que la cantidad de tiempo necesaria para la atención

posnatal es más elevada, lo que provoca una mayor necesidad insatisfecha de atención posnatal que de prenatal.

Si se dispusiera de una cantidad suficiente de matronas, que se formasen y regulasen de acuerdo con las normas internacionales y trabajasen en todo su ámbito de práctica como parte de un equipo integrado en un entorno propicio, estas podrían satisfacer alrededor del 90% de la necesidad mundial de intervenciones esenciales de SSRMNA (véanse los apéndices web 3 y 5).

Disponibilidad, composición y distribución del personal actual de SSRMNA

Los 192 países participantes comunicaron el número de profesionales de SSRMNA basándose en las definiciones de los grupos ocupacionales que figuran en el apéndice web 1. En el cuadro 4.1, se muestran las cifras totales facilitadas. Muy pocos

- ▶ Dada su composición y distribución actuales, el personal de SSRMNA de todo el mundo podría satisfacer el 75% de las necesidades mundiales de atención esencial de SSRMNA, pero en los países de ingreso bajo, solo podría satisfacer el 41% de las necesidades. Las posibilidades de satisfacer las necesidades son inferiores en las regiones de la OMS de África y el Mediterráneo Oriental.
- ▶ Si las matronas se formaran y regularan de acuerdo con las normas internacionales, podrían satisfacer alrededor del 90% de las necesidades mundiales de intervenciones esenciales de SSRMNA, pero solo representan el 8% del personal de SSRMNA.
- ▶ Existe una escasez mundial, en la relación con las necesidades, de 1,1 millones de trabajadores “dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes”. Esta cifra total representa la escasez de todo tipo de profesionales de SSRMNA, si bien la más acuciante corresponde a las matronas y al personal general de partería.
- ▶ Entre los factores que impiden que el personal satisfaga íntegramente las necesidades se encuentran: el insuficiente número, las ineficientes habilidades observadas, la desigual distribución, la deficiente calidad de la educación y la formación (incluidas la supervisión y la mentoría) y la insatisfactoria calidad de la regulación; todos ellos dan lugar a una atención de baja calidad (en la que incluso se producen faltas de respeto y malos tratos) y a malos resultados en materia de SSRMNA.
- ▶ La Covid-19 ha reducido la disponibilidad de personal. Se debe otorgar prioridad al acceso a los servicios de SSRMNA, los cuales se deben prestar en un entorno seguro, a pesar de la pandemia. Los profesionales de SSRMNA requieren protección ante la infección y apoyo para hacer frente al estrés y el trauma, además de soluciones creativas e innovadoras para hacer frente a las dificultades que supone prestar servicios e impartir educación de gran calidad.

CUADRO 4.1

Número (en miles) de profesionales de SSRMNA en 192 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)

Grupo ocupacional	Número de países que presentaron datos	Número de trabajadores notificados (en miles)
Profesionales de partería	77	650,9
Profesionales de nivel medio de partería	22	477,3
Matronas sin definición adicional	68	420,9
Profesionales de enfermería	144	19 766,5
Profesionales de nivel medio de enfermería	93	5 317,9
Enfermeras sin definición adicional	56	2 386,2
Obstetras y ginecólogos	191	532,7
Profesionales de la pediatría	185	537,5
Médicos generales	190	4 109,9
Practicantes paramédicos	40	345,0
Asistentes médicos	18	104,7
Trabajadores comunitarios de la salud	43	1.950,9

Nota: Muchos países presentaron un recuento total de todos los médicos, sin proporcionar recuentos por especialidad (por ejemplo, obstetricia, pediatría). En el caso de estos países, se han formulado hipótesis sobre la proporción de médicos en cada uno de los tres grupos ocupacionales de médicos de este cuadro (véase el apéndice web 3).

Fuente: CNPS, actualización de 2020.

países comunicaron recuentos de todos los grupos ocupacionales de SSRMNA³. En particular, pocos países proporcionaron recuentos de practicantes paramédicos, asistentes médicos y trabajadores comunitarios de la salud. Por este motivo, en este

capítulo no se incluye un análisis de estos tres grupos ocupacionales, pero se muestran en las reseñas de países individuales y se tienen en cuenta a la hora de estimar el potencial del personal de SSRMNA para satisfacer las necesidades.

3 Un número reducido de países que presentan informes no indica necesariamente que falten datos: no se espera que todos los países informen sobre todos los grupos ocupacionales. Es posible que en algunos países un determinado grupo ocupacional no forme parte de su personal sanitario.

No todos los países contemplan el grupo ocupacional sanitario “matronas”. Algunos recurren a enfermeras con formación adicional y especializada en partería. A fin de reflejar esta heterogeneidad en las ocupaciones implicadas en la atención de partería, en *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* se utiliza el término “personal general de partería”, que incluye a las enfermeras con formación en partería, a veces llamadas “enfermeras matronas”. La agrupación de estas enfermeras con las matronas no implica que todas las personas que forman este grupo trabajen como matronas: simplemente significa que han recibido un nivel de educación o formación en partería que las capacita para ejercer como parte del personal general de partería en su país. Los datos disponibles no indican cuántas de ellas trabajan como matronas, cuántas como enfermeras y cuántas como ambas.

El resto de los análisis de este capítulo utilizan los siguientes grupos de profesionales de SSRMNA:

Personal general de partería: incluye a todas las matronas profesionales y profesionales de nivel

medio, a las “matronas sin definición adicional” y a las enfermeras (profesionales o de nivel medio) con formación en partería —en adelante, denominadas “enfermeras matronas”—.

Personal de enfermería, excluido aquel que cuenta con formación en partería: incluye a todas las enfermeras profesionales y profesionales de nivel medio y a las “enfermeras sin definición adicional”, y excluye a las enfermeras con formación en partería.

Personal médico de SSRMNA: incluye a médicos generales, obstetras, ginecólogos y pediatras.

Disponibilidad actual del personal general de partería

Se dispone de recuentos del personal general de partería de 160 países. Los datos de estos países indican que el personal general de partería suma 1,9 millones de personas, lo que supone un promedio de densidad de 4,4 por cada 10.000 habitantes (cuadro 4.2). La densidad es relativamente alta

CUADRO 4.2

Tamaño (en miles) y densidad del personal general de partería en 160 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)

	Número de países que indican recuento/todos los Estados miembros de la OMS	Tamaño del personal general de partería* en miles (porcentaje del total mundial)	Densidad por cada 10.000 habitantes**
REGIÓN DE LA OMS			
África	37/47 (79%)	259 (14%)	2,6
Américas	23/35 (66%)	160 (8%)	1,9
Mediterráneo Oriental	15/21 (71%)	175 (9%)	3,2
Europa	52/53 (98%)	424 (22%)	4,6
Asia Sudoriental	8/11 (73%)	588 (31%)	10,4
Pacífico Occidental	25/27 (93%)	289 (15%)	5,9
GRUPO DE INGRESOS			
Alto	55/61 (90%)	435 (23%)	3,7
Mediano alto	42/55 (76%)	795 (42%)	6,5
Mediano bajo	37/49 (76%)	566 (30%)	4,3
Bajo	26/29 (90%)	98 (5%)	1,6
TOTAL	160/194 (82%)	1.894 (100%)	4,4

* Incluye a profesionales de partería, profesionales de nivel medio de partería, enfermeras matronas, enfermeras matronas de nivel medio, y matronas sin definición adicional.

** Recuento total en todos los países de una región o grupo de ingresos, expresado como proporción de la población total de la región o el grupo de ingresos.

Notas: Indonesia y los Estados Unidos repercuten sustancialmente en los valores regionales y de los grupos de ingresos correspondientes a la densidad. Sin contar Indonesia, la densidad de Asia Sudoriental es de 4,6; y de 3,6 en el caso de los países de ingreso mediano alto. Sin contar los Estados Unidos de América, la densidad en la región de las Américas es de 2,8; y de 4,9 en el caso de los países de ingreso mediano alto. Si se excluyen ambos países, el promedio mundial es de 3,8 por cada 10.000 habitantes.

Fuente: CNPS, actualización de 2020.

en la región del Pacífico Occidental (5,9 por cada 10.000 habitantes). Este valor es mayor en los países de ingreso altos y mediano que en los de ingreso bajo. Más de la mitad del personal general de partería se encuentra en las regiones de Asia Sudoriental y Europa, con una densidad de 10,4 y 4,6 por cada 10.000 habitantes respectivamente. Los promedios de algunos grupos regionales y de ingresos se hallan distorsionados debido a la gran densidad de población de algunos países, que registran valores atípicos. Entre estos, cabe destacar el caso de Indonesia —que presenta un número muy alto de profesionales de nivel medio de partería— y los Estados Unidos de América —que registra un número muy reducido de personal general de partería—. Las notas que acompañan al cuadro 4.2 exponen el resultado cuando se excluye a ambos países de los promedios mundiales, regionales y de grupo de ingresos.

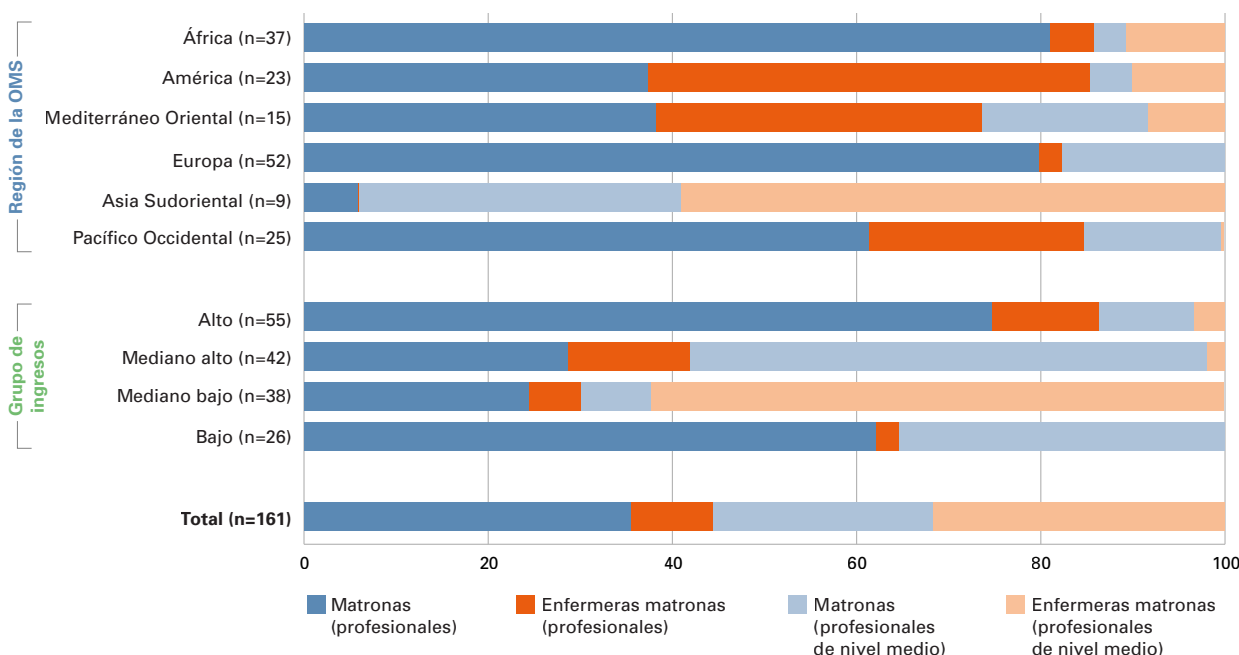
Las cifras del cuadro 4.2 no se pueden comparar directamente con las indicadas en informes anteriores de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*, ya que los datos del presente informe se basan en un conjunto muy superior y mucho más diverso de países, y se utilizó un método de recopilación diferente. Por tales motivos, se ha de aplicar cautela a la hora de extraer conclusiones sobre los cambios a lo largo del tiempo. Por ejemplo, de los 56 países de ingreso bajo y mediano que figuran en el informe

El Estado de las Matronas en el Mundo 2021 y en un informe anterior de la serie, 24 presentan una trayectoria ascendente clara en relación con la densidad del personal general de partería; 16, una trayectoria descendente clara; 3 no presentaban cambios; y en 13 no se observaba un patrón obvio.

Del 1,9 millón de miembros del personal general de partería en los países que han presentado datos, 651.000 (34%) están categorizados como profesionales de partería; 477.000 (25%) como profesionales de nivel medio de partería; 421.000 (22%) como “matronas sin definición adicional”; 285.000 (15%) como enfermeras matronas; y 60.000 (3%) como enfermeras matronas de nivel medio. Antes de 2019, no era posible introducir datos en las CNPS sobre las enfermeras matronas como grupo específico, pero ahora se puede especificar como subconjunto del grupo de enfermeras. Es probable que los países que presentan informes correspondientes a años anteriores a 2019 hayan contado este grupo como enfermeras, por lo que el número de enfermeras matronas puede ser mayor del indicado en este informe.

Es motivo de preocupación el gran número de “matronas sin definición”, ya que se desconocen sus competencias. A efectos del análisis, se reclasificaron como profesionales o profesionales

GRÁFICO 4.3 Porcentaje del personal general de partería en cada grupo ocupacional en 161 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)



Nota: Este gráfico incluye la India, mientras que el cuadro 4.2 no. Esto obedece a que, como parte del proceso de reclasificación descrito en el apéndice web 3, algunas enfermeras profesionales de nivel medio de la India fueron reclasificadas como enfermeras matronas de nivel medio.

Fuente: CNPS, actualización de 2020, ajustada a fin de compensar el gran número de “matronas sin definición”.

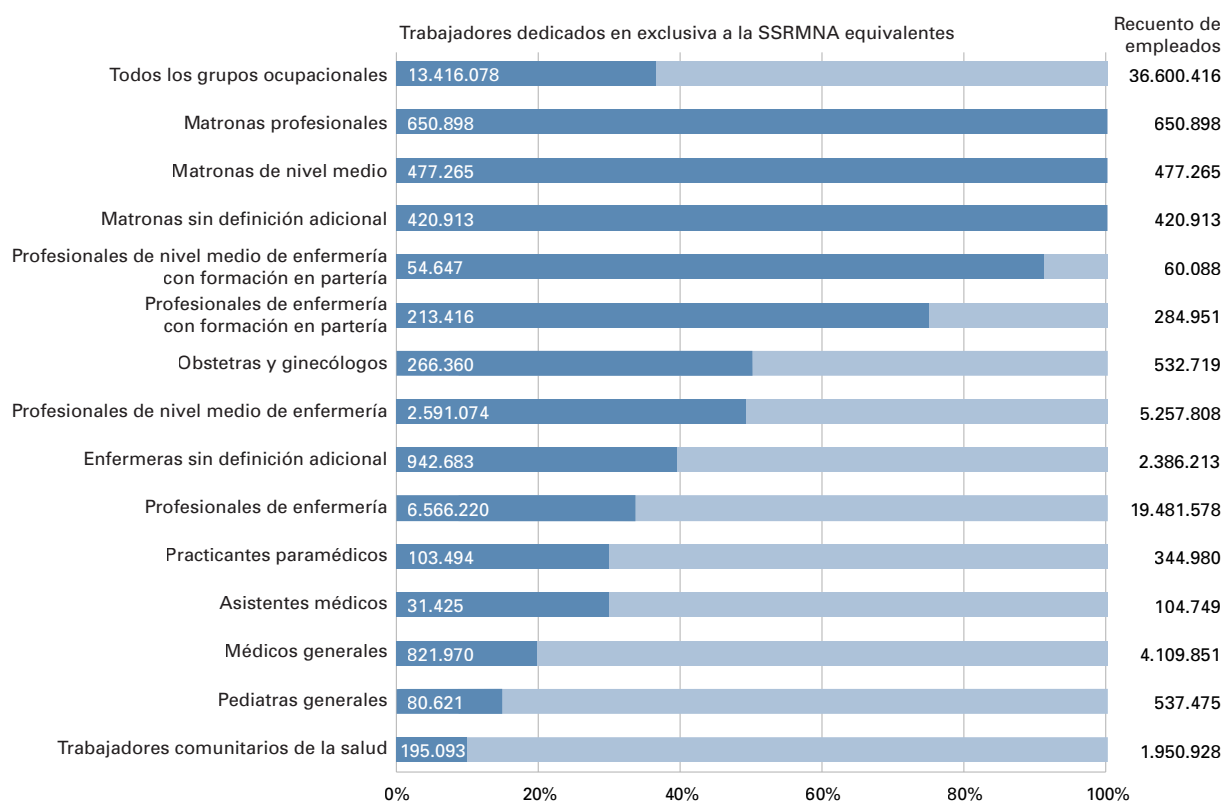
de nivel medio, en función de factores como la duración de la educación y los patrones previos en materia de presentación de informes (véase el apéndice web 3 para obtener más detalles). Según estas cifras derivadas de la reclasificación, en el gráfico 4.3 se observa que la región de Asia Sudoriental es la única con más profesionales de nivel medio que profesionales. La numerosa población de esta región tiene un efecto pronunciado en el total mundial, donde el número de profesionales de nivel medio es ligeramente mayor que el de profesionales, aunque en todas las demás regiones hay más profesionales que profesionales de nivel medio. África y Europa registran los porcentajes más elevados de matronas; mientras que la región de las Américas tiene el más alto de enfermeras matronas. El personal general de partería en países de ingreso alto se compone fundamentalmente de profesionales, lo que también es verdad, si bien en menor medida, en el caso de los países de ingreso bajo. En los países de ingreso mediano, los profesionales de nivel medio representan la mayoría.

Disponibilidad actual de otros trabajadores de SSRMNA

Como sucede con todos los profesionales de la salud, el personal de SSRMNA es más eficaz cuando trabaja en un sistema de salud o ámbito laboral propicios en los que cada miembro ejerce plenamente su profesión, de modo que el equipo posee en conjunto todas las competencias requeridas para ofrecer atención de SSRMNA respetuosa y de gran calidad (79). Por tanto, la disponibilidad del personal general de partería debe considerarse en el contexto de la disponibilidad de otros trabajadores clave de SSRMNA.

En el apéndice web 1, se puede consultar un análisis del tamaño y la densidad del personal de enfermería (sin contar las enfermeras matronas) y del personal médico de SSRMNA. Además de estos indicadores, es importante considerar la cantidad del tiempo en clínica de cada grupo ocupacional disponible para la atención de la SSRMNA: sería una imprecisión asumir que todos los trabajadores de SSRMNA dedican todo su tiempo laboral disponible a este tipo de servicios.

GRÁFICO 4.4 Personal de SSRMNA: número de empleados frente a trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes en 192 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)



Nota: Las categorías de "profesionales de enfermería" y "profesionales de nivel medio de enfermería" excluyen al personal de enfermería con capacitación de matronas, que se muestra por separado.

Fuente: recuentos de las CNPS, actualización de 2020. Cifras de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes derivadas de los recuentos, y porcentaje estimado de tiempo dedicado a la SSRMNA.

Para abordar esta cuestión, el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* utiliza el concepto de trabajadores “dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes”. Este valor se ha calculado utilizando estimaciones del porcentaje medio de tiempo de contacto clínico que cada grupo ocupacional dedica a la SSRMNA (apéndice web 3).

El efecto del ajuste de los trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes se ilustra en el gráfico 4.4: este personal suma 13,4 millones —es decir, el 37% de los 36,6 millones indicados—. Lo ideal es que el cálculo de los trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes tuviera en cuenta también el trabajo a tiempo parcial y el porcentaje de trabajadores sanitarios que desempeñan funciones clínicas. Las cifras de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes para los países con tasas altas de trabajo a tiempo parcial o gran número de trabajadores sanitarios que desempeñan funciones no clínicas darán pie a la sobrestimación de la cantidad de tiempo



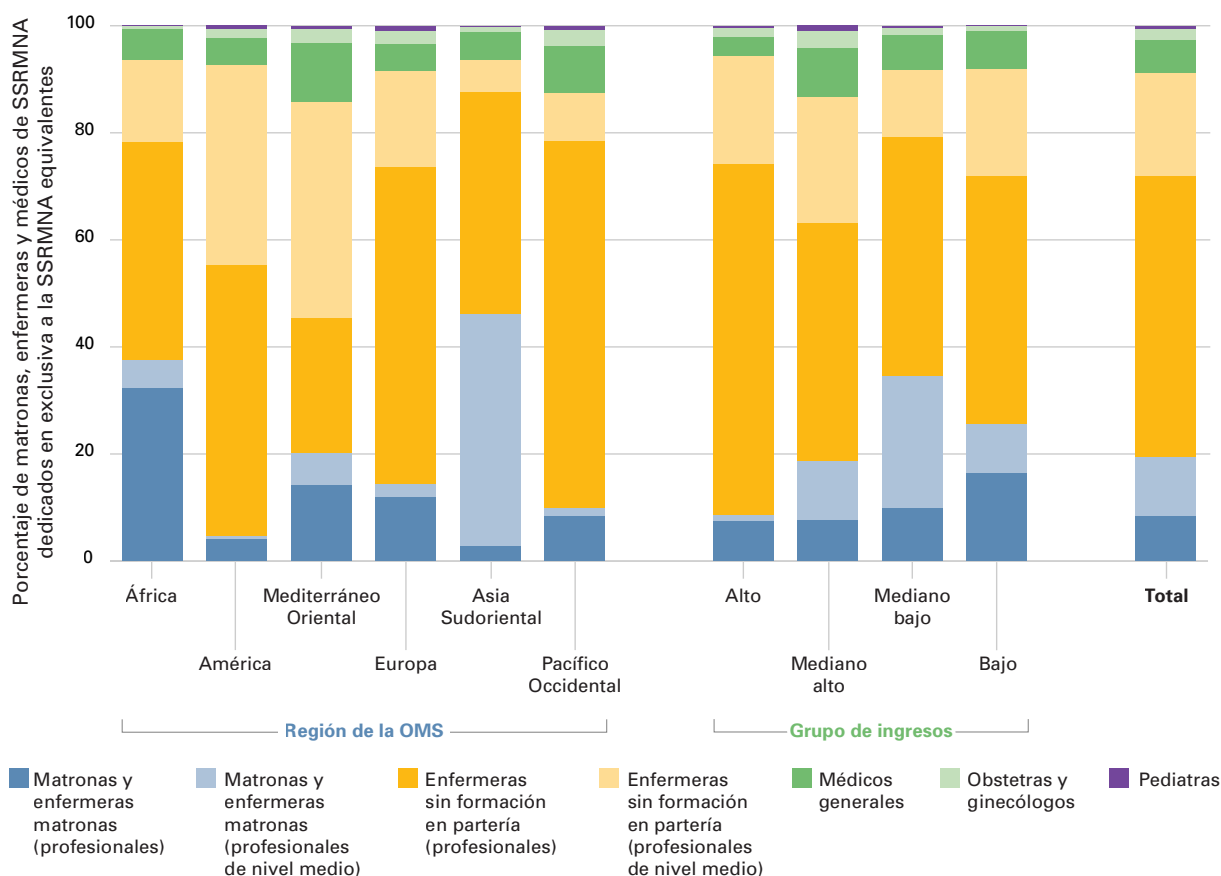
Ecografía en el Centro Urbano de Atención Primaria de la Salud de Lakshmpuram, Vellore (India). © Gates Archive/Mansi Midha.

de profesionales de SSRMNA disponible para la ejecución de este tipo de intervenciones.

Composición del personal de SSRMNA

El gráfico 4.5 muestra la composición del personal de SSRMNA por principales grupos ocupacionales en los 192 países que presentaron datos, en total y por región de la OMS y grupo

GRÁFICO 4.5 Composición del personal de partería, enfermería y medicina de SSRMNA, en 192 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)



Fuente: recuentos de las CNPS, actualización de 2020. Cifras de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes derivadas de los recuentos, y porcentaje estimado de tiempo dedicado a la SSRMNA.

Las matronas deben ser miembros integrales del equipo a todos los niveles del sistema de salud.

Asociación de Matronas

de ingresos del Banco Mundial. Debido a la falta de datos, estos gráficos excluyen a los trabajadores de SSRMNA que no forman parte del personal de partería, enfermería o medicina.

Por número de personal, el 77% de trabajadores en los tres tipos de ocupación clave de SSRMNA son enfermeras sin formación en materia de partería, el 15% son médicos de SSRMNA, y el 8% son miembros del personal general de partería. Por trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes, el 72% son enfermeras sin formación en partería; el 19% son miembros del personal general de partería; y el 9% son médicos de SSRMNA, aunque se observan variaciones por región y grupo de ingresos. El personal general de partería representa un porcentaje relativamente grande del personal dedicado en exclusiva a la SSRMNA equivalente en África y Asia Sudoriental, que está compuesto en su mayoría por profesionales en África, y profesionales de nivel medio en Asia Sudoriental. En la región del Mediterráneo Oriental, el personal médico de SSRMNA constituye un porcentaje relativamente amplio del personal dedicado en exclusiva a la SSRMNA equivalente. El personal general de partería representa un porcentaje relativamente grande del total en los países de ingreso mediano bajo y bajo.

Si bien prácticamente todos los países indicaron el número de personal médico y de enfermería, solo 160 mencionaron el del personal general de partería. Esto puede deberse a que los 34 países restantes no tienen matronas, o a que no registraron el número de matronas. En este último caso, el personal general de partería representará un porcentaje mayor de la fuerza de trabajo total de SSRMNA que lo expuesto en el gráfico. Esta cuestión podría afectar a la región del Pacífico Occidental

más que a otras, ya que se incluye el personal de enfermería y el personal médico de SSRMNA de China, que no facilitó un recuento de las matronas.

Potencial del personal de SSRMNA para satisfacer la necesidad de intervenciones esenciales

Las reseñas de países muestran la "necesidad satisfecha potencial": la medida en que el suministro de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes es lo bastante grande y tiene la combinación de destrezas apropiadas para satisfacer la necesidad de intervenciones esenciales de SSRMNA. Teniendo en cuenta las características demográficas y epidemiológicas de cada país, mediante el valor de la necesidad satisfecha potencial se estima el porcentaje máximo de la necesidad de intervenciones esenciales de SSRMNA que podría satisfacerse con el personal actual, *si contara con educación adecuada, estuviera distribuido equitativamente y trabajara en un ámbito propicio* (y por tanto fuera capaz de ofrecer atención de alta calidad). El ámbito propicio supone que los trabajadores de SSRMNA pueden ejercer plenamente su profesión; son responsables de la adopción de decisiones de manera independiente dentro del procedimiento operativo estándar regulado; trabajan dentro de una infraestructura de salud funcional con recursos humanos, equipos y suministros adecuados; disponen de acceso a procesos de consulta, colaboración y derivación oportunos y respetuosos; gozan de seguridad y no se encuentran en situación de riesgo de sufrir daños físicos y emocionales; y reciben una compensación equitativa, lo que incluye los aspectos salariales y las condiciones de trabajo.

Cuando las limitaciones impiden el funcionamiento del personal a su máximo potencial (p. ej., infraestructura deficiente, cadenas de suministro ineficaces, absentismo elevado, educación de mala calidad, desigualdad en la distribución geográfica), el grado real de necesidad satisfecha será menor al indicado en la estimación de la necesidad satisfecha potencial.

Las estimaciones de la necesidad satisfecha potencial se basan en los supuestos relativos al tiempo en clínica necesario para lograr la cobertura universal de las intervenciones esenciales de SSRMNA (apéndice web 5), y a qué grupos ocupacionales de SSRMNA debe competir la ejecución de las distintas intervenciones esenciales (apéndice web 6). A tal fin, fue necesario asignar a las matronas y enfermeras "sin definición adicional" al grupo ocupacional de profesionales o al de profesionales de nivel medio, de acuerdo con las reglas establecidas en el apéndice web 3.

Las estimaciones sobre la necesidad satisfecha potencial de cada país se muestran en las reseñas de países de los 157 países con datos sobre el número de empleados en las CNPS correspondientes

a los tres grupos ocupacionales clave de SSRMNA: personal general de partería, personal de enfermería sin capacitación en materia de partería, y personal de medicina de SSRMNA. El cuadro 4.3 muestra los promedios regionales y de grupo de ingresos de estos países. El valor de la necesidad satisfecha potencial global para Europa y las Américas se sitúa cerca del 100%, mientras que para África es solo del 51%. Se revela un patrón claro por grupo de ingresos: si bien el personal de SSRMNA podría satisfacer el 99% de la necesidad en los países de ingreso alto, en los países de ingreso bajo el personal actual solo podría satisfacer el 41% de la necesidad.

Un valor de necesidad satisfecha potencial bajo indica que el personal de SSRMNA es demasiado reducido o su composición no es la adecuada para satisfacer la necesidad. Por el contrario, un valor alto apunta a una fuerza de trabajo lo suficientemente numerosa como para satisfacer la necesidad, aunque no indica necesariamente que su composición sea la óptima. Por ejemplo, es posible que un país con muchas matronas obtenga

el mismo valor de necesidad satisfecha potencial que un país con muchos médicos, porque se asigna el tiempo requerido para ejecutar las intervenciones a los grupos ocupacionales competentes disponibles. De este modo, si el personal incluye pocas matronas o ninguna, el tiempo requerido para intervenciones que podría llevar a cabo una matrona se asigna a las enfermeras o médicos disponibles. Cabe argumentar, no obstante, que resulta caro e ineficiente asignar médicos de manera habitual a tareas que pueden realizar otros grupos ocupacionales competentes. Asimismo, si las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes no tienen la opción de consultar con una matrona, se ven privados de un planteamiento de atención único —el proporcionado por las matronas—.

En consecuencia, es importante evaluar con espíritu crítico la **composición** del personal de los servicios de SSRMNA, además de su **tamaño** general. A tal fin, las reseñas de países estiman también el número de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes requeridos para lograr

CUADRO 4.3

Estimaciones de la necesidad satisfecha potencial en 157 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)

	Número de países que indican recuento/todos los Estados miembros de la OMS	Estimación de la necesidad satisfecha potencial	
		Media*	Rango**
REGIÓN DE LA OMS			
África	36/47 (77%)	51%	8% - 100%
Américas	23/35 (66%)	95%	27% - 100%
Mediterráneo Oriental	15/21 (71%)	69%	7% - 100%
Europa	49/53 (92%)	98%	74% - 100%
Asia Sudoriental	9/11 (82%)	78%	57% - 100%
Pacífico Occidental	25/27 (93%)	87%	32% - 100%
GRUPO DE INGRESOS			
Alto	52/61 (85%)	99%	95% - 100%
Mediano alto	42/55 (76%)	91%	56% - 100%
Mediano bajo	37/49 (76%)	73%	30% - 100%
Bajo	26/29 (90%)	41%	7% - 100%
TOTAL	157/194 (81%)	75%	7% - 100%

* La cantidad total de tiempo de profesionales de SSRMNA necesario en países en ese grupo dividido entre la cantidad total de tiempo asignado en esos países (es decir, una media ponderada). Por tanto, si un país tuvo más tiempo disponible del necesario, se excluyó su "exceso" de tiempo de las estimaciones regionales, mundiales y de grupo de ingresos.

** Esta columna muestra la estimación más baja y más alta correspondiente a los países individuales en ese grupo (en cada grupo hay como mínimo un país con un valor del 100%).

Fuente: recuentos de las CNPS, actualización de 2020. La necesidad satisfecha potencial se estimó mediante el método descrito en el apéndice web 3.

una necesidad satisfecha potencial del 100%. Estas estimaciones se basan en la asignación de tareas al grupo ocupacional **preferido**. El grupo preferido se seleccionó en función de las competencias que debía tener si contara con la educación y regulación adecuadas (véase el apéndice web 6). Las tareas se asignan a los médicos en última instancia, partiendo de la premisa de que los médicos (de educación y empleo relativamente caro, y necesarios solo cuando está indicada una intervención médica) deben ser el grupo ocupacional preferido solo cuando no haya ningún otro grupo ocupacional competente para realizar la tarea. Si la estimación de la necesidad satisfecha potencial es alta pero los números "requeridos" difieren en gran medida de los "previstos" dentro de un grupo ocupacional, esto puede ser señal de una composición subóptima del personal de SSRMNA.

La asignación de intervenciones a los grupos ocupacionales preferidos permite estimar la escasez en relación con las necesidades de los distintos grupos ocupacionales de SSRMNA (apéndice web 3). Este análisis se basa en los 157 países con datos sobre el personal general de partería, el personal de enfermería (salvo el formado en partería), y el personal de medicina de SSRMNA. Aunque no se registra escasez en todos los países, los que la presentan suman una **escasez total en relación con las necesidades de 1,1 millones de matronas, enfermeras y médicos de SSRMNA dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes, de los que 0,9 millones son matronas o enfermeras matronas**. La escasez

más pronunciada se registra en la región de la OMS de África, que representa el 56% de la escasez total. La mayor parte de los casos de escasez restantes se dan en las regiones del Mediterráneo Oriental y las Américas.

Efecto de la Covid-19 en la disponibilidad de trabajadores de SSRMNA

Los datos sobre el número de personal indicados arriba son anteriores a la pandemia de Covid-19, cuya repercusión en la disponibilidad de trabajadores de SSRMNA se está evaluando todavía. Algunos efectos serán temporales: por ejemplo, una encuesta reciente de la OMS señala que muchas interrupciones en los servicios de SSRMNA se debieron a la redistribución de personal asociada a la respuesta de socorro durante la pandemia (83), y hay pruebas de que, en ocasiones, esto obedecía a que la atención de la SSRMNA no se considera esencial (84). Con el propósito de hacer frente a estas repercusiones temporales, la OMS publicó directrices provisionales sobre las políticas y la gestión del personal sanitario en el contexto de la Covid-19 (85). Es probable que la pandemia tenga también un efecto duradero en la disponibilidad de trabajadores sanitarios. Aunque debido a la falta de mecanismos oficiales de presentación de informes muchos países carecen de datos sólidos sobre el número de trabajadores sanitarios que se han infectado, los datos que se han ido recopilando recientemente apuntan a que se exponen a un mayor riesgo de infección (86, 87). En las etapas iniciales de la pandemia, la escasez de EPP puede haber contribuido a este riesgo mayor.



Enfermeras y matronas en la clínica prenatal del Hospital de Lautoka (Fiji). © Felicity Copeland.

Aún hay muchas preguntas sin respuesta, pero se sabe que han muerto miles de trabajadores sanitarios (88-90). Además, la mayoría de asociaciones nacionales de enfermería (80%) han recibido informes sobre casos de malestar emocional entre los profesionales de enfermería que trabajan en la respuesta a la Covid-19, lo que ha generado preocupación por el agotamiento y el trauma que afrontan (90). En muchos países, se han registrado casos de estrés laboral exacerbado por el mal trato y la estigmatización por parte del público (91). Hay indicios de que esta situación ocasionará la pérdida de personal sanitario, lo que agravará la escasez actual y prevista (92). La ICM emitió un llamamiento mundial a la acción dirigido a proteger a las matronas de la Covid-19 con el fin de que continuaran ofreciendo servicios esenciales de atención.

Se presenta una oportunidad de reconstruir mejor la fuerza de trabajo del sector sanitario a través de los planes de recuperación económica tras la Covid-19 (93). Con la pérdida significativa de puestos de trabajo ocasionada por la pandemia, y el ya de por sí menguado personal sanitario mundial (12), se podría fortalecer la fuerza de trabajo del futuro mediante el fomento de la capacidad educativa y el apoyo al reciclaje profesional o la transición a la atención sanitaria.

Disponibilidad futura de personal de SSRMNA

HALLAZGOS CLAVE

- ▶ Al ritmo presente, está previsto que el personal de SSRMNA sea capaz de satisfacer el 82% de las necesidades de aquí a 2030; esta cifra únicamente representa una pequeña mejora respecto al 75% actual. Se espera que la brecha entre los países de ingreso bajo y los países de ingreso alto y mediano se agudice de aquí a 2030, lo cual aumentará la desigualdad.
- ▶ Para subsanar este déficit de aquí a 2030, será necesario crear 1,3 millones de nuevos puestos de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes (principalmente matronas y enfermeras matronas y, sobre todo, en África) durante los próximos 10 años. Si se mantiene la tendencia actual, únicamente 0,3 millones de estos puestos se acabarán creando realmente, lo cual provocará potencialmente una escasez de 1 millón de puestos para 2030.
- ▶ La necesidad de fomentar la formación y asignación de profesionales en materia de SSRMNA no se limita a países donde se han identificado deficiencias en relación con sus necesidades. En muchos países, incluidos algunos de ingreso alto, la previsión es que de aquí a 2030 no haya suficientes profesionales de SSRMNA para satisfacer la demanda.

Suministro futuro

La planificación y gestión eficaces de la fuerza de trabajo requiere que se entienda el motivo por el que las personas se incorporan a esta o la abandonan, y cómo afectará esto a la disponibilidad futura de personal. Diversos factores influyen en la disponibilidad futura, como, entre otros, la producción nacional de graduados nuevos, la migración internacional y el perfil de edad de la fuerza de trabajo.

Menos de la mitad de los Estados miembros de la OMS facilitaron datos para las CNPS sobre la formación nacional de matronas y enfermeras; y todavía menos naciones proporcionaron información relativa al personal de medicina de SSRMNA. Esto hace que sea complicado extraer conclusiones generales sobre la medida en que el mundo y las regiones y países particulares están produciendo suficientes graduados para satisfacer la necesidad y la demanda futuras. En el plano nacional, cuando se han facilitado las cifras correspondientes al número de graduados, estas se presentan en la reseña del país y se utilizan en las previsiones de personal para 2030. Por otra parte, al efectuar tales cálculos se emplearon hipótesis estándares (véase el apéndice web 3).

De manera similar, hubo pocos países que facilitaron datos sobre la migración internacional de los trabajadores de SSRMNA. En aquellos que los proporcionaron, se observó una probabilidad mayor de que el personal médico de SSRMNA y de enfermería (salvo el capacitado en partería) hubiera nacido o se hubiera formado en el extranjero que el personal general de partería. Es posible que esto obedezca a que la diversidad relativa de las funciones y la educación de las matronas dificulta su transferencia a los sistemas de salud de otros países. No obstante, casi la mitad de los países que informaron sobre el personal general de partería eran de la región europea, y más de la mitad de países de ingreso alto, de modo que estos resultados no se pueden generalizar a otras partes del mundo. Los países de ingreso bajo y mediano que informaron sobre estos indicadores solían mencionar porcentajes muy reducidos de trabajadores de SSRMNA nacidos y formados en el extranjero.

La estructura de edad del personal de SSRMNA es un indicador importante de la disponibilidad futura: si el número de trabajadores que se aproxima a la edad de jubilación es mayor que el de jóvenes, será difícil asegurar una disponibilidad suficiente en un futuro próximo. Muchos países no pudieron facilitar datos sobre la distribución por edad del conjunto de sus trabajadores de SSRMNAH; no obstante, 75 aportaron datos sobre el personal general de partería (como se muestra en las reseñas de países);

70 sobre el personal de medicina de SSRMNA; y 106 sobre el personal de enfermería, salvo el que cuenta con formación en partería. En el gráfico 4.6, la línea verde representa el equilibrio entre las cohortes de mayor edad y más jóvenes; los puntos azules representan a los países cuyo personal general de partería incluye mayor número de personas de menos de 35 años que próximas a la edad de jubilación; y los puntos rojos, a los países que presentan envejecimiento de la fuerza de trabajo (mayor número de personas próximas a la edad de jubilación que menores de 35 años). La mayoría de países que presentaron informes aparecen representados por puntos azules, pero se determinó que 19 estaban en situación de riesgo de envejecimiento de la fuerza de trabajo. Un análisis similar sobre el personal médico de SSRMNA reveló que 26 países se encontraban en situación de riesgo de envejecimiento de esta fuerza de trabajo. Asimismo, el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* mostraba el riesgo de envejecimiento del personal de enfermería en 18 países (16).

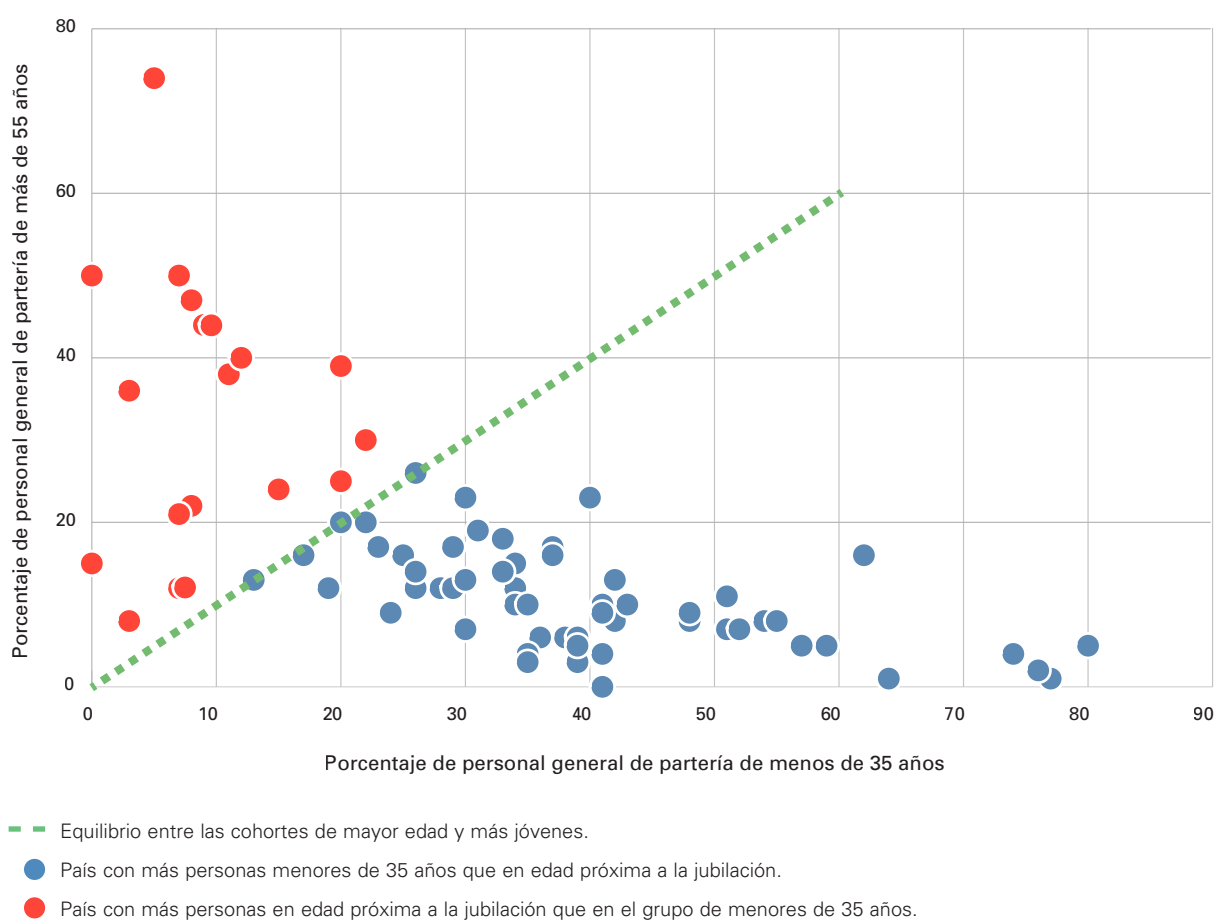
La mitad de los países que registran envejecimiento del personal general de partería y un tercio de los

países con envejecimiento del personal médico de SSRMNA son países de ingreso alto. Al margen de esto, no se observan otros patrones claros por región o grupo de ingresos: hay países por encima y por debajo de la línea verde en cada una de las regiones y los grupos de ingresos.

La fuerza laboral de la SSRMNA en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental presenta perfiles de edad relativamente jóvenes, en especial en el caso de las matronas, enfermeras y médicos generales. Sin embargo, en el caso de los obstetras o ginecólogos y pediatras, el perfil más joven se encuentra en la región de África.

Muy pocos países, y ninguno de ingreso bajo, fueron capaces de proporcionar datos sobre el número de trabajadores de SSRMNA que decidieron abandonar la fuerza de trabajo en el año previo: 8 países proporcionaron datos sobre el personal general de partería; 23 sobre el personal de enfermería, salvo el formado en partería; y 4 sobre el personal de medicina de SSRMNA. En promedio, estos países comunicaron que el 4% de su personal general de partería, el 9% del personal de enfermería (salvo el

GRÁFICO 4.6 Porcentajes relativos del personal general de partería mayor de 55 años y menor de 35 años, 75 países, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)



Fuente: CNPS, actualización de 2020.

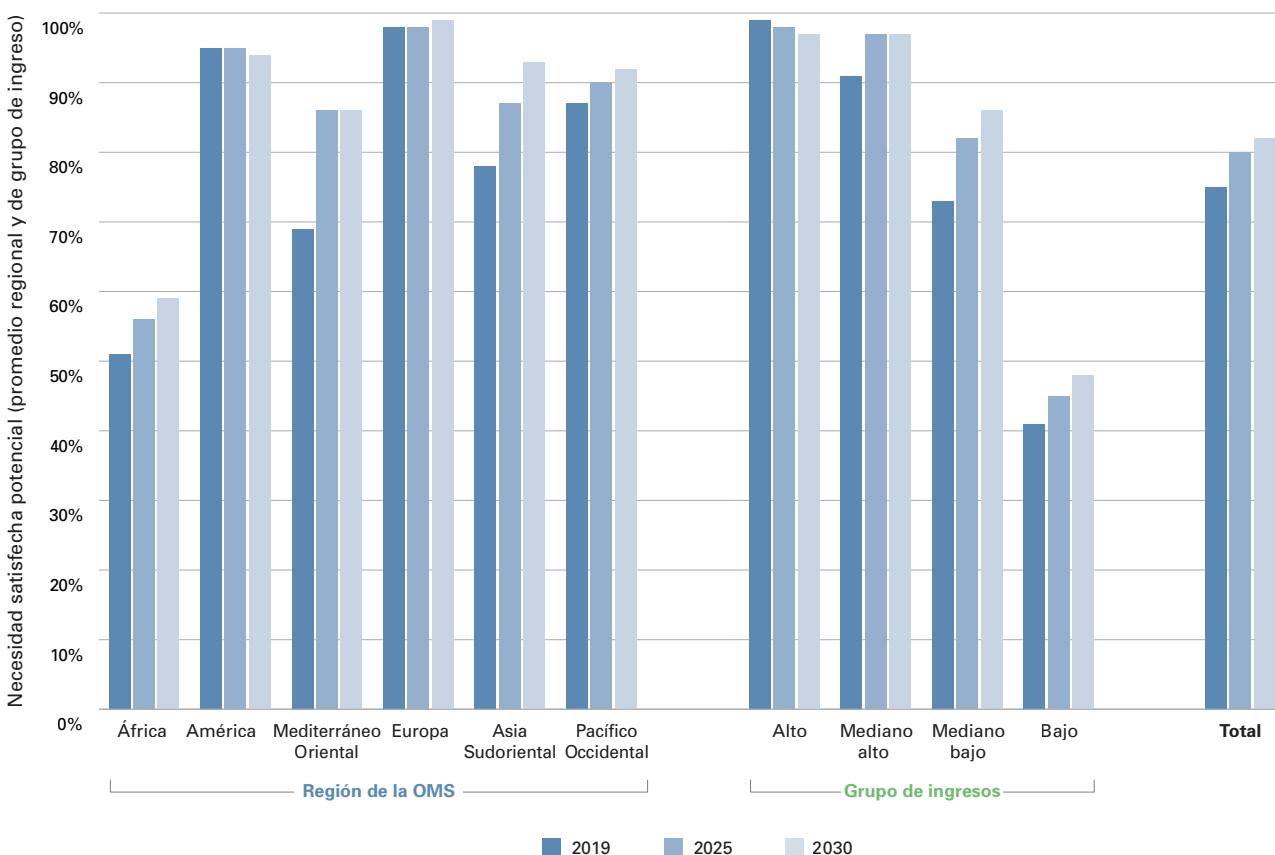
formado en partería), y el 5% del personal de medicina de SSRMNA decidieron abandonar la fuerza de trabajo nacional en el último año. No obstante, estos promedios enmascaran grandes diferencias entre países: por ejemplo, las estimaciones de la tasa de separación voluntaria del servicio del personal general de partería varían entre el 1% y el 22% del número de empleados actual. Una tasa alta de separación es insostenible sin una entrada sustancial anual de graduados nuevos o inmigrantes; e incluso con esta, la pérdida de trabajadores experimentados puede tener consecuencias en la calidad de la atención. Suele faltar información crucial sobre el número de personas que se marchan, sus motivos para irse y su destino (94).

Mediante los datos anteriores y el uso de estimaciones basadas en la evidencia cuando los datos escasean (véase el apéndice web 3), las reseñas de países prevén el suministro de personal de SSRMNA para 2030. Este análisis indica que el suministro de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes en 2030 aumentará de 13,5 millones en 2019 a 20,1 millones en 2030 (un aumento del 49%).

La necesidad futura y el potencial de la fuerza de trabajo para satisfacer esa necesidad

Tras realizar las previsiones relativas al suministro para 2030, se compararon con la necesidad prevista, con lo que se obtuvo una estimación de la necesidad satisfecha potencial para 2030. Según estas previsiones, aunque la mayoría de los países van bien encaminados para mejorar su necesidad satisfecha potencial de aquí a 2030, muchos permanecerán muy por debajo del 100%. En los 157 países que fue posible analizar, se prevé un aumento promedio de la necesidad satisfecha potencial del 75% en 2019 al 82% en 2030. El gráfico 4.7 muestra que, en su mayor parte, esa mejora tendrá lugar en los países de ingreso mediano. También está prevista cierta mejora en los países de ingreso bajo, si bien el promedio de la necesidad satisfecha potencial de estos países en 2030 seguirá estando por debajo del 50%. Asimismo, muestra que el valor promedio regional de necesidad satisfecha potencial va a aumentar entre 2019 y 2030 en todas las regiones de la OMS, a excepción en las Américas, donde se espera que se mantenga en el nivel actual, que ya es elevado. Según las previsiones, las regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental experimentarán las mejoras más

GRÁFICO 4.7 Necesidad satisfecha potencial prevista en 157 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019, 2025 y 2030



Fuente: Estimaciones efectuadas para este informe.



Una matrona calma a una paciente. © Amber Grant.

marcadas; mientras que África será la única región con una necesidad satisfecha potencial por debajo del 60% en 2030.

Pese al aumento previsto del 49% en el tamaño de la fuerza laboral dedicada en exclusiva a la SSRMNA equivalente, se espera que el aumento en su potencial para satisfacer la necesidad sea mucho menor (del 75% al 82%). Esto obedece en parte a que algunos países ya tienen una necesidad satisfecha potencial muy alta, por lo que el aumento de su fuerza de trabajo no repercutirá significativamente en esta medida. Asimismo, en términos absolutos, se prevé que dos tercios del aumento de la fuerza de trabajo mundial tenga lugar en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, mientras que la mayoría de la escasez en relación con las necesidades se registra —y seguirá registrándose— en la región de la OMS de África.

Como se mencionó anteriormente, existe una escasez actual de 1,1 millones de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes, de los que 900.000 son matronas. Las proyecciones para 2030 indican que esta escasez se reducirá a 1 millón de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes, de los cuales 750.000 serán matronas, y la escasez más grave seguirá produciéndose en la región de África de la OMS. En otras palabras, si todos los países continúan con su trayectoria actual, colectivamente producirán personal de partería,

enfermería y medicina de SSRMNA a un ritmo más rápido que el actual, pero no lo suficiente como para satisfacer la creciente demanda mundial. **Para satisfacer todas las necesidades de aquí a 2030, será preciso crear 1,3 millones de nuevos puestos de partería, enfermería y medicina dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes (sobre todo en África), además de los que ya existen: 1 millón de puestos de partería/enfermería-partería, 200.000 de enfermería y 100.000 de medicina dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes. Al ritmo actual, solo se va rumbo de crear 0,3 millones de estos puestos.**

La demanda futura

La proyección de la NSP es importante, especialmente para los países cuyo número de trabajadores de SSRMNA es insuficiente para satisfacer las necesidades más básicas al respecto. No obstante, incluso los países con un 100% de NSP pueden tener carencias reconocidas, porque la *demanda* de trabajadores de SSRMNA y la capacidad para darles empleo tal vez superen los umbrales basados en las necesidades. Por lo tanto, para evitar futuros desajustes resulta esencial proyectar las futuras demandas insatisfechas, así como las necesidades, de profesionales de SSRMNA en la formulación de la política de personal.

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* adopta un enfoque de mercado laboral establecido

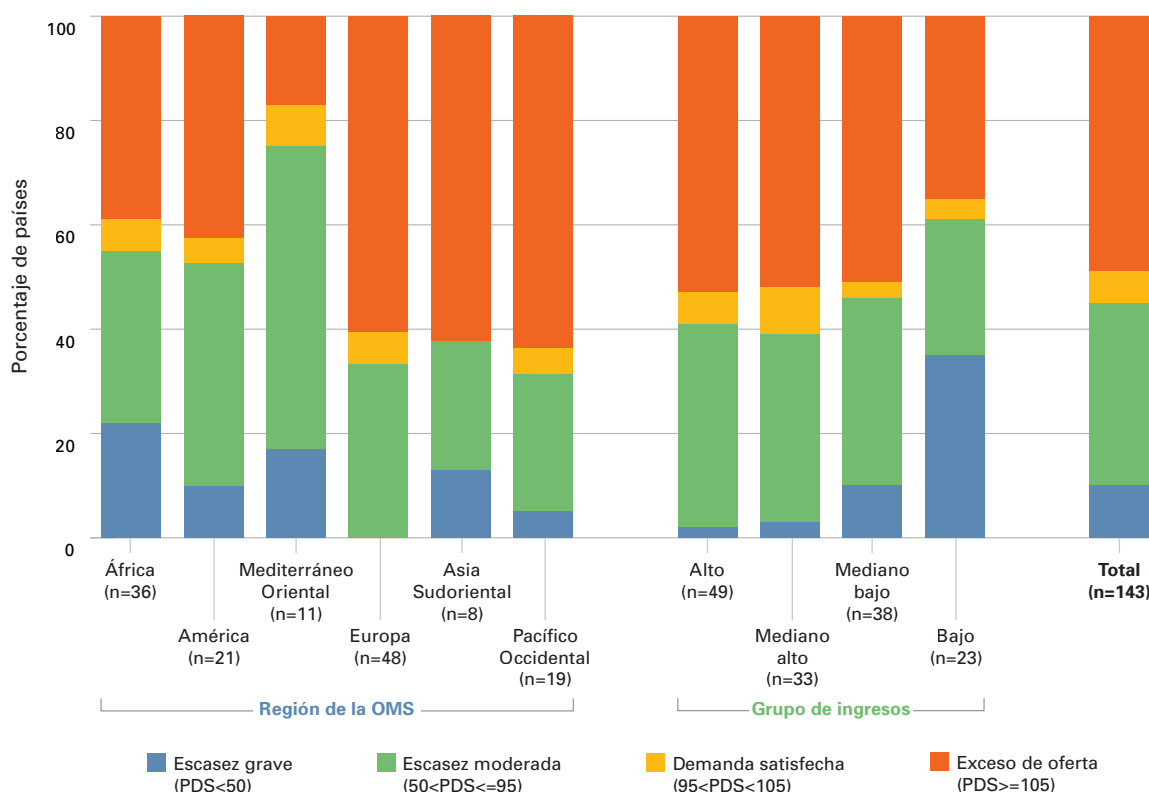
para proyectar la futura demanda de profesionales de SSRMNA, utilizando un modelo económico basado en las proyecciones de crecimiento económico, la demografía y el gasto sanitario por parte tanto de los gobiernos como de los individuos (95). La demanda refleja la disposición de los gobiernos y otros adquirentes a pagar por la asistencia sanitaria, lo que a su vez impulsa la demanda de empleo de profesionales del sector.

El modelo parte del supuesto de que todos los países emplean actualmente el número de trabajadores de SSRMNA que pueden permitirse⁴. A continuación, comparando la demanda prevista en 2030 con la oferta proyectada para ese mismo año, se llevan a cabo proyecciones de los desajustes entre demanda y oferta para 2030. Los resultados muestran que, para 2030, la demanda de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes en 144 países aumentará y el porcentaje de demanda satisfecha (PMD) global será del 92%, es decir, la oferta corresponderá al 92% de lo que los países puedan permitirse contratar colectivamente. En

la mitad de estos países (n=71), el modelo predice que las proyecciones de oferta actuales no seguirán el ritmo de la demanda, lo que se traducirá en un déficit neto basado en la demanda de algo más de un millón de trabajadores dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes. Este panorama general oculta las grandes variaciones existentes entre los países, ya que se prevé que algunos experimenten una importante escasez basada en la demanda (PMD inferior al 50%), mientras que en otros la oferta superará a la demanda, lo que provocará que haya excedentes (PMD superior al 105%). El PMD inferior al 50% será más frecuente en los países de ingreso bajo, aunque, quizás de forma sorprendente, muchos países de ingreso alto y mediano también afrontarán una escasez moderada basada en la demanda (PMD del 50% al 95%) (gráfico 4.8).

Muchos países de ingreso bajo afrontan un bajo crecimiento tanto de la demanda como de la oferta, que a menudo son inferiores a lo que se precisa para cubrir las necesidades esenciales en materia de SSRMNA. En el gráfico 4.9 se indica la NSP en

GRÁFICO 4.8 Oferta proyectada comparada con la demanda proyectada en 143 países, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2030



PMD = porcentaje de demanda satisfecha.

Fuente: Estimaciones hechas para este informe.

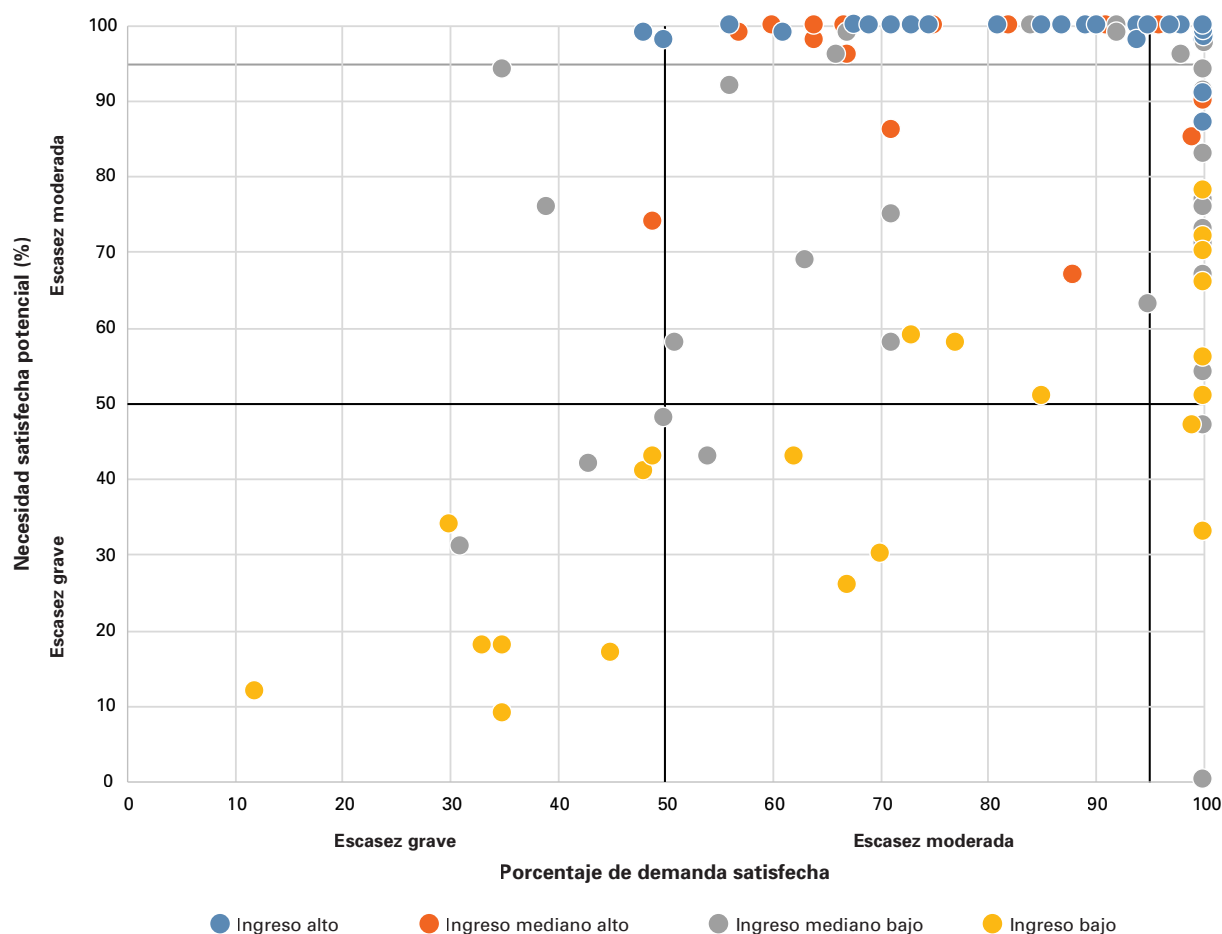
⁴ Es poco probable que sea así en todos los países, pero actualmente no hay ningún método estándar establecido para estimar el número de puestos sin cubrir.

comparación con el PMD; cada punto representa un país y los colores de los puntos representan las clasificaciones de los grupos de ingresos del Banco Mundial. Muestra que de los 18 países de ingreso bajo y mediano bajo que se enfrentan a una grave escasez basada en las necesidades (la mitad inferior del gráfico), 15 tendrán también escasez basada en la demanda (5 moderada y 10 grave). En estos países se requerirán mayores inversiones para impulsar la demanda y la oferta basadas en el mercado y para que sean más acordes con las necesidades de SSRMNA de la población.

Por el contrario, entre los 35 países que afrontan una escasez basada en las necesidades moderada hay 21 que, según las proyecciones, o bien habrán satisfecho su demanda de trabajadores de orden económico, o bien presentan la paradoja de un

exceso de demanda pero una escasez basada en las necesidades moderada. Esto indica que no se prevé que el aumento del PIB y el gasto sanitario de los países sigan el ritmo de la creciente necesidad de servicios de SSRMNA que causa una mayor presión demográfica. Es probable que esto provoque que haya trabajadores sanitarios desempleados. No se trata solo de países de ingreso bajo, sino también de ingreso mediano alto y alto. Un tercio de los países sin previsión de escasez basada en las necesidades (35 de 90), muchos de ellos en la categoría de ingreso alto, tendrán que acelerar de un modo considerable el ritmo de producción de personal sanitario para garantizar que su oferta de profesionales de SSRMNA satisfaga la demanda. Esto podría causar un aumento del costo de los trabajadores sanitarios, estimular los movimientos de mano de obra transfronterizos y provocar más desigualdades.

GRÁFICO 4.9 Proyecciones de la necesidad satisfecha potencial y del porcentaje de demanda satisfecha de personal de SSRMNA en 143 países, por grupo de ingresos del Banco Mundial, 2030



Fuente: Estimaciones hechas para este informe.

Los cálculos de la necesidad y la demanda del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo* que se presentan en el capítulo 4 tienen limitaciones, sobre todo porque no contemplan las desigualdades dentro de los países en cuanto a la disponibilidad y el acceso a los trabajadores de SSRMNA. A menos que el personal esté disponible y sea accesible de forma equitativa para todos los usuarios de los servicios, y sea capaz de proporcionar la misma calidad de atención a todos, no satisfará todas las necesidades de servicios de SSRMNA, independientemente del número de trabajadores sanitarios que haya.

Desde la perspectiva de los usuarios del servicio, el concepto de accesibilidad tiene varias dimensiones. Los obstáculos para el acceso pueden deberse a la falta de: accesibilidad física (en relación con la distancia, el transporte, la seguridad personal y otras dificultades físicas); organización del servicio (los horarios de apertura, los tiempos de espera, los sistemas de derivación, los ámbitos de práctica profesional, la confidencialidad, la estigmatización, etc.); y asequibilidad (las tarifas de los usuarios, los pagos informales u otros costos asociados a la búsqueda de asistencia de un profesional de SSRMNA).

El acceso o la elección también pueden verse limitados por las actitudes y los valores del proveedor, por ejemplo, hacia las características personales del usuario del servicio (edad, sexo, orientación sexual, etnia, idioma, discapacidad, identidad de género, religión, estado civil, posible seropositividad, etc.) o su derecho a acceder a los servicios de anticoncepción o a la asistencia integral en casos de aborto (96, 97).

Accesibilidad física

La accesibilidad física está condicionada por las decisiones políticas sobre la inversión en atención primaria de salud y la asignación de recursos humanos e infraestructuras. La desigualdad en el acceso puede obedecer a muchas razones, entre ellas la geografía, la topografía, el clima, los conflictos, la violencia, las catástrofes naturales y los ámbitos restringidos de la práctica de los profesionales de la atención primaria de salud.

Un ejemplo significativo de las disparidades geográficas en la disponibilidad del personal sanitario es el observado entre las zonas urbanas y las rurales (98), aunque es posible que incluso dentro de las zonas urbanas haya desigualdades causadas por factores como la pobreza y los medios de transporte. La desigualdad en el acceso afecta directamente a los resultados de la salud materna e infantil. Por ejemplo, se calcula que solo el 72% de los partos de las mujeres rurales son atendidos por profesionales sanitarios cualificados, frente al 90% de las urbanas (5). Dado que casi la mitad de la población mundial y la mayoría de las personas pobres del mundo viven en zonas rurales, es de vital importancia que haya una distribución equitativa del personal. La OMS ha publicado orientaciones



MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ Los datos y los análisis del número de profesionales deben desglosarse por características como el género, el grupo ocupacional y la ubicación geográfica, de modo que puedan identificarse y abordarse las deficiencias en la prestación.
- ▶ Varios grupos de población corren el riesgo de que su acceso a los profesionales de SSRMNA se vea obstaculizado por motivos de edad, pobreza, ubicación geográfica, discapacidad, origen étnico, situación de conflicto, orientación sexual, identidad de género, religión u otros.
- ▶ Es preciso fijarse especialmente en los grupos “que se quedan atrás” a fin de garantizar que puedan acceder a atención sanitaria impartida por profesionales cualificados. El personal de SSRMNA precisa un entorno normativo y laboral propicio, así como una educación y una formación adecuadas, con el fin de comprender y satisfacer las necesidades específicas de los grupos vulnerables y, así, prestar una atención que sea accesible y aceptable para todas las personas.
- ▶ Es fundamental contar con la opinión de los usuarios de los servicios para comprender los factores que influyen en su comportamiento a la hora de recurrir a la atención sanitaria.

Las estimaciones de escala nacional pueden ocultar variaciones geográficas y ocupacionales: el caso de Ghana

Ghana es uno de los escasos países que han proporcionado datos sobre el personal para el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* desglosados tanto por grupo ocupacional como por región subnacional. Utilizando estos datos y las estimaciones subnacionales de los indicadores demográficos y epidemiológicos (101-104), se calculó la necesidad de tiempo de profesionales de la SSRMNA en 2019 por separado para cada una de las diez regiones de Ghana de la misma manera que para la estimación nacional, y se comparó con la disponibilidad.

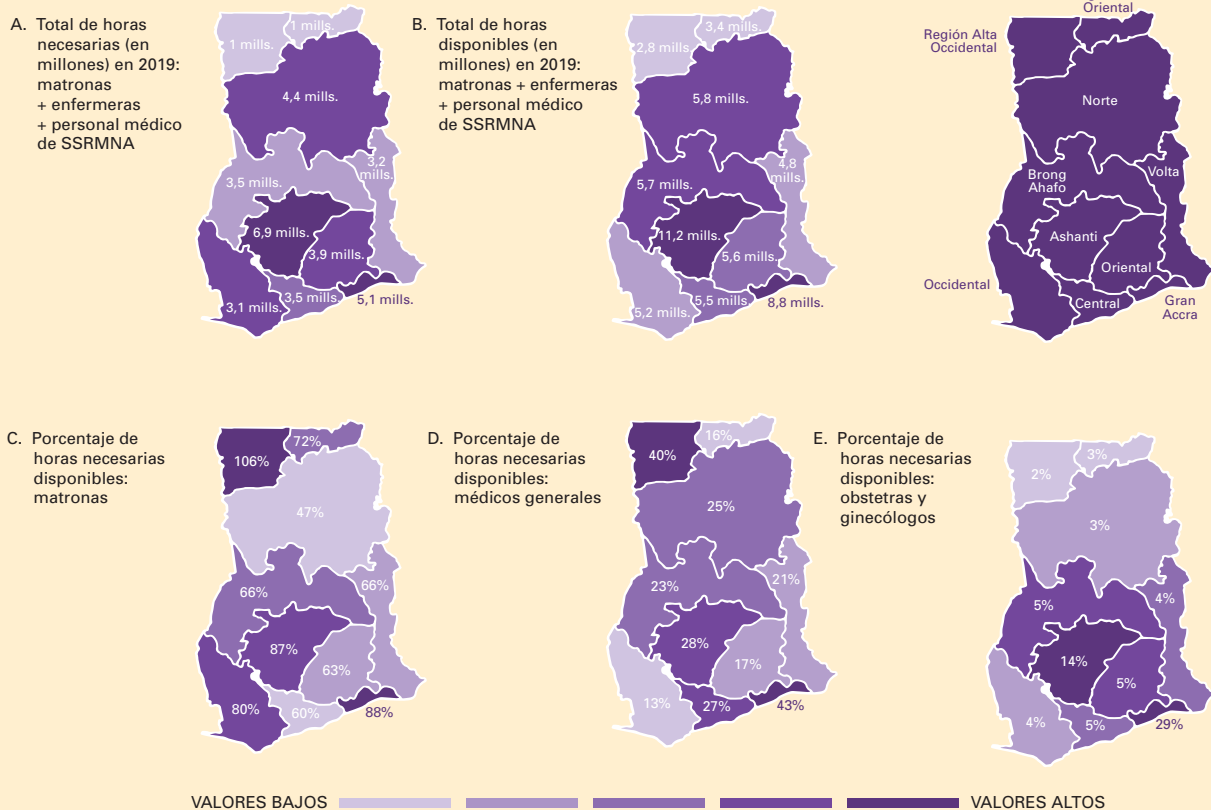
El mapa A muestra que las populosas regiones del Gran Accra y Ashanti tenían la mayor necesidad de horas de profesionales de SSRMNA. El mapa B indica que estas dos regiones también tenían la mayor cantidad de tiempo disponible de los tres principales grupos ocupacionales de SSRMNA combinados (personal de partería, enfermería y medicina de SSRMNA). En todos los grupos ocupacionales, la cantidad total

de tiempo disponible superó la cantidad de tiempo necesario, con una diferencia considerable en cinco de las regiones. Sin embargo, el desglose por grupos ocupacionales mostró que este panorama general positivo se debía principalmente a una elevada oferta de enfermeras. Las enfermeras son, por supuesto, un importante grupo ocupacional de la SSRMNA y pueden satisfacer parte de las necesidades. Sin embargo, algunas intervenciones esenciales de SSRMNA requieren personal de partería y medicina, y este análisis puso de manifiesto una importante escasez de estos grupos ocupacionales en función de las necesidades, con una gran variación regional.

En contraste con las cifras agregadas del mapa B, el mapa C muestra que solo una región (Alta Occidental) disponía de matronas suficientes para cubrir las necesidades, mientras que la región Septentrional tenía menos de la mitad del tiempo de partería necesario. Los mapas D y E exponen que el tiempo de personal de

medicina disponible era insuficiente en todas las regiones: ninguna región tenía disponible ni siquiera la mitad de las horas que hacía falta. Las regiones del Gran Accra y Alta Occidental contaban con la mejor oferta de médicos generalistas, pero incluso en estos casos había menos de la mitad de las horas necesarias. La escasez de obstetras y ginecólogos era más grave: de nuevo, la región del Gran Accra tenía la mejor oferta, pero solo se disponía del 29% del tiempo de obstetricia y ginecología necesario. El escaso número de médicos sugiere que si se comparara la disponibilidad con las necesidades en el nivel de los distritos podría haber distritos sin especialistas, sobre todo donde no hay hospitales, lo que obligaría a otros trabajadores sanitarios a tener que asumir las urgencias obstétricas.

Este análisis subraya la importancia de contar con datos desglosados en el marco de la planificación del personal sanitario, y de supervisar y evaluar las iniciativas destinadas a aumentar la equidad en la disponibilidad de profesionales sanitarios.



Contribución de Winfred Dotse-Gborgbortsí (WorldPop, Facultad de Geografía y Ciencias Ambientales de la Universidad de Southampton).

para aumentar la accesibilidad a los profesionales sanitarios en las zonas remotas y rurales mediante la mejora de la conservación del personal (99). Un elemento clave de las orientaciones es la supervisión y evaluación rigurosas de las iniciativas para aumentar la disponibilidad de los trabajadores sanitarios, lo que requiere datos desglosados geográficamente. Los recientes avances en el uso de los sistemas de información geográfica para medir y comprender las variaciones geográficas en el acceso a los trabajadores y servicios de SSRMNA ofrecen una oportunidad importante (100) pero hacen falta inversiones y compromisos para garantizar que los datos y análisis sean de alta calidad, como demuestra el hecho de que muy pocos países proporcionasen a la CNPS datos sobre los profesionales de la SSRMNA desglosados por zona administrativa. El recuadro 5.1 señala la importante información adicional que brindan los datos desglosados.

Actitudes y comportamiento de los proveedores

Aunque los profesionales de la SSRMNA estén disponibles y sean accesibles, si la atención que ofrecen no es aceptable para los usuarios de

los servicios y sus comunidades, las mujeres y los adolescentes tal vez opten por no utilizar los servicios de SSRMNA o se vean impedidos de hacerlo. Es posible que en ese caso prefieran acudir a profesionales no cualificados, o a nadie en absoluto. Los relatos de las interacciones con los profesionales de la SSRMNA, ya sean propios o ajenos, pueden influir en las decisiones relativas al acceso a los servicios. Estos factores suelen influir más que la distancia y el costo en las decisiones sobre dónde dar a luz y con quién (105), lo que puede suponer una barrera importante para el acceso. Algunas comunidades han abordado este problema estableciendo sistemas de atención dirigidos por matronas procedentes de sus propias comunidades, para evitar que las usuarias de los servicios se abstengan de buscar asistencia en sistemas que las discriminan (106, 107).

A nivel mundial, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario cualificado ha aumentado (5), pero en algunos entornos la falta de atención respetuosa disuade a las mujeres y adolescentes de consultar a un profesional de SSRMNA (recuadro 5.2).

RECUADRO 5.2

Atención materna respetuosa

La atención materna respetuosa es una filosofía general, que se sustenta sobre un enfoque basado en los derechos humanos para la prestación de una atención de alta calidad centrada en la mujer y el recién nacido (35, 108). La Carta para la Atención de Maternidad Respetuosa declara que la atención materna de alta calidad apoya y defiende la dignidad de la madre y del recién nacido y establece cómo deben garantizarse esos derechos humanos en la atención al embarazo y al parto (109). Los profesionales de la SSRMNA desempeñan un papel importante en la creación y el mantenimiento de entornos asistenciales que promuevan una atención materna respetuosa. No obstante, una atención respetuosa requiere en primer lugar sistemas e instalaciones que respeten no solo a las mujeres y a los recién nacidos, sino también al personal sanitario: por ejemplo, garantizando que haya unos entornos de trabajo eficaces y seguros, sin intimidación ni acoso, apoyo de supervisión y una remuneración justa.

Los entornos y las interacciones de la atención sanitaria pueden reflejar las desigualdades estructurales de género de una sociedad, que a menudo implican que las mujeres, a la vez como usuarias y como profesionales sanitarias, tengan un estatus social inferior al de los hombres (110, 111). Las matronas suelen constituir la base de los servicios de maternidad, pero cuando trabajan en entornos desempoderadores es posible que sus contribuciones no sean reconocidas ni recompensadas, y que no reciban apoyo ni respeto por parte de los supervisores. Es habitual que estos entornos ofrezcan pocos medios para aliviar el estrés o fomentar la motivación, lo que a su vez puede conducir a una atención irrespetuosa y de menor calidad (110). Además, las mujeres tal vez eviten por completo el sistema sanitario en los entornos en que experimentan malos tratos o temen sufrirlos (105, 112).

Durante la Covid-19, en muchos entornos los profesionales de la salud han carecido de EPP

suficientes y ha habido casos de vulneraciones de los derechos de las mujeres a una atención materna respetuosa, como por ejemplo al no permitir acompañantes en el parto, establecer la separación obligatoria de la madre y el recién nacido, restringir la lactancia materna y aumentar las intervenciones potencialmente perjudiciales sin indicación (por ejemplo, cesáreas, partos instrumentales o inducción y aceleración del parto) (113). Los marcos de derechos humanos deben orientar las políticas y la práctica incluso durante una pandemia, a fin de garantizar que se respeten los derechos fundamentales y las mejores prácticas clínicas en los servicios de maternidad esenciales (114). La Covid-19 brinda la oportunidad de examinar de forma crítica cómo se pueden transformar los servicios de atención a la maternidad para mejorar la calidad, la equidad y la naturaleza centrada en la mujer de la atención.

Contribución de Meghan A. Bohren (Universidad de Melbourne, Australia) y Özge Tunçalp (OMS).

Las matronas deben ser reconocidas como proveedoras de atención primaria de la salud que trabajan en las comunidades cerca de donde viven las mujeres, centrándose en la prevención de complicaciones y en los niveles de intervención apropiados.

Asociación de Matronas

Es fundamental contar con la opinión de los usuarios de los servicios para comprender los factores que influyen en su comportamiento a la hora de recurrir a la atención sanitaria (recuadro 5.3).

Las necesidades en materia de SSRMNA suelen atañer a cuestiones personales delicadas, por lo que los usuarios de los servicios pueden preferir consultar a un profesional sanitario de un género específico. Es importante pues que el personal de SSRMNA incluya tanto a hombres como a mujeres, reconociendo que un equilibrio adecuado probablemente implique a más mujeres que hombres. En los países que presentan datos, el 93% del personal general de partería, el 89% del personal de enfermería (excluyendo al que tiene formación de partería) y el 50% del personal de medicina de SSRMNA son mujeres. El gráfico 5.1 muestra que esta pauta general se da en todas las regiones y grupos de ingresos, aunque existen ciertas variaciones. Es más probable que los enfermeros trabajen en países de ingreso bajo. Las médicas de SSRMNA tienen más probabilidades de trabajar en las regiones de África y el Pacífico Occidental (el 58% y el 55%, respectivamente, del personal de medicina de SSRMNA son mujeres). En África, esto se debe principalmente a Argelia y Nigeria, que notifican un gran número de médicos de SSRMNA, de los cuales dos tercios son mujeres. En la mayoría de los demás países africanos, la mayoría de los médicos de SSRMNA son hombres.

RECUADRO 5.3

La atención de la SSRMNA: una campaña mundial manifiesta lo que desean las mujeres

La campaña mundial *What Women Want* (Lo que desean las mujeres), dirigida por la White Ribbon Alliance, se propuso averiguar qué querían las mujeres para su propia atención a la salud materna y reproductiva, y exigir que se satisficieran sus necesidades. Su premisa es que las mujeres son quienes mejor conocen sus propias necesidades de salud y debe prestarse atención a lo que ellas saben (115).

La campaña comenzó en 2016 en la India, donde más de 100 asociados colaboraron para escuchar a casi 150.000 mujeres en 24 estados. Las mujeres generaron una larga lista de peticiones, el 20% de las cuales estaban relacionadas con la disponibilidad de personal sanitario y el 27% con ser tratadas con dignidad y respeto.

Desde entonces, la campaña se ha puesto en marcha en muchos más

países, como Kenya, Malawi, México, Nigeria, el Pakistán, la República Unida de Tanzania y Uganda. Hasta ahora ha llegado a 1,2 millones de mujeres en 114 países. Se basa en movilizadores pertenecientes a las comunidades locales. Los métodos que utilizan para escuchar a las mujeres son muchos y variados: algunos se vehículan a través del diálogo y son públicos; otros son reflexivos y privados. Las preguntas de todas las mujeres se registran, se recuentan y se clasifican por temas.

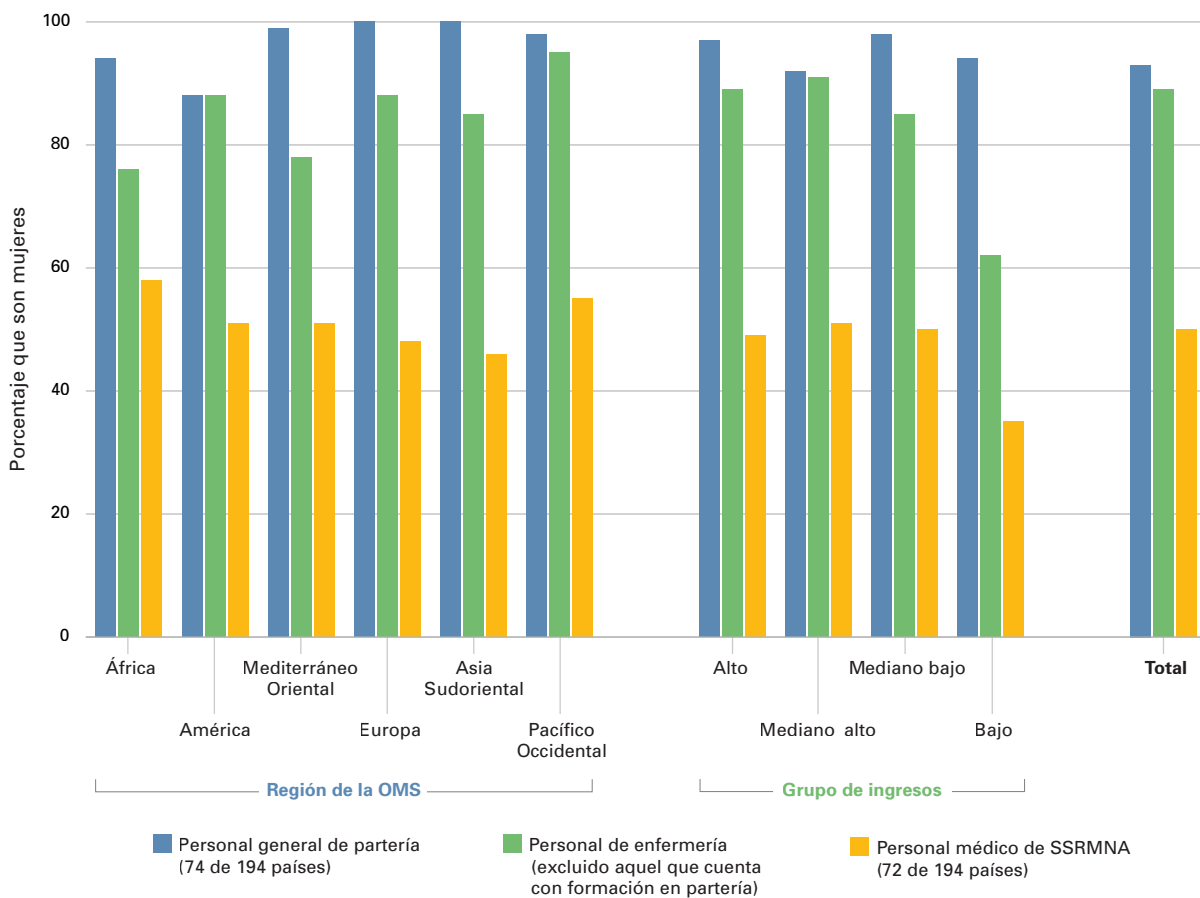
Algunos de los 20 principales temas identificados hasta la fecha tienen una relevancia directa para este informe. El número 1 es "atención respetuosa y digna"; el 4 "más matronas y enfermeras competentes y con mayor apoyo"; el 6 "más médicos competentes y con mayor apoyo" y el 17 "más profesionales que sean mujeres". La mayoría de los demás temas guardan relación

con el entorno en el que actúan los profesionales de la SSRMNA. Estos resultados muestran claramente la importancia que conceden las mujeres al personal de SSRMNA y a la calidad de la atención que puede prestar.

En muchas partes del mundo, rara vez se pregunta a las mujeres por sus necesidades y prioridades, de modo que el hecho de formular la pregunta fue algo asertivo para ellas. Otras, sin embargo, estaban hartas de que se les preguntara sin ver ningún cambio. La campaña hace un llamamiento a los encargados de formular políticas y de la toma de decisiones en todos los niveles para que escuchen las voces de las mujeres participantes y actúen en consecuencia a fin de impulsar mejoras en los servicios sanitarios.

Contribución de Manju Chhugani, Aparajita Gogoi y Kristy Kade (White Ribbon Alliance).

GRÁFICO 5.1 Porcentaje de profesionales de la SSRMNA que son mujeres en los países que presentan informes, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019 (o el año más reciente del que se dispone de datos desde 2014)



Nota: Estas cifras son promedios, ponderados según el tamaño de la población. Por lo tanto, los países grandes influyen más que los más pequeños en los promedios regionales y de grupos de ingresos.

Fuente: CNPS, actualización de 2020.

Grupos “que se quedan atrás”

Al margen de los niveles generales de disponibilidad y acceso, es habitual que los grupos de población vulnerables o marginados puedan “quedarse atrás”, lo que provoca desigualdades. Las personas pueden ser objeto de discriminación por características muy diversas (a menudo interrelacionadas), como la edad, la identidad de género, la orientación sexual, la raza, la casta, la tribu, la etnia, la religión y la discapacidad. Dos suplementos del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* (<https://www.unfpa.org/sowmy-supplements>) se centran en cuestiones relacionadas con el personal que afectan a los adolescentes y a las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes que se hallan en situaciones humanitarias y frágiles o que buscan refugio ante esas circunstancias.

Estrategias para abordar el efecto de la Covid-19 en el acceso a los profesionales de SSRMNA

La continuidad de los servicios de SSRMNA es fundamental para las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes. Las mujeres y los adolescentes

necesitan atención de SSRMNA incluso durante una pandemia mundial: la interrupción de los servicios entraña el riesgo de menoscabar los logros alcanzados con tanto esfuerzo en los resultados de SSRMNA (116), lo que podría conducir a un aumento de los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual y los abortos en condiciones de riesgo, así como a mayores riesgos para la salud de las madres, los recién nacidos y los adolescentes (117). La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH) ha hecho un llamamiento a la acción, instando a los gobiernos a que protejan y promuevan la SSRMNA y los derechos durante las fases de respuesta y recuperación de la Covid-19 (22).

Según una encuesta de la OMS (83), en octubre de 2020 más de la mitad de los 129 países que respondieron habían reducido deliberadamente la prestación de servicios sanitarios, como los servicios ambulatorios y la atención comunitaria, debido a la Covid-19. Las alteraciones de los servicios revistieron una especial gravedad en los países de ingreso bajo. Los servicios de anticoncepción se vieron alterados

en el 64% de los países, la atención prenatal en el 53% y los servicios de parto en los centros en el 31%. Las alteraciones tuvieron su origen en una combinación de factores de demanda y oferta. En lo relativo a la demanda, la mayoría de los países comunicaron reducciones en la asistencia a los centros ambulatorios. Otros factores mencionados fueron la obstaculización del acceso y las dificultades económicas causadas por los confinamientos, los cierres de centros o las suspensiones de servicios sanitarios y las dificultades de la cadena de suministro. Según otro estudio, se prevé que las alteraciones de los servicios causadas por la Covid-19 puedan provocar que haya 2,7 millones de abortos en condiciones de riesgo (118).

Un análisis del Mecanismo Mundial de Financiamiento sobre los efectos de la Covid-19 sobre los servicios sanitarios esenciales para mujeres y niños se basó en los datos comunicados por 63.000 establecimientos sanitarios y destacó unos efectos similares de la pandemia en la SSRMNA (119). Su análisis de los datos hasta junio de 2020 indicó que en Liberia había disminuido el número de mujeres que asistieron a cuatro visitas de atención prenatal durante el embarazo. En Nigeria, el 26% de las personas encuestadas que necesitaban servicios sanitarios afirmaron no haber podido acceder a los que les hacían falta. De ellos, una cuarta parte señaló que se debía a los confinamientos y las restricciones a los desplazamientos impuestas para controlar la pandemia. Los resultados variaron en función de los indicadores. Por ejemplo, en Nigeria, los servicios

de anticoncepción disminuyeron en más de un 10% en abril de 2020 y en un 15% en mayo; el número de mujeres que dan a luz en establecimientos sanitarios se redujo en un 6%. En el Afganistán, no obstante, aunque las consultas posnatales no se vieron afectadas por la crisis, las consultas externas bajaron un 14%.

Las interrupciones de los servicios sanitarios y el impacto de las infecciones contraídas en el ejercicio profesional han hecho mella en el personal sanitario (120, 121). Un estudio mundial de más de 700 proveedores de atención de maternidad en países de ingreso alto, mediano y bajo mostró las demás dificultades que plantea la necesidad de adquirir conocimientos y comunicarse, especialmente en lo que respecta a la atención de las mujeres, estén o no infectadas de Covid-19 (122).

Las evidencias aún no reflejan plenamente los efectos de la Covid-19 sobre la salud y los derechos de las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes. Sin embargo, dado que la Covid-19 puede afectar negativamente a los resultados de la SSRMNA, es esencial que las autoridades sanitarias eduquen a los profesionales de la SSRMNA sobre los efectos del virus en la atención sanitaria materna y neonatal (123) y su propia salud física y mental al trabajar en este nuevo entorno. La OMS ha publicado unas orientaciones provisionales sobre el uso de datos de rutina para supervisar los efectos de la Covid-19 en los servicios sanitarios esenciales, incluidos los de SSRMNA (124).



Revisión médica en una clínica de Potracancha, departamento de Huánuco (Perú).
© Gates Archive/Mark Makela.

RESPALDO Y EMPODERAMIENTO DEL PERSONAL DE SSRMNA: EL GÉNERO IMPORTA

El promedio del personal sanitario está constituido en un 70% por mujeres, si bien existen diferencias de género según la ocupación (125). Las mujeres representan el 93% del personal de partería y el 89% del de enfermería, frente al 50% del de medicina de la SSRMNA (véase el capítulo 5). Las considerables disparidades de género en cuanto al salario, las trayectorias profesionales y el poder de decisión crean ineficiencias sistémicas al limitar la productividad, la distribución, la motivación y la conservación de las trabajadoras sanitarias (126).

La inversión en el personal sanitario puede impulsar el crecimiento económico inclusivo, principalmente debido a la creación de empleo, sobre todo para las mujeres y los jóvenes (17, 127). El aumento de la educación y el empleo de las matronas desempeñarán un papel importante a la hora de garantizar la igualdad salarial y de puestos entre los géneros. Sin embargo, es necesario reconocer y abordar los persistentes prejuicios de género y la falta de reconocimiento e infravaloración del trabajo no remunerado e informal que hacen las mujeres. Es conocida la existencia de importantes barreras sociales, culturales, económicas y profesionales, incluida la desigualdad entre los géneros, que impiden la prestación de una atención de partería de alta calidad en los países de ingreso bajo y mediano (57). En este capítulo se ofrece una visión general de las principales cuestiones que influyen en la capacitación y el empoderamiento del personal de partería mediante políticas transformadoras desde el punto de vista del género y otras medidas.

Los análisis recientes han puesto de relieve varias cuestiones críticas para las matronas: el liderazgo; el trabajo decente, sin ninguna forma de discriminación y acoso, incluido el acoso sexual; las diferencias salariales entre hombres y mujeres; y la segregación ocupacional en todo el personal, que afecta de forma específica a la SSRMNA (128, 129). Deben aplicarse políticas y medidas transformadoras desde el punto de vista del género del personal sanitario para alcanzar los objetivos globales de la CSU, especialmente para las mujeres y los recién nacidos.

La pandemia de Covid-19 también ha afectado de forma desproporcionada a las mujeres, sobre todo en lo que respecta a la seguridad del empleo, el incremento de las responsabilidades de cuidados y educación en el hogar, y el aumento de la incidencia de la violencia de género, sobre todo en el hogar. Además, la pandemia ha influido en la salud del personal sanitario, particularmente de las mujeres. Entre las condiciones de trabajo inseguras que se han denunciado figuran la falta de acceso a equipos de protección personal eficaces, las largas jornadas de trabajo, el aislamiento de la familia y la violencia y el acoso hacia los trabajadores sanitarios (130).

MENSAJES PRINCIPALES

- ▶ El promedio del personal está constituido en un 70% por mujeres, con diferencias de género según la ocupación. Las matronas son mayoritariamente mujeres; por su género están sujetas a diferencias considerables en cuanto a su salario, opciones profesionales y poder de decisión.
- ▶ Únicamente la mitad de los países que presentan datos cuentan con líderes que son matronas en el Ministerio de Salud nacional. Las pocas oportunidades que tienen las matronas de ocupar puestos de liderazgo y la falta de mujeres que sirvan de ejemplo en puestos de poder dificultan que las matronas avancen en el ámbito profesional, además de obstaculizar su capacidad de desarrollar todo su potencial laboral.
- ▶ A fin de eliminar las barreras y dificultades relacionadas con el género, es fundamental garantizar el acceso a un trabajo decente en el que no haya violencia ni discriminación. Todos los países deben contar con políticas que prevengan las agresiones a los trabajadores sanitarios.
- ▶ Con un entorno normativo transformador desde el punto de vista del género, se pueden abordar las causas subyacentes de las desigualdades de género; garantizar los derechos humanos; la autonomía y el bienestar de los profesionales que prestan la atención, tanto remunerados como no remunerados; reconocer el valor del trabajo sanitario y del trabajo de las mujeres; y recompensar el esfuerzo adecuadamente.

Debe haber puestos de matrona jefe en los Ministerios de Salud.

Deben existir trayectorias profesionales claras para las matronas.

Asociación de Matronas

Es probable que estas condiciones hayan hecho que algunas mujeres abandonen la profesión o pasen a desempeñar funciones no clínicas (131, 132).

Segregación ocupacional por género

La segregación ocupacional por género obedece a las antiguas normas de género que definen los cuidados como un trabajo femenino y otorgan a los hombres una mayor adecuación para las especialidades técnicas, como la medicina (128). La partería y la prestación de cuidados a las mujeres y a los recién nacidos suelen estar infravaloradas, lo que hace que las matronas no tengan voz ni sitio en la mesa de dirección: esto dificulta el respeto, el acceso a un trabajo digno y la igualdad salarial.

La mayoría de los profesionales de la medicina, la odontología y la farmacia son hombres, mientras que prácticamente todo el personal de partería y la mayoría del de enfermería está compuesto por mujeres (125). A los grupos de profesionales sanitarios formados principalmente por mujeres se les asigna un valor social, un poder y una remuneración inferiores a los de predominio masculino. Las trabajadoras sanitarias suelen desempeñar múltiples funciones: ser las principales cuidadoras de los niños, necesitar y querer ser económicamente productivas y, al mismo tiempo, responder a las expectativas de la comunidad de que realicen un trabajo no remunerado. La partería, en particular, se considera un “trabajo de mujeres” (133, 134), lo que a menudo confunde e infravalora las contribuciones económicas y profesionales de las matronas a la sociedad (57).

La segregación por género suele restringir las opciones y oportunidades laborales para las matronas y refuerza las estructuras de poder desiguales dentro de la sociedad (128).

Las jerarquías basadas en el género en el lugar de trabajo (135) y las barreras sociales, económicas y profesionales a menudo impiden que las matronas desarrollen todo su potencial laboral y causan frustración en el lugar de trabajo, lo que a su vez provoca agotamiento o la consolidación de los estereotipos. Es posible que las matronas carezcan de autonomía profesional dentro del personal sanitario si las jerarquías médicas y otras de índole institucional no reconocen sus capacidades y aptitudes o las infravaloran (129). La autonomía profesional se establece en las regulaciones nacionales, como las relativas al alcance de la práctica profesional, pero estas pueden estar influidas por las jerarquías médicas u otras institucionales. Las voces de las matronas dejan claro que resulta de vital importancia otorgarles “poder, capacidad de actuación y estatus” si se quiere avanzar en la prestación de una atención de alta calidad (129).

El liderazgo de las matronas

El liderazgo en materia sanitaria es esencial para que las matronas puedan desarrollar todo su potencial laboral. Aunque el 70% del personal sanitario y de servicios sociales son mujeres, estas apenas ocupan un 25% de los puestos de categoría superior (128). En la encuesta de las asociaciones miembro de la ICM se analizó el número de países en los que las matronas desempeñaban funciones directivas (véase el glosario). De los 80 países que proporcionaron datos, la mayoría (un 71%) comunicó que había al menos una matrona ocupando algún tipo de puesto directivo (en el Ministerio de Salud nacional, en las oficinas subnacionales del Ministerio de Salud, en



Una matrona lleva a cabo una revisión prenatal en una clínica del municipio de Gebre Guracha, en la región de Oromía (Etiopía). © Fundación Bill y Melinda Gates/Prashant Panjiar.

el organismo regulador o en los centros sanitarios). La mayoría de los demás (un 20%) no pudieron obtener esta información y el 9% restante informó de que no había matronas en cargos directivos de ningún nivel. El cuadro 6.1 indica una mayor probabilidad de que en los países hubiese matronas en puestos directivos de los establecimientos sanitarios; en algo más de la mitad ocupaban puestos directivos en el Ministerio de Salud o los organismos reguladores. Los países de las regiones de las Américas y del Mediterráneo Oriental son los que presentan una mayor probabilidad de comunicar la presencia de matronas en puestos directivos, pero el reducido número de países que informan significa que estos resultados tal vez no sean representativos de todos los países de estas regiones. La designación de matronas experimentadas para ocupar puestos directivos a escala nacional aportaría un impulso considerable al desarrollo de capacidades.

Las limitadas oportunidades de ocupar puestos directivos y la escasez de referencias femeninas al respecto merman la capacidad de las matronas para ascender en la escala de liderazgo. También es probable que cuando no haya matronas que ocupen

puestos directivos de nivel medio, por ejemplo en los ámbitos de distrito o provincial, existan considerables deficiencias en cuanto a la capacidad de dichos ámbitos para prestar apoyo de supervisión y asesoramiento a las matronas y a la capacidad de tomar buenas decisiones sobre temas que afectan a la profesión.

La intersección de cuestiones como el género, la etnia, la edad, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica contribuyen a acumular distintos factores de desventaja, incluidos aspectos de segregación ocupacional. Es más probable que las mujeres trabajen a tiempo parcial, lo que supone un obstáculo adicional para acceder a puestos directivos formales (125). La falta de inversión en el desarrollo profesional de las mujeres, especialmente en el desarrollo y la utilización de habilidades de liderazgo, hace que sean reacias a presentarse a ellos (136) y perpetúa más si cabe la segregación por género. Algunas matronas han manifestado su preocupación por el hecho de que en los países en que su especialidad está incluida en las estructuras de enfermería las oportunidades de liderazgo puedan ser limitadas (129).

CUADRO 6.1

Porcentaje de 80 países con matronas en puestos directivos, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial, 2019-2020

	Número de países que presentan informes/total	Porcentaje de países con matronas en puestos directivos en...				
		MdS nacional	MdS subnacional	Organismo regulador	Establecimientos sanitarios	Todos los niveles
REGIÓN DE LA OMS						
África	29/47	66%	52%	45%	62%	69%
Américas	12/35	75%	75%	67%	92%	92%
Mediterráneo Oriental	8/21	50%	75%	63%	63%	88%
Europa	13/53	15%	23%	54%	46%	54%
Asia Sudoriental	7/11	29%	71%	43%	71%	57%
Pacífico Occidental	11/27	45%	64%	64%	73%	73%
GRUPO DE INGRESOS						
Alto	19/61	21%	42%	68%	58%	63%
Mediano alto	12/55	75%	75%	67%	75%	83%
Mediano bajo	29/49	48%	52%	45%	55%	66%
Bajo	20/29	70%	65%	45%	60%	80%
TOTAL	80/194	51%	56%	54%	60%	71%

MdS = Ministerio de Salud.

Nota: Unos pocos países comunicaron que "no saben"; están incluidos en los denominadores de los porcentajes anteriores. Es posible que tengan matronas en puestos directivos, pero no pudieron especificar cuántas.

Fuente: Encuesta de la ICM.



Formación de trabajadores de SSRMNA en Papua Nueva Guinea.
© Heather Gulliver.

El programa Jóvenes Matrones y Matrones Líderes de la ICM es un ejemplo de apoyo al desarrollo de las habilidades de liderazgo de las matrones (recuadro 6.1).

Trabajo decente

Tener unas condiciones de trabajo dignas en el sector sanitario es fundamental para poder prestar una atención de alta calidad y eficaz. Los déficits de trabajo decente son una de las principales razones por las que casi todos los países tienen dificultades para contratar, asignar a puestos y conservar a suficientes trabajadores sanitarios bien formados y motivados (137).

La capacidad de acceder a un trabajo decente, donde no haya violencia ni discriminación, es esencial para abordar los obstáculos y las dificultades relacionadas con el género para el personal de la SSRMNA (128). La violencia en el lugar de trabajo afecta a todos los profesionales sanitarios, pero es especialmente nociva para las mujeres (136). El acoso sexual en el lugar de trabajo también provoca daños y causa problemas de salud, desgaste, baja moral y estrés. Se ha comprobado que las relaciones de poder entre los géneros y su interseccionalidad con otros factores, como la edad, el estado civil, la etnia y los ingresos, aunque a menudo son invisibles, guardan relación con el tipo y el origen de la violencia experimentada por las mujeres que trabajan en profesiones sanitarias (136, 138). En 2019, la Conferencia

Internacional del Trabajo adoptó un nuevo convenio y una recomendación para combatir la violencia y el acoso en el lugar de trabajo. Se trata del primer tratado internacional que proclama el derecho a trabajar sin sufrir violencia y acoso, lo que incluye la violencia y el acoso por razón de género. Se reconoce que en el sector sanitario existe un riesgo elevado de exposición a la violencia y el acoso: el tratado solicita a los miembros que adopten medidas para combatir dicho riesgo (139).

A pesar de esta atención internacional que se presta a la violencia y el acoso en el lugar de trabajo, solo la mitad (el 52%) de los 164 países que facilitaron datos en las CNPS cuentan con políticas nacionales o subnacionales para prevenir las agresiones a los trabajadores sanitarios, y otro 10% afirma que las tiene en parte. El gráfico 6.1 muestra que los países de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental son los que presentan más probabilidades de contar con esas medidas, que son más habituales en los países de ingreso alto (el 65%, frente al 47% de los países de ingreso bajo y mediano).

Las desigualdades de género aumentan el riesgo de que haya un entorno de trabajo inseguro debido a algunas de las cuestiones señaladas anteriormente, como la falta de oportunidades y de reconocimiento, unos salarios bajos o desiguales, la precariedad laboral y la falta de seguridad en el empleo (136). Como se ha señalado en los capítulos anteriores, faltan datos sobre el personal

Creación de la próxima generación de matronas líderes

El programa Jóvenes Matronas y Matronas Líderes (YML, por sus siglas en inglés) de la ICM permite a las matronas jóvenes (menores de 35 años) de países de ingreso bajo y mediano aprender a desarrollarse como líderes de la profesión y fortalecer sus asociaciones nacionales de matronas. Los objetivos del programa de la ICM son:

- aumentar los conocimientos, las aptitudes y la autoestima relacionadas con el liderazgo (por ejemplo, para la planificación estratégica, la gestión de proyectos y la promoción de políticas);
- aumentar el conocimiento de los sistemas sanitarios; y
- aumentar el compromiso con la profesionalidad de las matronas, su formación, las políticas por las que se rigen, las asociaciones nacionales o regionales de matronas y el sistema sanitario en el que actúan.

Además del programa mundial dirigido por la ICM, el UNFPA apoya un programa YML en 11 países de América Latina y el Caribe y en seis estados de México. Varias cohortes se han beneficiado ya del programa. Se prevé que sus antiguas alumnas formen una comunidad global de jóvenes defensoras de las matronas, compartiendo ideas y experiencias para transformar la partería. A continuación, algunas matronas jóvenes comparten sus opiniones sobre el programa YML.

Sandra Blanco

MÉXICO

“Fue una gran oportunidad para desarrollar mis habilidades de mentoría, seguimiento, liderazgo y gestión”.

Sylvia Hamata

NAMIBIA

“Ser una YML ha mejorado mi inteligencia emocional y autoestima a la hora de utilizar mi voz y mis aptitudes para defender sin miedo al personal de partería y a las mujeres y los recién nacidos. Estar expuesta a la comunidad mundial y vinculada a ella ha ampliado mis conocimientos sobre la influencia del trabajo de las matronas sobre el bienestar materno y de los recién nacidos”.

Bartholomew Kamlewe

ZAMBIA

“La exposición a los cursos de liderazgo en línea y a los seminarios web ha hecho que aumenten notablemente mis conocimientos sobre las cuestiones relativas a la partería desde una perspectiva global y ha incrementado mis aptitudes para la defensa de los temas maternos y neonatales”.

Sandra Lopez

PARAGUAY

“El proyecto tenía como objetivo principal la visualización del profesional obstetra, que la sociedad pueda saber de la existencia, importancia y funciones de este profesional, que los prestadores de servicios puedan identificar al obstetra”.

Andrea Matos Orbegoso

PERÚ

“El programa de jóvenes líderes fue una experiencia motivadora en mi vida personal y profesional. Conocer a jóvenes de otros países de la región que recién iniciaban sus carreras profesionales como yo me ayudó a construir un panorama más real y global de las necesidades de la profesión y de cómo yo podría contribuir”.

Tekla Shiindi Mbidi

NAMIBIA

“El programa YML me ha dado una oportunidad increíble. Mi perspectiva sobre la partería ha cambiado por completo y ahora soy capaz de hablar con confianza sobre las matronas y por ellas, y también sobre la profesión de la partería y su práctica. He creado una red mundial de matronas, tanto jóvenes como experimentadas, y entre ellas hay líderes mundiales de la partería”.

Luseshelo Simwinga

MALAWI

“El programa YML me capacitó para convertirme en una líder proactiva de la partería y defender los derechos de las mujeres embarazadas y los recién nacidos y una atención digna. El programa también me ha proporcionado unas redes perfectas a las que puedo recurrir para adquirir conocimientos de partería para mi práctica diaria”.

Samson Udho

UGANDA

“El programa YML ha transformado mi capacidad para desarrollar redes y de liderazgo. Me siento más asentada como líder y capaz de transformar las ideas en acciones prácticas y sostenibles que fortalezcan mi carrera y la profesión de la partería”.

Contribución de Ann Yates (ICM), Alma Virginia Camacho-Hübner (UNFPA) y Joyce Thompson (consultora del UNFPA).

de la SSRMNA y los que existen rara vez están desglosados por género y profesión.

El movimiento sindical es una fuerza importante para negociar unas condiciones dignas. Muchos países carecen de leyes que exijan y promuevan la igualdad de género en el trabajo. Entre los trabajadores sanitarios, los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de estar sindicados y, por lo tanto, de abogar por un salario y unas condiciones que convengan a los hombres (128). La ausencia de negociación colectiva en muchos países da lugar a diferencias salariales entre hombres y mujeres que sitúan a las mujeres en una situación de desventaja económica de por vida.

El diálogo social es fundamental para poder conseguir unas condiciones de trabajo dignas. El objetivo principal del diálogo social es promover la creación de consenso y la participación democrática entre las principales partes interesadas en el mundo del trabajo. El recuadro 6.2 ofrece ejemplos de cómo se ha aplicado el diálogo social en el caso de las matronas.

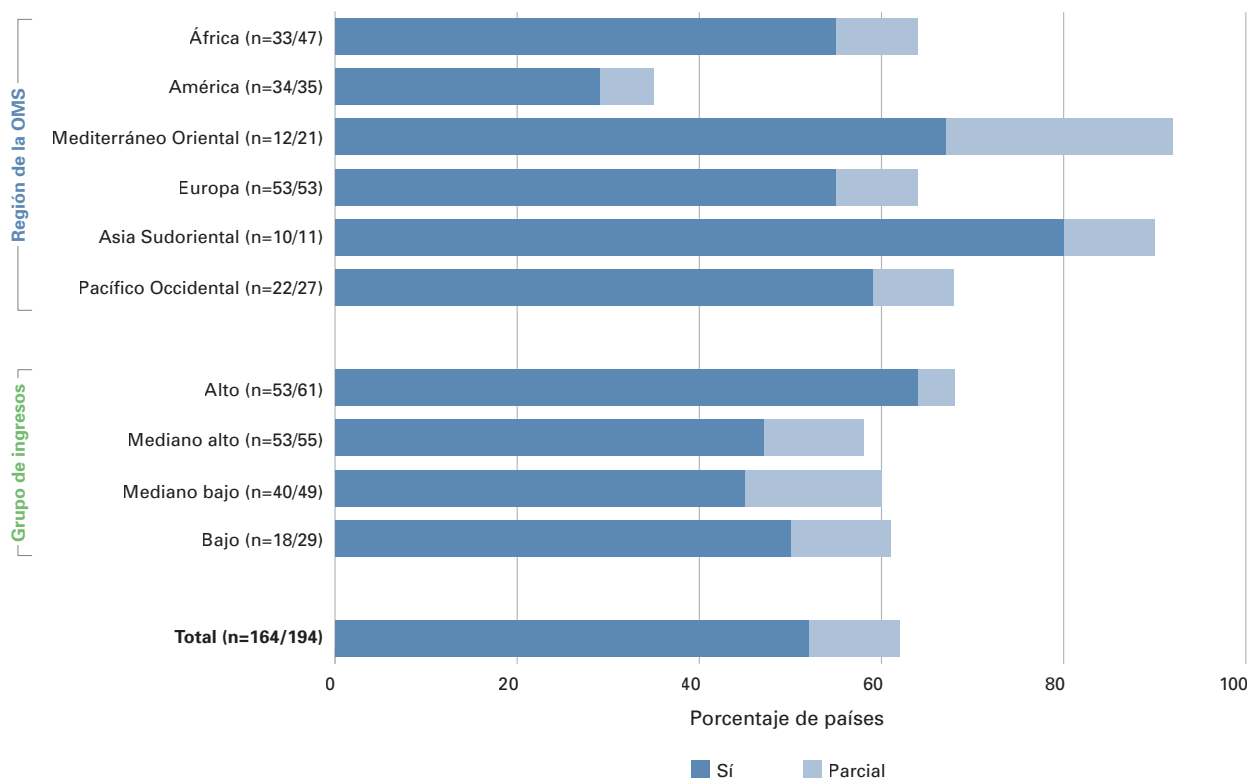
Garantizar que las matronas, así como sus empleadores y otras partes interesadas relevantes, tengan la oportunidad de hacer oír su voz resulta

esencial para que puedan desempeñar un papel pleno y activo en la conformación y el desarrollo del personal de la SSRMNA. El Convenio sobre el Personal de Enfermería, 1977 (145), en lo que se refiere al personal de la SSRMNA, pide que se promueva la participación del personal en la planificación de las políticas globales sanitarias y de enfermería. Contempla la negociación como medio para determinar las condiciones de trabajo y establece mecanismos de solución de controversias. Las matronas que también son enfermeras están cubiertas por este convenio; en el futuro se trabajará para incluir explícitamente a las matronas en estas disposiciones.

Brecha salarial entre hombres y mujeres

La brecha salarial entre hombres y mujeres no es exclusiva de la sanidad, pero los informes indican que en este sector es mayor que en otros (125, 128). La brecha salarial entre hombres y mujeres se debe a que las mujeres están empleadas en funciones de menor categoría o peor remuneradas, lo que pone aún más de manifiesto la intersección con la segregación ocupacional. El recuadro 6.3 destaca estas desigualdades salariales en Marruecos y Túnez. La asistencia sanitaria y social no remunerada también influye en la brecha salarial entre hombres y mujeres en el trabajo sanitario y asistencial (146).

GRÁFICO 6.1 Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales en 164 países para la prevención de las agresiones contra los trabajadores sanitarios, 2019, por región de la OMS y grupo de ingresos del Banco Mundial



Fuente: CNPS, actualización de 2020.

Las matronas comunican que sus ingresos son inferiores a los de otras profesiones similares, lo que a veces les obliga a depender de más fuentes de ingresos para sobrevivir, o a cobrar pagos informales. Estas situaciones pueden aumentar la presión y el agotamiento de las matronas y reducir su accesibilidad a las mujeres, recién nacidos y adolescentes. En los países de ingreso bajo y mediano, las matronas comunican que no reciben reembolsos a través de los programas gubernamentales de seguros. Dichas matronas dieron prioridad a la atención de las mujeres que podían pagarles directamente o pidieron préstamos, con el consiguiente riesgo de sufrir tensiones financieras personales (129).

Estos problemas no son exclusivos de los países de ingreso bajo y mediano. Las matronas de algunos países de ingreso alto se han quejado públicamente de la desigualdad salarial y han tratado de abordar las barreras estructurales que contribuyen a ella (147, 148). En Nueva Zelanda, esta cuestión llegó al Tribunal Supremo del país: se alcanzó un acuerdo por el que las partes se comprometían a diseñar conjuntamente un nuevo modelo que siguiera los principios de la equidad salarial y continúan los debates al respecto.

Avanzar hacia políticas transformadoras desde el punto de vista del género

La mayoría de los sesgos y brechas por razón de género que se mencionan en este capítulo reflejan un sistema desigual y que persiste desde hace décadas. Exigen una reforma del sistema y del entorno laboral que cree unas condiciones de trabajo dignas para

las mujeres y elimine las diferencias de género en los puestos directivos y la remuneración (128). Es necesario un entorno normativo transformador desde la perspectiva de género que aborde las causas subyacentes de las desigualdades de género, garantice los derechos humanos, la influencia y el bienestar de los profesionales que prestan la atención, tanto remunerados como no remunerados, reconozca el verdadero valor del trabajo sanitario y el trabajo de las mujeres, y recompense el esfuerzo adecuadamente (128, 146, 149).

Es posible y factible un empleo de calidad que promueva la igualdad de género y beneficie a todas las partes (usuarios de los servicios, profesionales asistenciales y cuidadoras no remuneradas) (146). La Organización Internacional del Trabajo ha elaborado el “marco de las 5 R para el trabajo de cuidados decente”, que aboga por un entorno normativo transformador de este tipo mediante el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado; la recompensa del trabajo de cuidados remunerado; la promoción de más trabajo digno para los profesionales asistenciales; y la garantía de la representación, el diálogo social y la negociación colectiva de los profesionales asistenciales (146). Es menester desarrollar una trayectoria profesional para las matronas en todos los países, que ofrezca oportunidades de crecimiento y desarrollo, y proporcionar modelos visibles y eficaces para las matronas y otras mujeres jóvenes. Esto les permitiría desempeñar un importante papel transformador en la profesión y contribuir así a la igualdad de género en el ámbito laboral.

RECUADRO 6.2

La importancia del diálogo social

El diálogo social puede contribuir de forma positiva al desarrollo y la reforma de los servicios sanitarios. El diálogo social reúne a los gobiernos, a las organizaciones patronales y de trabajadores y a otros responsables políticos para llegar a acuerdos sobre asuntos en los que tienen opiniones diferentes (140). La libertad de los trabajadores sanitarios para expresar sus inquietudes y para organizarse y participar libremente en el diálogo social está garantizada en los derechos fundamentales de libertad de asociación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva (141). Un diálogo social eficaz requiere interlocutores sociales fuertes, representativos e independientes (137).

En todo el mundo, las organizaciones de trabajadores participan activamente en el diálogo social con las organizaciones patronales y los gobiernos. En 2018, el Servicio de Representación y Asesoría del Personal de Partería (Midwifery Employee Representation and Advisory Service), un sindicato que representa a las matronas en Nueva Zelanda, firmó un convenio colectivo multiempresarial con las juntas sanitarias de distrito. El convenio, de carácter trienal, abarca temas relativos a una dotación de personal que aporte seguridad, las horas de trabajo, incluidas las pausas y los períodos de descanso, el salario y las prestaciones, las vacaciones y

la educación, la formación y el desarrollo. Su objetivo es garantizar un desarrollo sostenible y responsable del personal para proporcionar una atención sanitaria de alta calidad (142). El Sindicato de Matronas y Enfermeras de Malta firmó en 2018 un acuerdo sectorial quinquenal con el Ministerio de Salud que pretende mejorar sustancialmente las condiciones laborales de las enfermeras y matronas que trabajan en los servicios públicos (143). En el Sindicato de Servicios Unidos de Alemania se crearon grupos de interés regionales específicos para matronas con el fin de reforzar su visibilidad y su voz dentro de la organización (144).

Variaciones salariales entre los profesionales de la SSRMNA: los casos de Marruecos y Túnez

La comparación de los salarios de los distintos profesionales de la SSRMNA en dos países de ingreso mediano que cuentan con un personal sanitario relativamente bien desarrollado (Marruecos y Túnez) pone de manifiesto las desigualdades. El siguiente cuadro muestra el salario inicial mensual bruto de los trabajadores del sector público, comparando a las matronas, los médicos generalistas y los obstetras y ginecólogos. También se comparan estos salarios con el *Salair Minimum Interprofessionnel Garanti* (SMIG), el salario mínimo garantizado del sector público, que está establecido por ley.

	Marruecos		Túnez		Salario comparado con el SMIG	
	Dirhams marroquíes	Equivalente en dólares estadounidenses	Dinares tunecinos	Equivalente en dólares estadounidenses	Marruecos	Túnez
SMIG	2.517,00	283,47	348,00	128,76	-	-
Matrona	6.129,32	686,32	1.800,00	664,74	x 2,42	x 5,16
Médico generalista	8.786,78	983,89	3.454,00	1.275,56	x 3,47	x 9,90
Obstetra y ginecólogo	14.915,00	1.670,09	4.055,00	1.487,51	x 5,89	x 11,55

SMIG = salario mínimo del sector público.

Nota: Los datos salariales se facilitaron mediante una comunicación personal en 2021 con UNFPA Marruecos, UNFPA Túnez y el Ministerio de Salud tunecino.

Las matronas ganan algo más del doble del SMIG en Marruecos, pero cinco veces el SMIG en Túnez. En el caso de los médicos generalistas, el salario es 3,5 veces el SMIG en Marruecos, pero casi 10 veces en Túnez. Los obstetras y ginecólogos ganan unas 6 veces el SMIG en Marruecos, pero más de 11 veces el SMIG en Túnez.

Contribución de Atf Ghérissi (consultora independiente) y Mohamed Afifi (Oficina Regional del UNFPA en los Estados Árabes).

Algunas de estas políticas y ejemplos transformadores tienen una relevancia directa para el personal de la SSRMNA. Entre ellas cabe citar las siguientes: las transferencias de protección social y las prestaciones para los trabajadores con responsabilidades familiares; la normativa laboral, incluidas las políticas de permisos y otros mecanismos laborales favorables a la familia que propicien un mayor equilibrio entre la vida laboral y familiar; el fortalecimiento de la negociación colectiva en los sectores de los cuidados; y la creación de alianzas entre los sindicatos que representan a los trabajadores asistenciales y las organizaciones de la sociedad civil que representan a los beneficiarios de los cuidados y a los

cuidadores no remunerados. Tienen una relevancia directa para las necesidades de las matronas una dirección política que negocie y aplique términos y condiciones de empleo dignos y que logre la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor para todos los trabajadores de la SSRMNA y garantizar un entorno laboral seguro, atractivo y estimulante para todos. Es fundamental y muy relevante facilitar la participación plena y efectiva y la igualdad de oportunidades para el liderazgo en todos los niveles de toma de decisiones de la vida política, económica y pública. Las matronas deben estar presentes en todos los espacios donde se tomen decisiones relacionadas con la SSRMNA y los servicios de maternidad.

PROGRESO DESDE 2011 Y DE CARA A 2030

CAPÍTULO 7

Progreso desde 2011

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* es el tercero de la serie. El primero (*El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*) hacía un llamamiento a invertir en la formación y la regulación de la partería y en las asociaciones de matronas, especialmente para mejorar la calidad de la atención. En este aspecto se han producido algunos avances, con un mayor reconocimiento de la importancia de la calidad, además de la cantidad. En el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*, el 79% de los países comunican que cuentan con una lista maestra de instituciones acreditadas de formación de personal sanitario (aunque no específicas de la partería). El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* solicitaba el reconocimiento de la partería como una profesión específica, con puestos en el nivel de las políticas nacionales. El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* señala que la mayoría de los países reconocen la partería como un ámbito separado de la enfermería, y la mitad tienen matronas en puestos directivos a escala nacional.

Por otra parte, todavía no se han tomado medidas en relación con las esferas fundamentales recomendadas en 2011, entre las que figuran las siguientes: estimación de los costos de la partería y las matronas en los planes nacionales de salud; garantizar la disponibilidad y la distribución adecuadas de centros sanitarios debidamente equipados; y mejorar los datos sobre el personal. Del mismo modo, las recomendaciones de 2011 incluían las siguientes: asegurar que las tituladas en partería tuviesen idoneidad en todas las competencias esenciales establecidas por su gobierno y por el órgano de regulación; emplear estándares reconocidos a nivel mundial a fin de mejorar la calidad y la capacidad, prestando la debida atención al equilibrio entre la teoría y la práctica; contratar a docentes, instructores y profesores, y mantener y elevar sus competencias en partería y educación transformativa; promover la investigación y las actividades académicas; y apoyar el desarrollo del liderazgo en partería.



Lamentablemente, de los 75 países que presentaron informes, solo 24 disponen de un sistema que exige la renovación periódica de las licencias de las matronas, con la acreditación de un desarrollo profesional continuo, lo que subraya la necesidad de que estas cuestiones vuelvan a aparecer en las recomendaciones de 2021.

Fortalecer y capacitar a las asociaciones de matronas para que proporcionen el tan necesario liderazgo, la colaboración con las mujeres y la promoción son aspectos muy importantes de los informes de la serie *El Estado de las Matronas en el Mundo*. El informe de 2011 destacó que las asociaciones podrían aumentar la visibilidad de las matronas, elevar su condición en el ámbito de las políticas nacionales y fortalecer sus aportaciones a los planes de salud y a la formulación de políticas. Las asociaciones de matronas son esenciales para una colaboración eficaz con otras asociaciones profesionales, con federaciones regionales e internacionales y con grupos de mujeres y comunidades. El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* también hizo hincapié en la necesidad de establecer una sólida gobernabilidad de las asociaciones de matronas, mediante el fortalecimiento de su capacidad administrativa y la mejora de su gestión financiera. Estas cuestiones siguen siendo actuales y pertinentes.

En 2014, el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo* comunicó que pocos países de ingreso bajo y mediano tenían suficientes profesionales de



La enfermera matrona auxiliar Archana Verma durante una visita de atención prenatal a la casa de la paciente Babil, en el municipio de Kamrawan, distrito de Barabanki, Uttar Pradesh (India). © Fundación Bill y Melinda Gates/Prashant Panjjar.



Explicación de las opciones de métodos anticonceptivos en el Hospital de Ratoma, Conakry (Guinea). © UNFPA Guinea.

la SSRMNA para satisfacer las necesidades, algo que sigue ocurriendo en 2021. Muchos países muestran una mayor disponibilidad de personal desde 2014, pero otros se han estancado y en algunos ha empeorado, porque el incremento del personal no ha sido paralelo al crecimiento de la población. En el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* se pedían datos integrales y desglosados, con la articulación de 10 datos esenciales que debían ser comunicados por cada país. Esto no se ha producido y la necesidad urgente de mejorar los datos sigue siendo una cuestión fundamental en 2021.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* mostró que la partería era una “opción óptima” en la atención primaria de salud; las evidencias presentadas en el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* refuerzan este mensaje. Demuestran que la inversión en matronas contribuye a lograr una “gran convergencia”: acabar con las muertes maternas y neonatales evitables y mejorar la salud y el bienestar.

El informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* introdujo el enfoque *Partería 2030* (expuesto en la contraportada interior del presente informe), partiendo de la premisa de que las mujeres embarazadas están bien de salud a menos que se presenten complicaciones y, por tanto, requieren apoyo y atención preventiva con acceso a los servicios de urgencias cuando sea preciso.

Partería 2030 promueve modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por las matronas, que logran excelentes resultados a un costo menor que los modelos medicalizados. Este enfoque sigue teniendo validez en 2021. Todas las recomendaciones del presente informe tienen como objetivo hacer que *Partería 2030* sea una realidad para todos los países.

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* muestra que, si se dispone de un número suficiente, y si se forman y regulan de acuerdo con las normas reconocidas y trabajan en todo su ámbito de práctica como parte de un equipo integrado dentro de un entorno propicio, las matronas podrían satisfacer alrededor del 90% de la necesidad mundial de intervenciones esenciales de SSRMNA (véanse los apéndices web 3 y 5). A pesar de este vasto potencial, el capítulo 4 muestra que las matronas constituyen una pequeña minoría del personal mundial de la SSRMNA. Las estimaciones de “necesidad satisfecha potencial” que se recogen en el capítulo 4 y en los perfiles de los países presuponen que los trabajadores de la SSRMNA cuentan con sistemas educativos y normativos de alta calidad y desempeñan su labor en un entorno favorable y propicio, pero en el caso de las matronas no siempre es así. En muchos países se requiere una acción concertada en cada uno de estos ámbitos fundamentales para aumentar la oferta y la demanda de matronas y garantizar que puedan desarrollar todo su potencial



Inicio precoz de lactancia materna (Croacia). © Natasha Objava.



Madre y recién nacido en Katmandú (Nepal). © Felicity Copeland.

laboral. Solo entonces se beneficiarán plenamente los sistemas de salud de la valiosa contribución singular que pueden hacer las matronas.

Este es el primer informe *El Estado de las Matronas en el Mundo* al que se ha invitado a participar a todos los Estados miembros de la OMS. Los países de ingreso bajo, mediano y alto presentan diferencias, especialmente en lo relativo al acceso a los recursos, la escasez de personal, las necesidades satisfechas y los resultados de salud. Sin embargo, también hay muchas similitudes, como la necesidad permanente de centrarse en la educación, la regulación y el liderazgo. Las limitaciones para aprovechar al máximo el personal de la SSRMNA varían según el grupo de ingresos en que se halle el país: las restricciones al ámbito de la práctica profesional de las matronas pueden afectar negativamente tanto a su autonomía como a sus modelos de atención.

Los desequilibrios de género en el personal de la SSRMNA (al igual que en el personal sanitario en general) inciden en la necesidad de un entorno normativo que transforme las normas de género, especialmente para el personal de partería, compuesto casi en su totalidad por mujeres. Este informe también llama la atención sobre la importancia de un trabajo digno, en el que no haya violencia ni discriminación, y sobre la necesidad de utilizar el diálogo social como forma de promover

la búsqueda del consenso y la participación democrática y para empoderar al personal.

Reconstruir para mejorar tras los efectos de la Covid-19

Cuando la pandemia de Covid-19 haya sido controlada y el mundo comience a crear resiliencia para afrontar futuras crisis sanitarias, habrá una oportunidad única para reconstruir y transformar los servicios de SSRMNA. Como parte de las iniciativas para lograrlo, será esencial invertir en el crecimiento y la optimización del personal de la SSRMNA.

La Covid-19 ha puesto de manifiesto la importancia de invertir en la atención primaria de salud a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Las matronas son proveedoras esenciales de la atención primaria de salud y pueden desempeñar un papel fundamental para promoverla, sobre todo si se les permite contribuir a satisfacer una amplia variedad de necesidades en materia de SSRMNA, además de la atención a la maternidad.

Este informe describe cómo la pandemia ha dado lugar a nuevas formas de prestar servicios de SSRMNA y de proporcionar educación y formación a las matronas. Una evaluación exhaustiva de las ventajas y desventajas de estas innovaciones, y la conservación de las que se han revelado beneficiosas, pueden ayudar a mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios y programas de educación.

Se necesitan fuertes inversiones de cara a 2030

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* pide que se preste especial atención al acceso universal a los servicios esenciales de SSRMNA, abordando la equidad en todos los niveles y sin dejar a nadie atrás. Las evidencias que contiene el presente informe pueden servir para sustentar las iniciativas

nacionales y subnacionales destinadas a reforzar el personal de la SSRMNA, especialmente las matronas.

Para abordar la carencia de matronas a escala mundial y mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención, es necesario invertir más en cuatro esferas principales que les atañen: educación y formación; planificación, gestión y regulación

Cuatro ámbitos que requieren mayores inversiones:

INVERSIÓN EN



planificación, gestión y regulación del personal sanitario y en el entorno laboral

Sistemas de datos del personal sanitario

- Recopilar un conjunto mínimo de datos sobre el personal sanitario que permita el desglose por grupo ocupacional y ubicación e incluya los siguientes datos: densidad, porcentaje de graduación de los programas de educación y formación, graduadas que comienzan a ejercer en el plazo de un año, duración de la educación y la formación, tasa de entrada de trabajadores sanitarios extranjeros, y tasas de salida voluntaria e involuntaria del mercado laboral sanitario.
- Reforzar los sistemas de datos sobre el personal sanitario que distingan claramente entre matronas y enfermeras, y con la distinción de enfermeras matronas, cuando proceda, para fundamentar las decisiones sobre la combinación y distribución de aptitudes adecuadas de los trabajadores sanitarios para responder a las necesidades sanitarias de la población. A este respecto podría ser útil disponer de un código CIUO específico para las enfermeras-matronas.
- Reflejar y analizar las diversas funciones no clínicas de las matronas, como la educación, la gestión, las políticas, la investigación, la regulación, las asociaciones de matronas y el gobierno; todas estas funciones son importantes para el desarrollo de la profesión.
- Mejorar la comprensión de la cantidad de tiempo que dedican a la SSRMNA los diferentes grupos ocupacionales.

Enfoques de planificación del personal sanitario que reflejen la autonomía y el ámbito profesional de las matronas

- Elaborar planes de asignación de matronas que aprovechen su autonomía y el amplio abanico de servicios de SSRMNA que pueden prestar.
- Garantizar la colaboración entre los proveedores de educación y los planificadores del personal sanitario en los niveles pertinentes del sistema de

salud, a fin de asegurar que el número de graduadas se corresponda con la capacidad de darles empleo.

Atención primaria de salud, especialmente en zonas poco atendidas

- Organizar los equipos para que las matronas puedan realizar la mayoría de las intervenciones de SSRMNA, con acceso a mecanismos de consulta y derivación cuando sea necesario. En muchos países, esto incluirá servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia básica en el nivel de la atención primaria de salud.
- Asignar a las matronas y a otros especialistas en SSRMNA, como las enfermeras especializadas en salud sexual y las enfermeras de neonatología, a puestos cercanos a donde vivan las mujeres y los adolescentes.
- Desarrollar y aplicar estrategias para contratar y conservar a las matronas en los lugares donde más falta hagan.

Entornos laborales propicios y transformadores desde el punto de vista del género

- Desarrollar un entorno normativo transformador desde el punto de vista del género para abordar las causas subyacentes de la desigualdad de género entre el personal sanitario.
- Crear itinerarios profesionales para las matronas y vincularlos a las oportunidades educativas y a la promoción profesional.

Sistemas reglamentarios eficaces

- Proteger al público mediante una regulación que reserve el título de "matrona" a quienes reúnan los requisitos establecidos y apoye a las matronas para que trabajen en todo su ámbito de práctica profesional.
- Utilizar los procesos de regulación para garantizar la competencia continua y el desarrollo profesional permanente de las matronas.

INVERSIÓN EN



educación y formación de alta calidad de las matronas

Educadores e instructores

- Garantizar que todos los educadores e instructores de las matronas posean las aptitudes y los conocimientos necesarios para la enseñanza y sean capaces de mantener sus propias competencias profesionales.
- Crear trayectorias profesionales que animen a las matronas a convertirse en educadoras e instructoras de la próxima generación de profesionales y les faciliten hacerlo.
- Garantizar que haya suficientes preceptores experimentados y capacitados para proporcionar orientación y supervisión durante las prácticas clínicas.

Instituciones de educación y formación

- Crear o reforzar los mecanismos de acreditación para los proveedores de educación y formación, tanto del sector público como del privado, con el fin de garantizar que las matronas cumplan las normas de competencia establecidas y puedan proporcionar de forma segura una atención de alta calidad en todo el ámbito de su práctica.
- Diseñar currículos que incluyan módulos interdisciplinarios para fomentar la colaboración, aumentar la comprensión de las habilidades singulares y comunes, y alentar el trabajo en equipo; preparación y respuesta ante pandemias y emergencias (incluso en entornos frágiles y humanitarios); y los principios de la atención respetuosa.

del personal sanitario y su entorno de trabajo; liderazgo y gobernabilidad; y prestación de servicios. Estas inversiones se deben tener en cuenta a escala nacional, regional y mundial por parte de gobiernos, encargados de formular políticas, autoridades dedicadas a la regulación, instituciones educativas, asociaciones profesionales, organizaciones internacionales, asociaciones mundiales,

agencias de donantes, organizaciones de la sociedad civil e investigadores. En varias de estas esferas se están llevando a cabo iniciativas que pueden servir de base, como los marcos, mecanismos y herramientas para reforzar la partería (34, 150) y para evaluar y acreditar la educación en partería (51, 63, 151), incluido un plan de acción para reforzar la educación en partería de calidad (51).

INVERSIÓN EN



mejoras dirigidas por las matronas en la prestación de servicios de SSRMNA

Comunicaciones y asociaciones

- Aportar evidencias de los beneficios de las matronas como proveedoras clave de servicios de SSRMNA.
- Promover la colaboración continua entre las matronas y las usuarias de los servicios para fomentar la confianza, la comunicación y el respeto mutuo. Buscar las opiniones de las usuarias de los servicios, escucharlas y atenderlas como parte de este proceso.
- Tratar a las matronas como interlocutoras en pie de igualdad y asociadas respetadas en los ámbitos local, nacional, regional y mundial.

Modelos de atención dirigidos por las matronas

- Desarrollar un entorno propicio y favorable en el que pueda prosperar la continuidad de la atención dirigida por las matronas, incluidas las asociaciones de colaboración con otros profesionales sanitarios, por ejemplo de enfermería, obstetricia, ginecología, anestesiología, pediatría y neonatología.

Optimización de las funciones de las matronas

- Reconocer el potencial de las matronas para contribuir en una amplia variedad de servicios e iniciativas de SSRMNA, además de la atención a la maternidad (por ejemplo, abordar la salud y los derechos sexuales

y reproductivos y promover las intervenciones de autocuidado).

- Preparar y capacitar a las matronas para responder a las necesidades de los grupos de usuarias que corren riesgo de sufrir discriminación por características como la edad, la discapacidad, la identidad de género, la orientación sexual, la raza y la religión.
- Preparar y capacitar a las matronas para que participen en los procesos de auditoría y recopilación de datos, incluido el sistema de vigilancia de la mortalidad materna y respuesta a ella.

Aplicación de las lecciones aprendidas de la Covid-19

- Aplicar las lecciones aprendidas de la Covid-19 para crear resiliencia ante futuras crisis sanitarias, de modo que no afecten negativamente a la educación de los profesionales de la SSRMNA, la prestación de servicios y el entorno de trabajo propicio.

INVERSIÓN EN



el liderazgo y la gobernabilidad de la partería

- Crear puestos a escala nacional y subnacional, incluyendo a matronas experimentadas en los Ministerios de Salud nacionales, para que las matronas estén en todos los espacios en los que se toman las decisiones relativas a la SSRMNA.
- Implicar a las matronas en las decisiones normativas pertinentes, la planificación de los programas, la ejecución y la supervisión y evaluación a nivel subnacional, nacional, regional y mundial.
- Desarrollar y reforzar la capacidad institucional de las matronas para que ejerzan el liderazgo y lleven a cabo actividades de promoción que faciliten una atención de alta calidad e incrementen su participación en los procesos de planificación y toma de decisiones de la política sanitaria.

La llegada de un nuevo miembro a la familia, Sidney (Australia).
© Trinh Mai-Guico.



Las matronas desean que se realice una investigación a conciencia sobre la partería y que, a raíz de ella, se aplique la evidencia obtenida.

Asociación de Matronas

El programa de investigación del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo*

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* pone de relieve la existencia de una serie de deficiencias en materia de conocimientos acerca del personal de la SSRMNA, sobre todo de las matronas, que requieren una mayor investigación. Se ha creado una alianza mundial de investigación sobre partería para centrarse en tres prioridades de investigación identificadas en la serie de la revista *The Lancet* sobre partería de 2014: i) investigar los efectos de la atención de maternidad y neonatal de calidad y, en particular, la contribución de la partería, sobre los resultados en materia de salud materna, neonatal y relacionada en diversos entornos; ii) identificar y describir los aspectos de la atención que optimizan o perturban la fisiología de todas las mujeres embarazadas y su feto, recién nacido o niño; y iii) determinar qué indicadores, medidas y parámetros son más valiosos para evaluar la atención de maternidad y neonatal de calidad en todos los entornos, incluidas las opiniones de las mujeres embarazadas; y desarrollar otros nuevos para abordar las deficiencias identificadas (152).

Además de estas prioridades relativas a la investigación, el programa de investigación del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* incluye lo siguiente:

- estudiar países con más de un itinerario educativo en partería para entender cómo se comparan las graduadas de los distintos itinerarios en cuanto a competencias, y dónde y cómo se asignan;
- efectuar una revisión de los enfoques y los avances en la preparación del personal para satisfacer las necesidades específicas de la SSRMNA de los adolescentes, un grupo grande e importante de usuarios de servicios;
- llevar a cabo un análisis en profundidad de los datos subnacionales sobre el personal de SSRMNA;
- explorar los motivos de las variaciones en el ámbito de la práctica profesional de las matronas entre países y regiones;
- analizar el papel específico de las matronas en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de las mujeres y los recién nacidos; y
- evaluar los puntos fuertes y débiles de los enfoques utilizados durante la pandemia de Covid-19 y recomendar formas de mantener la continuidad de la formación en partería y los servicios esenciales de partería y otros servicios de SSRMNA durante futuras pandemias y otras emergencias de salud pública.

El Estado de las Matronas en el Mundo 2021 y su programa de investigación tienen como objetivo apoyar la mejora de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de SSRMNA en todo el mundo. Se anima a todas las partes interesadas a que los consulten para fundamentar su planificación estratégica de cara a 2030 y años posteriores.

Atención de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA): El continuo de la atención de la salud sexual y reproductiva y de la atención materna y neonatal, incluida la que se presta a adolescentes. La atención de la salud sexual incluye la mejora de las relaciones vitales y personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de procreación y de infecciones de transmisión sexual. La salud reproductiva permite a las personas disfrutar de una vida sexual responsable, placentera y segura; tener hijos; y decidir cuándo y con qué frecuencia tenerlos, o si no quieren tener hijos¹.

Atención dirigida por matronas: La matrona es la principal profesional de la atención de la salud, responsable de la planificación, organización y prestación de la atención².

Continuidad de la atención dirigida por matronas: Los modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas (CADM) —consistentes en que una matrona conocida o un pequeño grupo de matronas conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces³.

Demanda de profesionales de SSRMNA*: El número de profesionales de SSRMNA que puede mantener el sistema de salud de un país en términos de puestos financiados o demanda económica de servicios de SSRMNA.

Enfermera: La enfermera es una persona que ha completado un programa de educación básica general en enfermería y está autorizada por la autoridad reguladora pertinente para ejercer la enfermería en su país. La formación básica en enfermería es un programa de estudio reconocido formalmente que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación posbásica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada. La enfermera está preparada y autorizada 1) a llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacitadas de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanzas en materia de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de salud; 4) supervisar y formar a auxiliares de enfermería y de salud; y 5) participar en la labor de investigación⁴.

Enfermera matrona*: En las Cuentas Nacionales del Personal de Salud, los países comunicaron cuántas de sus enfermeras profesionales y enfermeras profesionales de nivel medio contaban con “formación en partería”, definida esta como la de una persona que “ha finalizado con éxito un programa de educación en partería y ha adquirido las cualificaciones requeridas para estar colegiada o legalmente licenciada para ejercer como matrona”. En el informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*, dichas “enfermeras con formación en partería” se denominan “enfermeras matronas”, si bien se reconoce que no todos los países utilizan esta terminología y que no todas las personas incluidas en la categoría de “enfermeras matronas” participan necesariamente en la prestación de atención de partería.

Función de liderazgo (en relación con las matronas)*: La expresión “función de liderazgo” según la define la encuesta de la ICM puede hacer referencia a diversos cargos de gestión, supervisión y ejecutivos, que incluyen a las matronas:

- en puestos del Ministerio de Salud (por ejemplo, matrona jefa, asesora en partería, directora nacional de partería, puestos de asesoramiento);
- como directoras de instalaciones de maternidad regionales o locales (por ejemplo, directora de partería, asesora en partería a un equipo directivo general o superior, matronas a cargo de unidades o plantas de maternidad);
- como directoras de asociaciones profesionales de matronas (por ejemplo, presidenta, directora o directora general);
- como directoras de autoridades dedicadas a la regulación en materia de partería (por ejemplo, presidenta del consejo de partería, directora o directora general);
- como directoras de programas de educación en partería (por ejemplo, jefa de la escuela de partería, directora de partería, jefa del programa de partería).

Género: Las características de mujeres, hombres, niñas y niños construidas socialmente. Como constructo social, el género varía entre las distintas sociedades, y también puede cambiar a lo largo del tiempo. El género es de carácter jerárquico y produce desigualdades que se combinan con otras desigualdades sociales y económicas. Si bien interactúa con el género, el sexo es un concepto distinto que hace referencia a las características biológicas y fisiológicas de las mujeres, los hombres y las personas intersexuales, como, por ejemplo, los cromosomas, las hormonas y los órganos reproductores⁵.

Matrona: La matrona es reconocida como profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidado para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones de madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia. La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil. Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud⁶.

Necesidad de profesionales de SSRMNA*: La cantidad de tiempo de profesionales de SSRMNA necesaria para lograr la cobertura universal de las intervenciones esenciales de SSRMNA enumeradas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.

Necesidad satisfecha potencial*: El porcentaje de tiempo de trabajadores sanitarios necesario para conseguir la cobertura universal de las intervenciones esenciales de SSRMNA que se podría prestar con el personal actual si su educación se ajustara a las normas mundiales, contara con una distribución equitativa y trabajara en un entorno propicio.

Oferta de trabajadores sanitarios: El número de trabajadores sanitarios disponibles para prestar servicios clínicos.

Personal de enfermería, excluido aquel que cuenta con formación en partería*: Todas las personas con una cualificación en enfermería (profesional o profesional de nivel medio) con la excepción de los profesionales de la enfermería o los profesionales asociados de la enfermería con formación en partería, que se cuentan como parte del “personal general de partería” y que se restan del conjunto más amplio del personal de enfermería.

Personal general de partería*: Todas las personas que han finalizado con éxito un programa de educación en partería, ya sean matronas (profesionales o profesionales de nivel medio) o enfermeras (profesionales o profesionales de nivel medio) con formación en partería. La finalización de dicho programa de educación no implica necesariamente que alguien se ajuste a la definición anteriormente expuesta de “matrona”. A efectos de este informe, las enfermeras con formación en partería se han excluido del personal de enfermería.

Personal médico de SSRMNA*: Médicos generalistas, obstetras, ginecólogos y pediatras.

Porcentaje de demanda satisfecha*: El número de profesionales “dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes” previsto para 2030 como porcentaje del número de dichos profesionales equivalentes que está previsto que un país pueda permitirse contratar en 2030.

(Trabajadores) dedicados en exclusiva a la SSRMNA equivalentes*: Recuento ajustado del porcentaje de tiempo en clínica invertido en la atención de la SSRMNA, a fin de estimar la cantidad de tiempo en clínica de profesionales sanitarios disponible para dispensar intervenciones de SSRMNA.

Transformación desde el punto de vista del género: La transformación desde el punto de vista del género examina, cuestiona y modifica activamente las normas de género rígidas y los desequilibrios de poder que dan ventaja a los niños y los hombres por delante de las niñas y las mujeres. Dicha transformación aspira a erradicar las causas profundas de la desigualdad de género y volver a configurar las desiguales relaciones de poder. Con este fin, va más allá de la mejora individual de las niñas y las mujeres para abordar las dinámicas y las estructuras de poder que refuerzan las desigualdades por razón de género⁷.

* Este término es específico del informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*; no es terminología estándar.

REFERENCIAS DEL GLOSARIO

1. Salud sexual y reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>, fecha de consulta: 8 de febrero de 2021).
2. “Position statement: midwifery led care, the first choice for all women”. La Haya: Confederación Internacional de Matronas; 2017 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>, fecha de consulta: 16 de febrero de 2021).
3. *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>, 9 de marzo de 2021).
4. “Definición de enfermera”. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1987 (<https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>, fecha de consulta: 20 de febrero de 2021).
5. “Gender and health”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, fecha de consulta: 3 de marzo de 2021).
6. “Definición Internacional de Matrona de la ICM”. La Haya: Confederación Internacional de Matronas; 2017 (https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/8.1-definition-of-the-midwife_es.pdf, fecha de consulta: 8 de febrero de 2021).
7. “Technical note on gender-transformative approaches in the global programme to end child marriage phase II: a summary for practitioners”. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://www.unicef.org/media/58196/file>, fecha de consulta: 8 de febrero de 2021).

1. Protect the progress: rise, refocus and recover. 2020 progress report on the Every Woman Every Child strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336219>, accessed 8 March 2021).
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations Population Division. Maternal mortality: levels and trends 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, accessed 8 March 2021).
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. A neglected tragedy: the global burden of stillbirths. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>, accessed 8 March 2021).
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality: 2020 report. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme.pdf, accessed 8 March 2021).
5. Global delivery care coverage and trends 2014–2019. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, accessed 12 February 2021).
6. Family planning. New York: United Nations Population Fund; 2021 (<https://www.unfpa.org/family-planning>, accessed 30 April 2021).
7. Sully E, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. New York: The Guttmacher Institute; 2020 (<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#>, accessed 30 April 2021).
8. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020. doi: 10.1111/aogs.14043.
9. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>, accessed 9 March 2021).
10. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (<https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, accessed 17 March 2021).
11. Human rights and the 2030 agenda for sustainable development. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2021 (<https://www.ohchr.org/en/issues/SDGS/pages/the2030agenda.aspx>, accessed 7 February 2021).
12. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 17 March 2021).
13. Oliver K, Parolin Z. Assessing the policy and practice impact of an international policy initiative: the State of the World's Midwifery 2014. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):499. doi: 10.1186/s12913-018-3294-4.
14. International standard classification of occupations (ISCO). Geneva: International Labour Organization; 2008 (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>, accessed 6 February 2021).
15. Partnerships between professional midwives and traditional caregivers with midwifery skills. The Hague: International Confederation of Midwives; 2008 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-partnerships-between-midwives-and-traditional-caregivers.pdf>, accessed 15 February 2021).
16. State of the world's nursing. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>, accessed 8 March 2021).
17. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, accessed 8 March 2021).
18. National health workforce accounts (NHWA). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>, accessed 7 February 2021).
19. International Confederation of Midwives, Direct Relief. Global midwives hub. Santa Barbara: Direct Relief; 2021 (<https://www.globalmidwiveshub.org/>, accessed 15 February 2021).
20. Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2018–19. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-survey-reports/srmncah-policy-survey-2018-full-report-pt-1.pdf?sfvrsn=930f5059_2, accessed 8 March 2021).
21. Aith F, Castilla Martinez M, Cho M, Dussault G, Harris M, Padilla M, et al. Is COVID-19 a turning point for the health workforce? *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e102. doi: 10.26633/RPSP.2020.102.
22. Call to action: COVID-19. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2020 (<https://www.who.int/pmnch/media/news/2020/PMNCH-Call-to-Action-C19.pdf?ua=1>, accessed 6 February 2021).
23. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund; 2011 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en_SOWMR_Full.pdf, accessed 17 March 2021).
24. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: a universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014 (<https://www.unfpa.org/sowmy>, accessed 8 March 2021).
25. Nove A, Boyce M. The state of the Pacific's reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health workforce. Suva: United Nations Population Fund Pacific Sub-Regional Office; 2019 (<https://pacific.unfpa.org/en/publications/state-pacifics-rmncah-workforce-2019-report>, accessed 8 March 2021).
26. Nove A, Boyce M, Michel-Schuld M. Analysis of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce in East and Southern Africa. Johannesburg: United Nations Population Fund East and Southern Africa Regional Office; 2017 (<https://esaro.unfpa.org/en/publications/state-worlds-midwifery-analysis-sexual-reproductive-maternal-newborn-and-adolescent>, accessed 8 March 2021).
27. Nove A, Guerra-Arias M, Pozo-Martin P, Homer C, Matthews Z. Analysis of the midwifery workforce in selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund Arab States Regional Office; 2015 (<https://arabstates.unfpa.org/en/publications/analysis-midwifery-workforce-selected-arab-countries>, accessed 22 March 2021).
28. Camacho AV, Land S, Thompson JE. Strengthening midwifery in Latin America and the Caribbean: a report on the collaboration between the Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund and the International Confederation of Midwives, 2011–2014. Panama City: Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund; 2014.
29. Kanem N. Midwives – defenders of women's rights. Bangkok: United Nations Population Fund; 2019 (<https://asiapacific.unfpa.org/en/news/midwives%E2%80%94defenders-womens-rights#:~:text=Midwives%20are%20public%20health%20heroes,the%20most%20basic%20human%20rights>, accessed 6 February 2021).
30. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health.* 2021;9(1):e24–e32. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1.
31. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

32. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J, et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206. doi: 10.1186/s12884-019-2351-2.
33. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
34. Nove A, Hoop-Bender PT, Moyo NT, Bokosi M. The midwifery services framework: what is it, and why is it needed? *Midwifery*. 2018;57:54–8. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.003.
35. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, accessed 9 March 2021).
36. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.
37. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382:1723–32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3.
38. Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A, et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(46). doi: 10.1186/1471-2393-14-46.
39. Dixon L, Guilliland K, editors. Continuity of midwifery care in Aotearoa New Zealand: partnership in action. Christchurch, New Zealand: New Zealand College of Midwives; 2019 (<https://www.midwife.org.nz/midwives/publications/continuity-of-care-in-aotearoa/>, accessed 17 March 2021).
40. Guilliland K, Pairman S. The midwifery partnership: a model for practice. Wellington, New Zealand: Department of Nursing and Midwifery, Victoria University of Wellington; 1995.
41. Pairman S. Women-centred midwifery: partnerships or professional friendships? In: Kirkham M, editor. *The midwife–mother relationship*. London: Macmillan; 2000.
42. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215–25. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60919-3.
43. Road map for accelerating the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality in Malawi. Lilongwe: Republic of Malawi Ministry of Health; 2012 (<https://www.healthynetwork.org/hnn-content/uploads/Malawi-Roadmap-for-Reducing-MN-mortality-2012.pdf>, accessed 8 March 2021).
44. The DHS Program. STATcompiler. Washington DC: USAID; 2021 (<https://www.statcompiler.com/en/>, accessed 5 February 2021).
45. Ir P, Korachais C, Chheng K, Horemans D, Van Damme W, Meessen B. Boosting facility deliveries with results-based financing: a mixed-methods evaluation of the government midwifery incentive scheme in Cambodia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:170. doi: 10.1186/s12884-015-0589-x.
46. Cronie DJ. Hospital midwives: an examination of the role, diversity and practice conditions of Dutch hospital midwives. Maastricht: Maastricht University; 2019. doi: 10.26481/dis.20191003dc.
47. Waelput AJM, Sijpkens MK, Legendijk J, van Minde MRC, Raat H, Ernst-Smelt HE, et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):254. doi: 10.1186/s12884-017-1425-2.
48. Kansrijke Start. Amsterdam: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2018 (<https://www.kansrijkestart.nl/>, accessed 13 March 2021).
49. Hingstman L, Kenens R. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: Nivel; 2009 (<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-2008>, accessed 17 March 2021).
50. Gavine A, MacGillivray S, McConville F, Gandhi M, Renfrew MJ. Pre-service and in-service education and training for maternal and newborn care providers in low- and middle-income countries: an evidence review and gap analysis. *Midwifery*. 2019;78:104–13. doi: 10.1016/j.midw.2019.08.007.
51. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children’s Fund, International Confederation of Midwives. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/midwifery/strengthening-midwifery-education/en/, accessed 8 March 2021).
52. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2020;80(10):1008–15. doi: 10.1055/a-1138-1948.
53. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. *Women Birth*. 2021;34(1):e76–e83. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.009.
54. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students’ experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2018;9:64–71. doi: 10.5116/ijme.5a88.0344.
55. Homer CSE, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth*. 2017;30(3):193–9. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.012.
56. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):55. doi: 10.1186/s12884-018-1686-4.
57. Filby A, McConville F, Anayda P. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0153391. doi: 10.1371/journal.pone.0153391.
58. Strengthening quality midwifery education: meeting report, July 25–26 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259278/WHO-FWC-MCA-17.12-eng.pdf?sequence=1>, accessed 17 March 2021).
59. McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F, et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. *Birth*. 2020;47(4):304–21. doi: 10.1111/birt.12498.
60. Regional offices. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices>, accessed 2 April 2021).
61. World Bank country and lending groups. Washington DC: World Bank; 2021 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, accessed 2 April 2021).
62. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1489604. doi: 10.1080/16549716.2018.1489604.
63. Midwifery education accreditation programme (MEAP). The Hague: International Confederation of Midwives; 2021 (<https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/meap.html>, accessed 7 March 2021).
64. Bogren M, Kaboru BB, Berg M. Barriers to delivering quality midwifery education programmes in the Democratic Republic of Congo – an interview study with educators and clinical preceptors. *Women Birth*. 2021;34(1):e67–e75. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.004.
65. Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries – a descriptive report. *Sex Reprod Healthc*. 2012;3(2):67–72. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.004.

66. Task sharing to improve access to family planning/contraception. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/task-sharing-access-fp-contraception/en/>, accessed 30 January 2021).
67. Furuta M. 2020 international year of midwifery – in the midst of a pandemic. *Midwifery*. 2020;87:102739. doi: 10.1016/j.midw.2020.102739.
68. COVID-19 advice for students and educators. Canberra City: Australian College of Midwives; 2021 (<https://www.midwives.org.au/covid-19-advice-students-and-educators>, accessed 1 February 2021).
69. Morin KH. Nursing education after COVID-19: same or different? *J Clin Nurs*. 2020;29(17-18):3117–9. doi: 10.1111/jocn.15322.
70. Luyben A, Fleming V, Vermeulen J. Midwifery education in COVID-19-time: challenges and opportunities. *Midwifery*. 2020;89:102776. doi: 10.1016/j.midw.2020.102776.
71. NMC statement: enabling student education and supporting the workforce. London: Nursing and Midwifery Council; 2021 (<https://www.nmc.org.uk/news/news-and-updates/statement-enabling-student-education-and-supporting-the-workforce/>, accessed 1 February 2021).
72. Renfrew MJ, Bradshaw G, Burnett A, Byrom A, Entwistle F, King K, et al. Sustaining quality education and practice learning in a pandemic and beyond: 'I have never learnt as much in my life, as quickly, ever'. *Midwifery*. 2021;94:102915. doi: 10.1016/j.midw.2020.102915.
73. Midwives during COVID-19 – a position statement from the professional midwives associations of Latin America. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (<https://internationalmidwives.org/icm-news/midwives-during-covid-19-a-position-statement-from-the-professional-midwives-associations-of-latin-america.html>, accessed 10 February 2021).
74. Promoción de salud mujer y RN / obstetricia UChile. Santiago: University of Chile; 2021 (https://www.youtube.com/channel/UCW8wGp1N58bf_DldDss4ioQ, accessed 10 February 2021).
75. Recursos de interés. Santiago: University of Chile; 2021 (<http://deptopromomujeryrn.med.uchile.cl/wp/>, accessed 10 February 2021).
76. Repositorio UNFPA. Santiago: University of Chile; 2021 (<http://depto-promomujeryrn.med.uchile.cl/wp/repositorio-unfpa/>, accessed 10 February 2021).
77. Covid-19 educational materials. Couva, Trinidad: Caribbean Regional Midwives Association; 2021 (<https://caribbean-regionalmidwivesassociation.com/covid-19-pandemic/>, accessed 10 February 2021).
78. Hobbs AJ, Moller AB, Kachikis A, Carvajal-Aguirre L, Say L, Chou D. Scoping review to identify and map the health personnel considered skilled birth attendants in low- and middle-income countries from 2000–2015. *PLoS ONE*. 2019;14(2):e0211576. doi: 10.1371/journal.pone.0211576.
79. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Federation of Gynecology and Obstetrics, et al. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth>, accessed 6 February 2021).
80. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024: second review of progress. Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310>, accessed 9 March 2021).
81. ten Hoope-Bender P, Nove A, Sochas L, Matthews Z, Homer CSE, Pozo-Martin F. The 'dream team' for sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health: an adjusted service target model to estimate the ideal mix of health care professionals to cover population need. *Hum Resour Health*. 2017;15:46. doi: 10.1186/s12960-017-0221-4.
82. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2015;93:259–70. doi: 10.2471/BLT.14.140996.
83. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>, accessed 26 April 2021).
84. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2020;59(6):808–11. doi: 10.1016/j.tjog.2020.09.005.
85. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337333/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 17 March 2021).
86. Keep health workers safe to keep patients safe. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>, accessed 5 February 2021).
87. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475–e83. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X).
88. COVID-19: health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout. London: Amnesty International; 2021 (https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/?utm_source=TWITTER-IS&utm_medium=social&utm_content=4546684499&utm_campaign=Other&utm_term=Making_the_Case_for_Human_Rights-No, accessed 13 March 2021).
89. Laporan Covid-19. Jakarta: Digital Center for Indonesian Health Workers; 2021 (<https://nakes.laporcovid19.org/>, accessed 6 February 2021).
90. International Council of Nurses: COVID-19 update, 13 January 2021. Geneva: International Council of Nurses; 2021 (<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>, accessed 6 February 2021).
91. McKay D, Heisler M, Mishori R, Catton H, Kloiber O. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10239):1743–5. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31191-0.
92. Global call to action: protecting midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/05/1call-to-action.pdf>, accessed 13 February 2021).
93. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, Mackenzie A, Nancarrow S, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health*. 2020;18:83. doi: 10.1186/s12960-020-00529-0.
94. Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):21. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.
95. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):11. doi: 10.1186/s12960-017-0187-2.
96. Rehnström Loi U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. 2015;15:139. doi: 10.1186/s12889-015-1502-2.
97. Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(2):122–6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609407>, accessed 17 March 2021).
98. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W, Perfilieva G, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2013;91(11):834–40. doi: 10.2471/BLT.13.119008.

99. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, accessed 8 March 2021).
100. Matthews Z, Rawlins B, Duong J, Molla YB, Moran AC, Singh K, et al. Geospatial analysis for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: gaps and opportunities. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 5):e001702. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001702.
101. WorldPop, University of Louisville, Université de Namur, Columbia University. Global high resolution population denominators project. Southampton, UK: WorldPop; 2018 (<https://www.worldpop.org/doi/10.5258/SOTON/WP00646>, accessed 4 February 2021).
102. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km births. Version 2.0 2015 estimates of numbers of live births per grid square, with national totals adjusted to match UN national estimates on numbers of live births. Southampton, UK: WorldPop; 2017.
103. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km pregnancies. Version 2.0 2015 estimates of numbers of pregnancies per grid square, with national totals adjusted to match national estimates on numbers of pregnancies made by the Guttmacher Institute. Southampton, UK: WorldPop; 2017.
104. Ghana demographic and health survey 2014. Rockville: Ghana Statistical Service, Ghana Health Service and ICF International; 2015 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR307/FR307.pdf>, accessed 17 March 2021).
105. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71. doi: 10.1186/1742-4755-11-71.
106. Hartz DL, Blain J, Caplice S, Allende T, Anderson S, Hall B, et al. Evaluation of an Australian Aboriginal model of maternity care: The Malabar Community Midwifery Link Service. *Women Birth*. 2019;32(5):427–36. doi: 10.1016/j.wombi.2019.07.002.
107. Proujansky A. The black midwives changing care for women of color – photo essay. *The Guardian*. 25 July 2019 (<https://www.theguardian.com/society/2019/jul/24/black-midwives-photo-essay>, accessed 9 March 2021).
108. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2017;125(8):932–42. doi: 10.1111/1471-0528.15015.
109. Respectful maternity care charter, 2018 update. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2018 (<https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/>, accessed 12 February 2021).
110. Bohren MA, Vogel JP, Tuncalp O, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640–55. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.07.003.
111. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):6–18. doi: 10.1080/09688080.2018.1508173.
112. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
113. Jolivet RR, Warren CE, Sripath P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter. *Health Hum Rights*. 2020;22(1):391–4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348430/pdf/hhr-22-01-391.pdf>, accessed 17 March 2021).
114. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance, 1 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>, accessed 17 March 2021).
115. What women want! Washington DC: White Ribbon Alliance; 2021 (<https://www.whiteribbonalliance.org/whatwomenwant/>, accessed 12 February 2021).
116. Pate MA. Why protecting, promoting essential services for women and children is now more critical than ever. *World Bank Blogs*, 16 October 2020. (<https://blogs.worldbank.org/health/why-protecting-promoting-essential-services-women-and-children-now-more-critical-ever>, accessed 6 February 2021).
117. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(7):e901–e8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1.
118. Cousins S. COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *Lancet*. 2020;396(10247):301–2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31679-2.
119. Protecting essential services for women, children and adolescents during COVID-19. Washington DC: The World Bank Group; (https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-IG11-3-Protecting-Essential-Services-in-Times-of-COVID19.pdf, accessed 30 April 2021).
120. Liu Q, Luo D, Haase JE, Gou Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e790–8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.
121. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*. 2020;15(9):e0238217. doi: 10.1371/journal.pone.0238217.
122. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020;5(6):e002967. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002967.
123. Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of Covid-19 on midwives’ practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. *Midwifery*. 2020;89:102775. doi: 10.1016/j.midw.2020.102775.
124. Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and sub-national decision-makers. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-monitoring-2021.1, accessed 9 March 2021).
125. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. *Health Workforce Working Paper 1*. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1>, accessed 17 March 2021).
126. Magar V, Gerecke M, Dhillon IS, Campbell J. Women’s contributions to sustainable development through work in health: using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).
127. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).
128. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization Global Health Workforce Network’s Gender Equity Hub; 2019 (<https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>, accessed 9 March 2021).
129. International Confederation of Midwives, World Health Organization, White Ribbon Alliance. *Midwives’ voices, midwives’ realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf>, accessed 17 March 2021).

130. ILO violence and harassment convention, 2019 (no.190): 12 ways it can support the COVID-19 response and recovery. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-arabstates/-ro-beirut/documents/briefingnote/wcms_748420.pdf, accessed 10 February 2021).
131. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020;87:11-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
132. Theorell T. COVID-19 and working conditions in health care. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):193-4. doi: 10.1159/000507765.
133. Currie S, Azfar P, Fowler RC. A bold new beginning for midwifery in Afghanistan. *Midwifery.* 2007;23(3):226-34. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.003.
134. Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Hum Resour Health.* 2008;30(6):21. doi: 10.1186/1478-4491-6-21.
135. Study and work in the EU: set apart by gender. Review of the implementation of the Beijing Platform for Action. Brussels: European Institute for Gender Equality; 2018 (<https://eige.europa.eu/publications/study-and-work-eu-set-apart-gender-report>, accessed 9 March 2021).
136. George AS, McConville FE, de Vries S, Nigenda G, Sarfraz S, Mclsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ.* 2020;371:m3546. doi: 10.1136/bmj.m3546.
137. Improving employment and working conditions in health services. Geneva: International Labour Organization Sectoral Policies Department; 2017 (https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang--en/index.htm, accessed 9 March 2021).
138. Jaffré Y, Lange IL. Being a midwife in West Africa: between sensory experiences, moral standards, socio-technical violence and affective constraints. *Soc Sci Med.* 2021;276:113842. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113842.
139. Eliminating violence and harassment in the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2021 (<https://www.ilo.org/global/topics/violence-harassment/lang--en/index.htm>, accessed 10 February 2021).
140. Note on the proceedings: joint meeting on social dialogue in the health services: institutions, capacity and effectiveness. Geneva: International Labour Organization; 2002 (<https://www.ilo.org/public/english/standards/realm/gb/docs/gb286/pdf/jmhs-n.pdf>, accessed 6 February 2021).
141. Freedom of association and protection of the right to organise convention. Geneva: International Labour Organization; 1948 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C087, accessed 6 February 2021).
142. DHBs/MERAS multi-employer collective agreement. Auckland: Midwifery Employee Representation and Advisory Services; 2019 (<https://meras.midwife.org.nz/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/MERAS-MECA-1-February-2018-31-January-2021-Final-signed-version.pdf>, accessed 6 February 2021).
143. Sectoral agreement signed between government and MUMN. Valletta, Malta: Malta Union of Midwives and Nurses; 2018 (<https://www.mumn.org/news/sectoral-agreement-signed-between-government-and-mumn/>, accessed 4 February 2021).
144. Neugründung ver.di-Hebammengruppe Weser-Ems. Berlin: ver.di; 2020 (<https://hebammen-niedersachsen.de/verdi-hebammengruppe-weser-ems/>, accessed 6 February 2021).
145. ILO nursing personnel convention no. 149: recognize their contribution, address their needs. Geneva: International Labour Organization; 2005 (http://www.ilo.int/sector/Resources/publications/WCMS_508335/lang--en/index.htm, accessed 6 February 2021).
146. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, accessed 17 March 2021).
147. Breen K. Ontario government discriminated against midwives on pay since 2005, human rights tribunal finds. *Global News*, 25 September 2018. (<https://globalnews.ca/news/4484264/ontario-discriminated-against-midwives-pay-equity/>, accessed 4 February 2021).
148. Guilliland K, Pittam D. Historic win for midwives. *Midwifery News* June 2017. Christchurch: New Zealand College of Midwives; 2017 (<https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/02/Pages-from-Midwifery-News-85-June-2017-hi-res.pdf>, accessed 5 February 2021).
149. Halonen T, Jilani H, Gilmore K, Bustreo F. Realisation of human rights to health and through health. *Lancet.* 2017;389(10084):2087-9. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31359-4.
150. Strengthening midwifery toolkit. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/, accessed 2 April 2021).
151. Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2020/midwifery-assessment-tool-for-education-mate-2020>, accessed 2 April 2021).
152. Research priorities. Orange, Connecticut: Quality Maternal and Newborn Care Research Alliance; 2021 (<https://www.qmnc.org/qmnc-research-alliance/research-priorities/>, accessed 2 April 2021).

PARTERÍA 2030

EL CAMINO HACIA LA SALUD

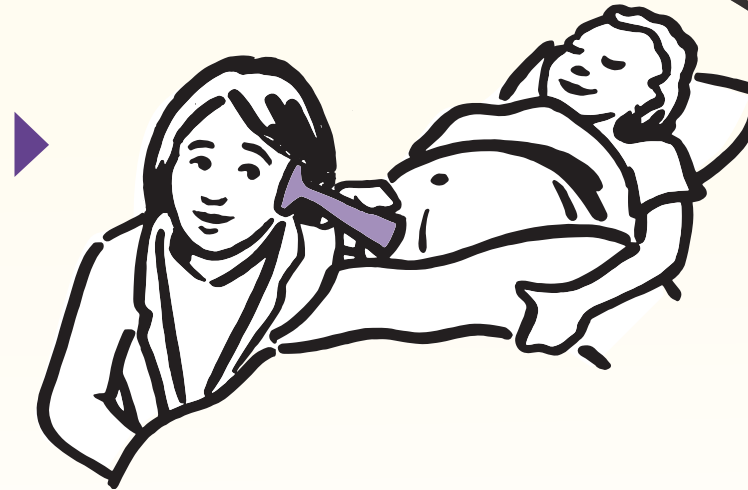


PLANIFICAR Y PREPARARSE *implica*

- retrasar el matrimonio
- completar la educación secundaria
- proporcionar educación sexual integral a niños y niñas
- protegerse contra el VIH
- conservar un estado nutricional y de salud adecuados
- planificar los embarazos mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos

GARANTIZAR UN COMIENZO SALUDABLE *implica*

- cuidar su salud y prepararse para el embarazo, el parto y los primeros meses como nueva familia
- acceder a por lo menos cuatro visitas de atención prenatal, que incluyen hablar sobre la preparación para el parto y diseñar un plan de emergencia
- exigir y recibir atención de partería profesional preventiva y de apoyo para que usted y su bebé conserven su salud, y para afrontar las posibles complicaciones con eficacia



¿QUÉ LO HACE POSIBLE?

1

Todas las mujeres en edad reproductiva, incluidas las adolescentes, tienen acceso universal a la atención de partería cuando lo requieran.

2

Los gobiernos son responsables de proporcionar y proporcionan un marco normativo propicio.

3

Los gobiernos y los sistemas de salud son responsables de proporcionar y proporcionan un marco con todos los recursos necesarios.

4

La recopilación y el análisis de datos están totalmente incorporados en la prestación y el desarrollo de servicios.

5

Se da prioridad a la atención de partería en los presupuestos nacionales de salud; todas las mujeres reciben protección financiera universal.



RESPALDAR UN COMIENZO SEGURO *implica*

- acceder de forma segura a los servicios de partería que usted elija cuando comience el parto
- recibir atención respetuosa, preventiva y de apoyo, brindada por matronas competentes con acceso a los equipos y suministros necesarios y recibir atención obstétrica de urgencia en caso de necesidad
- participar en la toma de decisiones relacionadas con la atención que usted y su bebé recibirán
- contar con la privacidad y el espacio adecuados para vivir el parto sin molestias e intervenciones innecesarias
- recibir el apoyo de un equipo de matronas dispuestas a colaborar en el caso de que precise atención obstétrica de urgencia



SENTAR LAS BASES PARA EL FUTURO *implica*

- comenzar de inmediato con la lactancia materna y recibir el apoyo para continuar con ella por el tiempo que usted desee
- recibir información y apoyo para el cuidado del recién nacido durante los primeros meses y años de vida
- recibir información sobre planificación familiar a fin de poder organizar su próximo embarazo de manera eficaz y con el tiempo necesario
- recibir el apoyo del equipo de partería para acceder a los servicios de salud familiar e infantil y a los programas de vacunación en el momento adecuado



6

La atención de partería se presta en colaboración con profesionales de la salud, colaboradores de nivel medio y personal lego de salud.

7

La atención primaria de partería se presta en entornos cercanos a la mujer y su familia, y ofrece servicios de derivación sin interrupciones al siguiente nivel de servicios.

8

El personal de partería está sustentado por una educación de calidad, la regulación pertinente y una gestión eficaz de recursos humanos y de otro tipo.

9

Todos los profesionales de la salud son responsables de proporcionar y proporcionan atención respetuosa y de calidad.


10

Las asociaciones profesionales proporcionan liderazgo a sus miembros para facilitar la prestación de atención de calidad.

EL ESTADO
DE LAS
Matronas
en el Mundo
2021



Escanee este código para acceder
al informe completo *El Estado
de las Matronas en el Mundo 2021*
en <https://www.unfpa.org/es/sowmy>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
 @UNFPA

eISBN: 9789210058537