



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS

Revisión de diferentes modelos de partería y su relación con el índice de cesáreas

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Buela Gimena
Br. Clementino Romina
Br. Cúneo Giuliana

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Romina Ferreira

CO TUTORA: Asist. Dra Florencia Felman

Montevideo, Diciembre 2024

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título: Revisión de diferentes modelos de partería y su relación con el índice de cesáreas.

Modalidad: Monografía

Autor/a o Autores/las

Br. Buela Gimena

Br. Clementino Romina

Br. Cúneo Giuliana

Tutora

Prof. Adj. Obst. Part. Romina Ferreira

Co Tutora

Asistente Dra Florencia Felman

Carrera

Obstetra Partera/o

Puntaje / Calificación

NOTA 9

Tribunal



Prof. Adj. Romina Ferreira



Prof. Adj. María Noel Barceló



Asist. Florencia Felman



Asist. Carina Da Costa

Fecha 02/12/2024

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría agradecer a Romina y Florencia, nuestras tutoras que, a pesar de nuestros tiempos ambiciosos, depositaron su tiempo y confianza en nosotras para poder realizar este trabajo. Sin dudas que, sin su apoyo continuo en las semanas previas a esta entrega, la misma no podría haber sido posible.

También agradecer a todas las profesoras y parteras que nos cruzamos en nuestro trayecto por esta formación, ya que de cada una de ellas nos llevamos un valioso aprendizaje que sin dudas nos servirá en el ejercicio de esta profesión.

A nuestras compañeras de carrera, que nos acompañaron a lo largo de todos estos años, de las cuales algunas se convirtieron en grandes amigas.

Por último, pero no menos importante, infinitas gracias a nuestros familiares, amigos y parejas, que durante todos estos años nos acompañaron incondicionalmente, dándonos su apoyo y confiando en nosotras en cada altibajo de esta carrera. Sin dudas fueron nuestro motor para seguir adelante.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen/Abstract.....	4
Introducción.....	8
Objetivos.....	14
Marco teórico.....	15
Capítulo 1	
1.1 Evolución de la partería a lo largo de la historia.....	15
1.2 Formación de las parteras.....	20
1.3 Historia de la cesárea.....	23
1.4 La cesárea.....	33
1.5 Índice de cesáreas.....	40
Capítulo 2	
2.1 Rol de la partería.....	46
2.2 Modelos de partería.....	50
2.3 Estrategias para disminuir el índice de cesáreas.....	60
Capítulo 3	
3.1 Análisis.....	73
Conclusiones.....	81
Referencias bibliográficas.....	83

RESUMEN

Declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan que el índice ideal de cesáreas no debe superar al 15%, ya que no están demostrados los beneficios de la misma en mujeres o neonatos para los cuales este procedimiento resulta innecesario.

No obstante, en las últimas décadas se ha vuelto cotidiana la elección de esta vía de nacimiento sin indicación médica aparente; razón por la cual muchos países superan ampliamente esta cifra, incluyendo Uruguay que cuenta con una tasa en 2023 a nivel Nacional del 50%.

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para extraer al feto del vientre materno cuando no es posible un parto vaginal. Este procedimiento si se realiza de forma oportuna, permite salvar vidas y prevenir la morbimortalidad materna y neonatal, pero como cualquier otra cirugía se asocia a riesgos a corto y largo plazo.

La Confederación Internacional de Matronas reconoce a las parteras como las profesionales apropiadas para atender a las mujeres en edad fértil, promoviendo el modelo de atención de la partería basado en el respeto por la dignidad humana, en la compasión y en la promoción de los derechos humanos de todas las personas.

El objetivo de esta monografía es evaluar el impacto de los distintos modelos de partería y ver si guardan relación con el índice de cesáreas, así como también buscar acerca de las distintas estrategias que se han implementado para reducir este índice.

Dentro de las estrategias adoptadas se encuentran distintas guías, proyectos y leyes donde se destaca la importancia de un modelo de atención de partería que priorice a la gestante, informándola para que tome sus propias decisiones y respetando todos sus derechos.

La evidencia sugiere que al integrar a las parteras de manera efectiva y fomentar prácticas basadas en evidencia es posible lograr una reducción significativa en la tasa de cesáreas, beneficiando de este modo la salud materna e infantil a nivel mundial.

Palabras claves: índice de cesáreas, parteras, modelo de atención de partería, estrategias.

ABSTRACT

Statements from the World Health Organization (WHO) indicate that the ideal cesarean rate should not exceed 15%, as there is no evidence of benefits for women or neo-nates for whom this procedure is unnecessary.

However, in recent decades, the choice of this birth method without apparent medical indication has become commonplace, leading many countries to far exceed this figure, including Uruguay, which in 2023 had a national rate of 50%.

A cesarean section is a surgical procedure used to extract a baby when vaginal birth is not possible. If performed timely, it can save lives and prevent maternal and neonatal morbidity and mortality, but like any other surgery, it is associated with short and long-term risks.

The International Confederation of Midwives recognizes midwives as the appropriate professionals to care for women of childbearing age, promoting a midwifery care model based on respect for human dignity, compassion, and the promotion of human rights for all individuals.

The objective of this monograph is to evaluate the impact of different midwifery models and see if they are related to the cesarean rate, as well as to investigate the various strategies that have been implemented to reduce this rate.

Among the adopted strategies are various guidelines, projects, and laws that highlight the importance of a midwifery care model that prioritizes the pregnant

woman, informing her so that she can make her own decisions and respecting all her rights.

Evidence suggests that by effectively integrating midwives and promoting evidence-based practices, a significant reduction in the cesarean rate can be achieved, thereby benefiting maternal and child health globally.

Keywords: cesarean rate, midwives, midwifery care model, strategies.

INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la carrera Obstetra Partera, el cual es requisito para la obtención del título. En el mencionado trabajo, se pretende hacer una revisión para comparar los modelos de atención de partería y ver si se relacionan con el índice de cesáreas.

Para comenzar, partiremos desde la base de que, en la declaración de Fortaleza del año 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15%, afirmando que no hay justificación para que ningún país supere esta cifra. Sin embargo, según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 2023 nuestro país tuvo una cifra del 50% (OMS,1985; MSP, 2023c).

La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal mediante una incisión en el abdomen y el útero. Es un procedimiento que si se realiza de manera oportuna y eficaz puede prevenir la morbilidad materna y fetal en situaciones donde el parto vaginal podría poner en riesgo la salud de la madre o el neonato. Pero como toda intervención quirúrgica invasiva no está exenta de complicaciones.

Aunque la morbilidad ha disminuido tanto en países desarrollados como en países en desarrollo esta práctica va en aumento considerándose un problema de Salud Pública. Dado que conlleva complicaciones a corto y largo plazo para la mujer y el neonato, además de mayores costos financieros para el sistema de salud, lo que subraya la necesidad de una gestión adecuada y una evaluación cuidadosa de las indicaciones para su uso.

Para intentar solucionar este problema se han creado estrategias que serán descritas en este trabajo; donde haremos énfasis en la idoneidad de la partera como recurso humano fundamental y autónomo para la asistencia del parto de bajo riesgo para reducir la incidencia, prevalencia y complicaciones de la cesárea.

Si examinamos brevemente la evolución histórica de la asistencia del parto, podemos entender cómo y por qué ha cambiado la manera de nacer. Esto nos permite identificar los avances y retrocesos que han ocurrido, y que nos han llevado a la realidad actual, donde enfrentamos tasas de cesáreas muy por encima de lo recomendado.

Desde el inicio de la civilización, las parteras han asistido y acompañado a las mujeres durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido. Esta práctica comenzó con conocimientos básicos transmitidos de generación en generación, los cuales se basaban en cada tradición según la cultura en la cual estaban inmersas.

En la mayoría de estas culturas, el nacimiento se llevaba a cabo en el hogar; la atención se centraba en el bienestar emocional y físico de la madre y el bebé, donde el apoyo comunitario jugaba un papel fundamental.

Durante los últimos años del siglo XI la medicina se convirtió en una disciplina, con todo lo que esto implica, transformándose en un área exclusivamente de hombres; dado que eran los únicos que tenían acceso a la educación.

A partir del siglo XIV y por más de cuatro siglos, históricamente nos encontramos en el período de la inquisición, donde la iglesia católica y el poder existente controlaban la educación y la práctica de la medicina. Las parteras, y muchas mujeres eran acusadas de ser brujas y representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia católica y protestante como también para el Estado. Por esta razón

eran condenadas y en su mayoría quemadas vivas en la hoguera, entre otros castigos (Ehrenreich & English, 1973).

A partir de los siglos XV y XVI, finalmente las parteras fueron totalmente desplazadas de su labor, quedando en manos de los varones el arte de partear. Pasaron a tomar un papel importante los llamados barberos o cirujanos quienes practicaban las cirugías para el nacimiento; que inicialmente lo hacían sólo extrayendo un feto fallecido (Lazo, 2020).

A medida que la ciencia fue avanzando y ampliando sus conocimientos sobre la anatomía y fisiología humana con las cesáreas, mejoraron su técnica y comenzaron a realizarse operaciones con mejores resultados obstétricos y perinatales.

Más adelante, en el siglo XIX, con la introducción de la antisepsia y anestesia, la obstetricia comenzó a profesionalizarse como una especialidad médica; y las parteras tradicionales fueron reemplazadas por mujeres alfabetas entrenadas en las diferentes escuelas de medicina por médicos.

Sin embargo, en los inicios del siglo XX, fueron los médicos quienes comenzaron a desempeñar un papel más activo en el parto (Lazo, 2020).

Esto fue dando lugar a la medicalización del parto definida como el proceso por el cual el control y la asistencia del embarazo, trabajo de parto y puerperio pasaron a organizarse en función de lo que fue recomendando el discurso médico.

Tanto Uruguay, como la mayoría de los países de América Latina, adoptó esta transformación junto con nuevas ideas sanitarias, como los modelos de atención médica, la fundación de escuelas de medicina y la construcción de hospitales, inspirándose en Europa (Magnone, 2022).

La institucionalización del parto en Uruguay, comenzó a principios del siglo XX y fue impulsada por Augusto Turenne a partir de distintas estrategias según la clase social; inicialmente se indicó para las mujeres más pobres.

En 1915 se fundó la Casa de Maternidad, ubicada en el mismo predio que el Hospital de Niños Pereira Rossell; ideada como una organización con el fin de proteger de forma moral, social y legal a las mujeres embarazadas más carenciadas (Magnone, 2022).

Fue así, como se comenzaron a asistir a nivel hospitalario sólo los partos de aquellas mujeres que tenían ciertas patologías o que se encontraban desamparadas. Más adelante se agregaron dos nuevas causas de hospitalización del parto, una de ellas fue ser primeriza y la otra fue no tener una vivienda con las condiciones higiénicas adecuadas (Magnone, 2022).

Con la creación del MSP y el Código del Niño, se consolidó la institucionalización y hospitalización del parto, convirtiendo a los hospitales y clínicas como los lugares principales para la asistencia del mismo. De la mano con esto, se comenzó a reflejar un aumento en la profesionalización y la necesidad de manejar complicaciones médicas con intervenciones más sofisticadas, donde las prácticas se estandarizaron, y el enfoque en el parto como un evento médico se volvió predominante (Magnone, 2022).

Todo este proceso llevó a una disminución de los partos domiciliarios, reasignando a las parteras a realizar sus tareas a nivel hospitalario, en un rol subordinado a los médicos; produciéndose así lo que en la década de los cuarenta se llamó la «liberalización de la cesárea», que pasó de utilizarse de un 2% a un 4% a nivel mundial (Magnone, 2022).

A finales del siglo XX y principios del XXI, hubo un resurgimiento del interés en la partería y en modelos de parto más personalizados y menos medicalizados. Se

reconoció la importancia de la atención centrada en la mujer y el deseo de muchas mujeres de tener una experiencia de parto más controlada y menos intervencionista.

En Uruguay, pese a las recomendaciones de la OMS (1996) las cuales mencionan que las mujeres con embarazos de bajo riesgo no requieren intervenciones médicas para un parto exitoso; en la actualidad, el modelo médico vigente aborda el parto como un proceso patológico, lo que resulta en intervenciones innecesarias, contando con un índice de cesáreas que va en constante aumento.

Aunque la OMS (1996) sugiere que las parteras son las más indicadas para atender partos de bajo riesgo, la mayoría de los nacimientos son atendidos por ginecólogos. Davis Floyd (2001) sostiene que estas intervenciones médicas actúan como “rituales” que convencen a las mujeres de que necesitan tecnología avanzada para dar a luz, lo que las lleva a aceptar y normalizar un intervencionismo elevado, dificultando un parto más natural y activo.

Es por esta razón que, como futuras Obstetras Parteras, nos parece pertinente realizar esta monografía ya que nos interpela saber si desde nuestro rol, con la formación y habilidades adquiridas, aplicando el modelo de atención de la partería centrado en la mujer, podemos contribuir a que los nacimientos se den de forma fisiológica y con el menor intervencionismo posible. Y de esta manera lograr que la mujer tenga el protagonismo que merece, para que pueda tener autonomía en cuanto a la toma de decisiones sobre su trabajo de parto, parto y puerperio.

Para un mayor orden el siguiente trabajo será organizado en tres capítulos, los cuales serán descritos a continuación.

En el primer capítulo se hará una revisión acerca de la partería a lo largo de la historia, también se hablará de la evolución de la formación de las parteras en Uruguay. Además, se describirá la historia de la cesárea, el procedimiento quirúrgico y los índices de las mismas, tanto a nivel mundial como nacional.

En el segundo capítulo haremos hincapié en el rol de la partera, mencionando cuáles son sus competencias más esenciales a la hora de ejercer; junto a esto, examinaremos los modelos de partería que existen. Y para finalizar el capítulo, abordaremos las distintas estrategias que se han implementado en los distintos países y sobre todo en Uruguay para disminuir el índice de cesáreas.

Por último, en el capítulo tres se intentará realizar un análisis de los diferentes autores que hemos mencionado a lo largo de este trabajo. Con el fin de determinar si existe una relación entre el accionar de las parteras y los índices de cesáreas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de los distintos modelos de partería y si guardan relación con el índice de cesáreas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y describir los diferentes modelos de partería.
- Enmarcar el modelo de obstetricia existente en nuestro país en relación a su historia.
- Buscar las distintas estrategias que se han implementado para disminuir el índice de cesáreas.
- Indagar si el rol de la partera incide en la vía de finalización del parto.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

1.1 EVOLUCIÓN DE LA PARTERÍA A LO LARGO DE LA HISTORIA

Los orígenes de la partería se remontan a la época del paleolítico, alrededor de 40.000 a.C, donde el embarazo y el parto forzaban a las mujeres a parir en condiciones peligrosas y corriendo riesgo de muerte tanto ellas como sus bebés. Durante el parto las mujeres se asistían a sí mismas, utilizando conocimientos y habilidades que aprendían observando a otros mamíferos y que se transmitían de generación en generación (ICM, 2022).

Las distintas culturas indígenas del mundo ejercían variadas tradiciones relacionadas al parto, en su mayoría eran espirituales y estaban arraigadas en la naturaleza y la herbolaria. Un ejemplo de estas, es la cultura Maya, allí las parteras no sólo se encargaban de lo referente al embarazo y parto, sino también al área médica en general; tenían un gran prestigio y también existían varones parteros. En

lo que respecta al embarazo, las mujeres recibían recomendaciones sobre la dieta e higiene por parte de las parteras y la atención iniciaba a los cuatro o cinco meses; donde se realizaban masajes en el abdomen cada tres o cuatro semanas para ayudar a acomodar al feto. Durante el parto las mujeres estaban acompañadas por su esposo y/o suegra, y la partera se encargaba de asistirlo (Lazo, 2020).

En la cultura Inca, por el contrario, no existían las parteras, era el esposo quien acompañaba a la mujer durante la gestación y el parto. El embarazo se transitaba como un proceso espiritual acompañado de oraciones y rituales; y cuidaban su estado físico disminuyendo la actividad diaria, realizando ayunos y consumiendo los alimentos sin sal (Lazo, 2020).

En las culturas grecorromanas, alrededor del año 500 a. C. las parteras fueron muy reconocidas socialmente e incluso obtuvieron honores por su trabajo; la partería era valorada como una profesión científica, respetada y autónoma. Tal es así que algunas de ellas escribieron libros sobre la obstetricia y ginecología, crearon escuelas de medicina y obstetricia logrando ocupar puestos de poder. Las parteras eran divididas en dos grados de acuerdo a su experiencia y habilidades; las de mayor grado se encargaban de asistir aquellos partos complicados, mientras que las otras se encargaban de los partos sencillos (Lazo, 2020).

Las parteras también son mencionadas en los registros bíblicos, a través de relatos como el nacimiento de María, y el de Jesús; allí se muestran como mujeres competentes, con habilidades para acompañar y expresar palabras de aliento a las embarazadas en los momentos más difíciles (Lazo, 2020).

Durante los últimos años del siglo XI la medicina se convirtió en una disciplina, con todo lo que esto implica, transformándose en un área exclusivamente de hombres; dado que eran los únicos que tenían acceso a la educación.

En la Edad Media, a partir del siglo XIV nos encontramos históricamente en el período de la inquisición; donde principalmente la iglesia católica era quien controlaba la educación y la práctica de la medicina, ejerciendo una gran influencia en la sociedad. Las parteras y muchas mujeres sufrieron de persecución por acusaciones de brujería, dada la amplitud de sus conocimientos y por representar una amenaza política, sexual y religiosa para la iglesia católica, los protestantes y el Estado.

Se las acusaba por tres cosas: cometer todos los crímenes sexuales concebibles con los hombres, por estar organizadas y porque tenían poderes mágicos sobre la salud; que podían generar el mal, pero también tenían la habilidad de curar, específicamente con conocimientos médicos y ginecológicos. La mayoría de estas mujeres fueron quemadas vivas en la hoguera.

Este fenómeno histórico fue tan grande que se registraron millares de ejecuciones, en Alemania, Italia, España y Francia; en algunos lugares llegaron a registrarse un promedio de 600 ejecuciones anuales. De las cuales el 85% eran mujeres viejas, jóvenes y niñas (Ehrenreich & English, 1973).

Finalmente, a partir de los siglos XV y XVI las parteras fueron desplazadas de su labor, quedando en manos de varones el arte de partear. Pasaron a tomar un papel importante los llamados barberos o cirujanos quienes practicaban las cirugías para el nacimiento; inicialmente realizaban cirugías para extraer el feto fallecido, detener hemorragias o cesáreas luego de que la madre moría. Más adelante, en el siglo XVII y XVIII se autorizó a los cirujanos a asistir partos, apropiándose por completo de esta tarea (Lazo, 2020).

También se efectuaron juicios en contra de las parteras, se les denunciaba por ser las culpables del aumento en la mortalidad materna e infantil en esa época;

tratándolas de ignorantes. Pero a pesar de todo este proceso de desprestigio y subordinación que sufrieron las parteras, no pudieron erradicarlas; dado que la realidad planteaba otras circunstancias como la incapacidad de abarcar todo el territorio por parte de los cirujanos, o de acceder a las zonas rurales.

Institucionalización y Hospitalización del parto

La institucionalización del parto hace referencia al proceso por el cual el Estado toma responsabilidad de la asistencia y el control del embarazo, parto y puerperio. En Uruguay fue impulsada por Augusto Turenne y comenzó a principios del siglo XX. Mediante este proceso, el parto pasó de ser un evento privado que se daba en los domicilios, acompañado por otras mujeres y la partera, a convertirse en un suceso médico con mayor intervencionismo, requiriendo el uso de tecnología y la participación de otras personas (Lazo, 2020).

Previo a la institucionalización, tanto las mujeres de los sectores más pobres como las de los sectores medios y altos, llamaban a las parteras para que las atendieran en sus hogares. Estas últimas en ocasiones también llamaban a médicos o tenían sus partos en consultorios de los profesionales.

En Uruguay, más precisamente en Montevideo, las mujeres que no tenían dinero para pagar la atención del parto o no contaban con un hogar, asistían al Hospital de Caridad (ahora llamado Hospital Maciel). En este lugar, había una alta incidencia de infecciones puerperales (Magnone, 2022).

La hospitalización e institucionalización del parto se llevó a cabo mediante estrategias según las clases sociales; comenzando por las mujeres más pobres.

En la primera década del siglo XX no se recomendaba el parto hospitalario para todas las embarazadas, sólo para aquellas que tenían alguna patología o las que estaban desamparadas; que se atendían en el Hospital de Caridad. En el resto de las embarazadas la asistencia se realizaba en su domicilio por médicos y parteras pertenecientes a la Asistencia Domiciliaria y al Servicio Médico Permanente (Magnone, 2022).

En el año 1915 se fundó la Casa de Maternidad, ubicada en el mismo predio que el Hospital de Niños Pereira Rossell; ideada como una organización con el fin de proteger de forma moral, social y legal a las mujeres embarazadas más carenciadas. Además de la atención en ginecología y obstetricia, también contaba con otros servicios como cantinas maternas, refugios de madres, consultorios Gota de Leche y consultorios jurídicos. La Casa de Maternidad estaba conformada por cuatro policlínicas obstétricas, dos en la misma Casa, una en la zona del Cerro y otra en el Hospital Pasteur. En ese entonces la mayoría de las asistencias se realizaban en los domicilios, siempre y cuando contaran con un mínimo de condiciones de higiene; y en menor cantidad en la Casa de Maternidad (Magnone, 2023).

A partir de esto, se incorporó el control médico del embarazo, proponiendo dos controles uno en los primeros seis meses y otro en el último trimestre; también la oportunidad de consultar al médico ante cualquier molestia.

La cantidad de mujeres asistidas en la Casa de Maternidad fue aumentando y en el año 1933 Turenne, agregó dos nuevas causas de hospitalización del parto, una de ellas fue ser primeriza y la otra fue no tener una vivienda con las condiciones higiénicas adecuadas (Magnone, 2022).

Con la creación del Ministerio de Salud Pública y el Código del Niño, se consolidó la institucionalización y hospitalización del parto, convirtiendo a los hospitales y clínicas como los lugares principales para la asistencia del mismo, considerando al domicilio como segunda opción. Esta disminución de los partos en domicilio llevó a que las parteras se vieran obligadas a realizar su trabajo a nivel hospitalario y siendo subordinadas por los médicos (Magnone, 2022).

En la actualidad, la mayoría de los partos y cesáreas se asisten en centros de salud de segundo y tercer nivel de atención, en los cuales se trabaja con un equipo multidisciplinario que engloba a la partera, ginecólogo/a, personal de enfermería, camilleros y auxiliares. También se han implementado varias medidas para promover el parto humanizado, como son las salas de nacer y tener a disposición distintas herramientas para el alivio no farmacológico del dolor, para que las mujeres tengan una experiencia positiva de nacimiento.

1.2 FORMACIÓN DE LAS PARTERAS

En Uruguay, antes de que se diera la institucionalización y hospitalización del parto que fue al inicio del siglo XX, las parteras y comadronas podían actuar con autonomía y eran reconocidas por realizar la asistencia del parto. El conocimiento que tenían era empírico, transmitido de generación en generación y a través de la experiencia, dado que aún no había órganos formadores.

La remodelación del saber de la partería en el Uruguay mezcló dos estrategias: la eliminación de los saberes empíricos y la instrumentalización de cursos de profesionalización.

Es importante mencionar que a diferencia de otros países como Perú o España que las escuelas de parteras estuvieron a cargo de parteras; en Uruguay la formación de las mismas estaba a cargo de médicos (Magnone, 2023).

En el año 1877 se aprobó el primer reglamento que mencionaba los cursos que tenían que hacer quienes quisieran ser parteras en la Facultad de Medicina. Allí también se describen los requisitos para poder inscribirse; dentro de los cuales estaba tener más de 30 años, y rendir dos exámenes obligatorios, uno sobre órganos reproductivos femeninos y otro sobre el parto. Podían tomar cursos en la Facultad de Medicina, pero quedaba en manos de los estudiantes las formas de adquirir el conocimiento.

El 26 de febrero de 1881 egresó la primera partera, Adela Peretti; era una inmigrante italiana y fue la primera mujer en recibir un título de grado en Uruguay.

Diez años después, se modificó el reglamento de la carrera de partería en Uruguay, especificando cuáles eran los cursos de la Facultad de Medicina que las estudiantes de partera debían tomar por tres años para recibirse (Magnone, 2023).

Más adelante, en el año 1892 las autoridades universitarias debieron flexibilizar las exigencias para ingresar a la carrera, ya que había un alto índice de deserción; y se decidió que dieran un examen de ingreso de lectura, escritura, gramática, geometría y aritmética.

En 1909 las estudiantes de partería presentaron un reclamo, para que se anulara el examen de ingreso a la carrera dado que lo consideraban discriminatorio. En respuesta a esto, en 1915, seis años después se creó un nuevo reglamento, que no sólo mantuvo el examen, sino que lo hizo más exigente. El mismo fue creado por cuatro médicos, dentro de los cuales se encontraba Augusto Turenne. Además de los requisitos para ingresar a la carrera (tener entre 18 y 35 años), también mencionaba el régimen de evaluación, la vestimenta e instrumentos de las estudiantes y el programa de cursos.

Unos años después, en 1941 se implementó un nuevo plan de estudios de la Escuela de Parteras, en el cual se indicaba que para ingresar a la formación debían tener aprobados cuatro años liceales.

La Escuela de Parteras pasó por unos años de inestabilidad e intentaron eliminar la formación; pero los gremios de estudiantes y egresadas la defendieron. A consecuencia de esta lucha, en el año 1971 el Consejo de Facultad de Medicina resuelve trasladar la Escuela al predio donde se encontraba el Hospital Pereira Rossell; y a partir de ahí se decide que una partera sea quien la dirija (Magnone, 2023).

En la actualidad, la Escuela de Parteras (EPar) forma parte de la Facultad de Medicina y se encuentra en Montevideo, en el Edificio Polivalente Parque Batlle, donde comparte el lugar con las Escuelas de Nutrición y Tecnología Médica y con la Facultad de Enfermería.

Los requisitos para ingresar a la Escuela son haber egresado del Bachillerato Diversificado de Enseñanza Secundaria opción Ciencias Biológicas o Bachillerato Tecnológico de Deporte y Recreación, DGETP-UTU. La carrera tiene una duración de 4 años, que son equivalentes a 4180 horas. La directora de la Escuela es una Obstetra - Partera y en la mayoría de las materias las docentes también lo son.

El título de grado que se les otorga a las egresadas es el de Obstetra - Partera (en Montevideo) y el de Licenciada en Obstetricia (en el Centro Universitario de Paysandú (UDELAR, 2021).

Perfil del egresado

Desde una perspectiva profesional, la Obstetra-Partera, es aquella persona que, con la formación correspondiente basada en motivación, aptitud y actitud, brinda atención integral a la mujer en cada etapa de su vida. Su labor abarca la promoción de salud, prevención y diagnóstico de enfermedades, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio; así como el cuidado del recién nacido y el lactante.

Para que esto sea posible, emplea instrumentos clínicos y tecnológicos adecuados para poder intervenir tanto en los procedimientos clínicos estándar como en intervenciones de emergencia.

Asimismo, proporciona orientación y educación en salud a mujeres, familias y comunidades, donde abarca temas como educación prenatal, preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza con énfasis en la salud integral y reproductiva de la mujer (UDELAR, 2021).

Desde el punto de vista laboral, la Obstetra-Partera es una profesional autónoma que puede desempeñarse en sectores tanto públicos como privados; además, tiene la capacidad para realizar tareas en prevención, educación, formación investigación y enseñanza (UDELAR, 2021).

Éticamente, la Obstetra - Partera debe respetar los derechos de la mujer, colaborar con otros profesionales cuando sea necesario y brindar atención a mujeres y familias; considerando la diversidad cultural, la perspectiva de género y un enfoque integral bio-psico-social (UDELAR, 2021).

Debe aplicar su conocimiento para asegurar prácticas basadas en la mejor evidencia científica posible, en beneficio de la mujer y su familia. Así como mantener la confidencialidad, evitar actividades que comprometan sus principios éticos y fomentar su desarrollo personal y profesional a través de la capacitación y el intercambio con colegas (UDELAR, 2021).

1.3 HISTORIA DE LA CESÁREA

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas que conoce la humanidad y que más se ha mantenido con el paso de los años; la cual consiste en la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (Carvajal & Barriga, 2022).

En el siglo pasado, antes de la década del 30, a los médicos les generaba un gran temor tener que abrir el vientre de una mujer, dado que la mortalidad de las cirugías era muy elevada. Gracias a los avances que se tuvieron sobre la cesárea, la antisepsia, la anestesia y los antibióticos; ahora se convirtió en una operación que lleva consigo menor riesgo. Y se ha introducido como una alternativa cuando en el trabajo de parto surgen complicaciones que ponen en riesgo a algún componente del binomio.

A continuación, haremos un breve resumen de su historia, desde su origen hasta la actualidad.

Etimología de la cesárea

Tanto el origen del procedimiento como el del nombre de la cesárea no se conocen con certeza. Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por un corte de las paredes abdominales proviene del verbo latino caedere, que significa cortar. Es por esto que a los recién nacidos por cesárea en la Roma Imperial se los llamaba cesones o casares (Sarduy et al., 2018).

Se habla de muchas y discutidas versiones acerca del origen de la operación cesárea, la más conocida hace referencia al nacimiento de Cayo Julio César, quien nació en 101 a. C. y llevó su nombre porque nació mediante una incisión en el útero de su madre. También se decía que el nombre provenía del “Dios de la Medicina” en

la mitología griega quien nació de la misma forma; mientras que en la cultura romana se llamó así por la Ley Regia o Ley César, la cual imponía la extracción abdominal post mortem para salvar el feto (Sarduy et al., 2018).

Lo mismo pasaba con respecto a quién fue el creador de la cesárea; en las diferentes bibliografías se mencionan varios nombres. La persona que más se menciona es el francés Francois Rousset, que es quien habla por primera vez de la cesárea en un trabajo publicado en 1581 (Sarduy et al., 2018).

Evolución de la cesárea

La primera vez que se habló acerca de las cesáreas post mortem fue por parte de los egipcios, judíos y mayas en el 1500 a. C. En Grecia y posteriormente en Roma también se cree que se realizaban; al punto de ser una práctica obligatoria en el año 715 a. C. de acuerdo con la “Ley Regia o Ley César”. La cual obligaba a extraer el feto a toda mujer que moría estando embarazada o durante el parto, antes de sepultarla (Sarduy et al., 2018).

En el siglo IV a. C. un reconocido médico indú llamado Sushruta escribió el primer libro quirúrgico dentro del cual dedicó una parte al parto; mencionando la cesárea y la utilización del fórceps y los espéculos.

En el año 508 a. C., en Sicilia se registró por primera vez un nacimiento por cesárea; y desde ese entonces hasta 1400 d. C. hubo un retroceso con respecto a la misma en todos los ámbitos (Sarduy et al., 2018).

Durante varios siglos, la Iglesia emitió varias consideraciones con respecto a la cesárea y el bautismo. Entre otras cosas declararon que era obligatorio abrir el vientre de la madre muerta si había motivos para pensar que el bebé se mantenía con vida y bautizarlo; en el caso de que el niño estuviera muerto tenían que enterrarlo fuera del cementerio. Pero si había motivos para pensar que el bebé estaba muerto dentro de su madre, ella no se abría y era enterrada junto con su niño.

No se sabe con certeza cuándo fue la primera cesárea en una mujer viva, pero la primera vez que se nombra es en España en el año 250 d. C. Fue realizada por el obispo Pablo de Mérida; allí se describe que se extrajo el feto muerto y la madre sobrevivió, y se cree que podría haberse tratado de un embarazo ectópico abdominal (Sarduy et al., 2018).

En el año 1581 se publicó el primer libro dedicado a la operación cesárea, llamado “Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano”; el cual fue considerado una obra magistral durante todo ese siglo. Algunas personas estaban a favor y otros en contra de realizar esta intervención en mujeres vivas, ya que en la gran mayoría de los casos estas morían (Sarduy et al., 2018).

Más tarde, a fines de este siglo Gerónimo Scipione Mercurio, un cirujano italiano publicó una obra titulada “La commare o Riccoglitrice” en la cual habló por primera vez del uso de la cesárea cuando no era posible un parto normal por contar con una pelvis estrecha.

El 21 de abril de 1610 se dio el primer caso de cesárea en una mujer viva, por parte de dos cirujanos alemanes; la embarazada tenía una rotura uterina como consecuencia de un accidente, el niño sobrevivió, pero la madre falleció 25 días después de la cirugía.

A pesar de esto, la mayoría de los reconocidos tocólogos de diferentes partes del mundo condenaron rotundamente la realización de cesáreas en mujeres vivas, recomendándola sólo como último recurso, dado que de lo único que se tenía certeza era que esta intervención se asociaba a una mortalidad de casi un 100% (Sarduy et al., 2018).

En el siglo XVII, todavía no existía la anestesia y el procedimiento de la cesárea era el siguiente: se realizaba el corte en el abdomen, por fuera de los músculos rectos, en el lugar hacia el que rotara el útero, para proteger la vejiga y se extraía el bebé por el costado de la madre. Se hacía una incisión longitudinal en el útero el cual se dejaba abierto, aconsejaban colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina; dado que la principal causa de muerte era la infección. La incisión abdominal sí se cerraba, era aproximando algunos puntos y con un empaste pegajoso (Sarduy et al., 2018).

Con el correr de los años, en el siglo XVIII, los ginecólogos comprendieron que la cesárea más allá de tener una elevada mortalidad, era un reto que necesariamente debían aceptar; por lo que no tuvieron otra opción que experimentar.

El primero en utilizar la sección transversal de la cesárea fue Jean Le Bas de Muolleron, en el año 1769; además de intentar suturar el útero, pero no obtuvo un buen resultado.

La incisión uterina baja tuvo como precursor al inglés Robert Wallace Johnson en 1786; y la incisión transversa baja al francés Theódore Etienne Laverjat; quien estudió por mucho tiempo la técnica de esta operación. Y en vísperas de la Revolución Francesa, en 1788 publicó una larga monografía llamada “Nuevo método de practicar la operación cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis”. Pero ninguna de estas incisiones tuvo relevancia hasta 1882; ya que los obstetras tenían miedo de realizarlas por la hemorragia que podían causar las venas uterinas en ese sector del útero. En París, en los siguientes 100 años ninguna madre sobrevivió a la operación cesárea (Sarduy et al., 2018).

En 1794, el tocólogo norteamericano Jesse Bennet ejecutó la primera cesárea con una mujer viva en Estados Unidos, con su esposa como paciente. Un año previo a esto, el cirujano James Barlow realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra, extrayendo un feto muerto mediante una incisión de 13 cm en el lado izquierdo de la línea media (Sarduy et al., 2018).

Federico Benjamín Osiander, profesor de la Universidad de Gottinga (Alemania), realizó el antecedente más directo de operación cesárea cervical baja, en el año 1805. La paciente falleció, pero un año después él y otro médico descubrieron que con este tipo de incisión había menor riesgo de hemorragia e infección.

La primera cesárea en una embarazo viva en Latinoamérica la realizó el médico español Alfonso Ruiz Moreno, en 1820 en México; el bebé sobrevivió, pero a los dos días la paciente murió (Sarduy et al., 2018).

Luego, se llevaron a cabo cesáreas mediante un procedimiento extra peritoneal para evitar la contaminación del peritoneo, en 1821 y 1823 donde la nombran “gastroelitrotomía”; pero no tuvieron éxito.

Cincuenta años después, dos doctores volvieron a repetir el mismo procedimiento, cada uno por su lado y ambos lograron que tanto la madre como el bebé sobrevivieran (Sarduy et al., 2018).

Con respecto a la anestesia durante la operación cesárea, en 1846 se introdujo el éter sulfúrico en los Estados Unidos. Un año después el reconocido ginecólogo obstetra inglés James Young Simpson consideró inapropiado el uso del mismo y decidió experimentar los efectos del cloroformo; utilizándolo con la mujer de un colega durante su parto, y la bebé fue bautizada con el nombre “Anaesthesia” (Sarduy et al., 2018).

En este mismo año, 1847, un ginecólogo húngaro Semmelweis, declaró que la fiebre puerperal era transmitida por la falta de higiene de manos del personal que asistía la cesárea, siendo la principal causa de muerte puerperal, que en esa época tenía cifras muy elevadas. Apenas se descubrió esto el personal de salud de su departamento comenzó a realizar lavados de manos con cloruro de calcio; notando en muy poco tiempo la disminución de la mortalidad comparado con los otros departamentos en donde no lo hacían.

A pesar del gran descubrimiento que realizó Semmelweis, fue perseguido por todos los grandes obstetras de su país, y este hostigamiento lo arrastró a terminar con su vida, en un manicomio en Viena (Sarduy et al., 2018).

Más adelante, se prueba la existencia de las bacterias, estas pasan a tomar protagonismo en las infecciones y se estudia la posibilidad de esterilizar las salas de operaciones para impedir la formación de microbios patógenos.

Después de intentar con varios productos, decidieron utilizar el ácido fénico, el 12 de agosto de 1865, pulverizando todo el campo operatorio (Sarduy et al., 2018).

Dado que la principal causa de mortalidad en las cesáreas se debía a la hemorragia e infecciones que provenían casi exclusivamente del útero; era necesario encontrar una forma eficaz para que el útero dejara de ser la fuente de peligro. Por lo que el ginecólogo Edoardo Porro, creó una nueva técnica operatoria con la que se dio inicio a una nueva época brillante en la historia de la cesárea.

Esta cirugía consistía en amputar supra vaginalmente el útero luego de la cesárea y fue la primera cesárea seguida por histerectomía con éxito tanto para la madre como para el bebé. A pesar de esto, todavía quedaba un largo camino por transitar, ya que, si bien la mujer sobrevivía, la histerectomía no le permitía cursar un nuevo embarazo (Sarduy et al., 2018).

Siete años después, Porro rompió con la mala racha que había en la ciudad de Pavía (Italia), ya que nadie había sobrevivido a una cesárea allí hasta ese momento.

Le practicó una cesárea a una enana primípara de 25 años, que medía 1,24 m y tenía la configuración pélvica distorsionada por el raquitismo sufrido durante su niñez; lo que imposibilitaba la posibilidad de tener un parto natural o instrumentado.

En primer lugar, le administraron cloroformo a la paciente, luego accedieron al útero verticalmente y extrajeron al niño el cual nació sin inconvenientes. Seguido a esto, el útero comenzó a sangrar de manera abundante y no lograron controlar el sangrado manualmente, por lo que circundó el fondo del útero y el ovario izquierdo con un dispositivo en forma de lazo y lo apretó hasta lograr detener el sangrado.

Luego amputó la parte del útero que estaba por encima del lazo y cerró el abdomen, dejando el muñón uterino suturado en la parte inferior de la incisión abdominal. Después de un largo postoperatorio de 40 días, y quedando este muñón adherido a la pared abdominal anterior, la paciente sobrevivió (Sarduy et al., 2018).

Esta intervención generó un gran interés en otros investigadores y al poco tiempo de ser conocida comenzó a perfeccionarse constantemente.

En 1878, Muller operó a una paciente que estuvo 72 horas en trabajo de parto y tenía corioamnionitis. El procedimiento consistió en extraer el útero de la cavidad peritoneal y elevarlo sobre la pared abdominal antes de realizar la histerectomía, para así evitar que el líquido amniótico infectado pase a la cavidad abdominal; el feto murió, pero la madre sobrevivió (Sarduy et al., 2018).

Más adelante se describieron cincuenta casos de esta operación en siete países teniendo una mortalidad materna de 58% y un índice de supervivencia fetal de 86%, lo cual fue muy positivo en esa época.

El procedimiento realizado por Porro fue modificándose y mejorando hasta adoptar una técnica en la cual se pasó a practicar la inversión del muñón uterino en la vagina. Y veinticinco años después de realizada la primera operación por Porro, se volvieron a contabilizar los porcentajes de mortalidad materna llegando sólo a un 25% y la mortalidad neonatal al 22% (Sarduy et al., 2018).

Pese a las grandes ventajas que tenía la operación de Porro, la misma tenía un gran inconveniente, la extirpación del útero; por lo que se intentaron explorar otras formas de evitar la hemorragia e infección sin la necesidad de la histerectomía.

En busca de una solución, en 1882, dos ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer y Max Sänger incorporaron con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero después de la cesárea.

Esta técnica llevó el nombre Sänger y consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en la cara anterior. Como no se extirpaba el útero también fue llamada “operación cesárea conservadora” y la cesárea de Porro, pasó a nombrarse “cesárea radical” (Sarduy et al., 2018).

Las técnicas aportadas por Sänger y Kehrer, dirigidas a aislar de forma segura y duradera la cavidad peritoneal, convirtieron la operación cesárea en una intervención de menor riesgo. Incorporando el cierre del músculo uterino por sutura y la aproximación de los bordes peritoneales, insistiendo en una correcta atención preoperatoria y cuidado en la asepsia.

La mortalidad materna comenzó a descender notablemente y la cesárea dejó de ser usada como último recurso luego de largas horas de trabajo de parto (Sarduy et al., 2018).

Sin embargo, aún existía el riesgo de peritonitis y sepsis postoperatoria, por lo que era necesario desarrollar nuevas técnicas para poder realizar la cesárea extraperitoneal y así evitar la dispersión de productos infectados desde el interior del útero a la cavidad abdominal.

En la primera mitad del siglo XX se sugirieron y practicaron más de una docena de técnicas intentando solucionar este problema, las cuales se basaban en distintos métodos para evitar a la vejiga y llegar al segmento inferior del útero.

La cesárea extraperitoneal supra vesical fue desarrollada por E. W. Cartwright desde 1937 y por los estadounidenses E. G. Waters y J. V. Ricci en 1940. Esta operación

tuvo mayor aceptación en la década de los cuarenta y cincuenta gracias al apoyo de los obstetras norteamericanos (Sarduy et al., 2018). Posteriormente se introdujeron numerosas modificaciones por parte de médicos chilenos, franceses, argentinos e incluso el uruguayo Augusto Turenne.

Con la aparición de la terapia antibiótica, se volvió en desuso el procedimiento de cesárea extraperitoneal, mejorando los resultados obstétricos y la evolución de las usuarias. Aún así, esta operación puede utilizarse como una alternativa viable al parto transperitoneal o a la histerectomía de cesárea en el caso de pacientes con trabajo de parto prolongado que no han recibido antibióticos y presentan una fuerte infección (Sarduy et al., 2018).

En el año 1912, el ginecólogo alemán Bernhard Krönig manifestó que la cesárea extraperitoneal tenía buenos resultados por la incisión en el segmento inferior y no por la entrada extraperitoneal. Por lo que se pronunció a favor de la incisión vertical del segmento inferior del útero por vía transperitoneal y por la protección de la herida mediante la vejiga al final de la cirugía. De esta manera, introdujo la operación cervical baja y transperitoneal con cierre extraperitoneal de la incisión uterina, que es la más frecuente utilizada en la actualidad (Sarduy et al., 2018).

Entre los años 1930 y 1960, se da el avance final de la ciencia obstétrica hacia una nueva era de gran desarrollo. En 1930, J. Whitridge Williams destaca la necesidad de realizar la operación durante el trabajo de parto temprano. La introducción de las transfusiones sanguíneas, los antibióticos y anestesia más segura, hicieron disminuir las tasas de mortalidad materna hasta índices nunca antes alcanzados.

Tanto la hemorragia como la infección fueron durante siglos las principales causas de muerte materna. Con las transfusiones de sangre se trató la hemorragia por reemplazo directo para prevenir el shock hipovolémico; mientras que los antibióticos

tratan directamente la infección y en muchos casos previnieron la muerte en situaciones previamente letales (Sarduy et al., 2018).

Además, en la segunda mitad del siglo XX se comenzaron a utilizar uterotónicos de forma profiláctica después del nacimiento. Este método luego fue conocido como la conducta activa del alumbramiento, y junto con el masaje uterino ayudaban a contraer el útero previniendo las hemorragias postparto (OMS, 2014).

Finalmente se reconoció a la operación cesárea como una solución práctica y segura frente a partos complicados en los que corrían riesgo tanto la madre como el feto.

Hoy en día, la cesárea es una intervención que salva vidas, es una técnica segura que ha ido mejorando a lo largo de la historia y que ha demostrado sus beneficios; pero no está libre de complicaciones.

1.4 LA CESÁREA

Descripción del procedimiento quirúrgico

En obstetricia, para la laparotomía se utiliza la incisión transversal suprapúbica o en la línea media vertical; y el método de entrada abdominal transversal se realiza mediante incisiones Pfannenstiel o Joel - Cohen. La más usada es la Joel - Cohen, la cual consiste en realizar una incisión de la piel, 3 cm por encima de la ubicación de la incisión de Pfannestiel, la cual se efectúa a nivel de la línea donde nace el vello púbico, a unos 3 cm por encima del borde superior de la sínfisis del pubis. (Cunningham et al., 2018).

Luego se disecciona la fascia en la línea media; la fascia abdominal anterior está formada por dos capas visibles, la aponeurosis desde el músculo oblicuo externo y una capa fusionada que contiene la aponeurosis de los músculos oblicuo interno y transversos del abdomen. Idealmente, se realiza un corte de las dos capas de manera individual durante la extensión lateral de la incisión fascial (Cunningham et al., 2018).

Los vasos epigástricos inferiores suelen ubicarse fuera del borde lateral del músculo recto abdominal y abajo de la aponeurosis fusionada de los músculos oblicuos internos y transversos del abdomen. Estas no se ligan, dado que la apertura se da en la línea media, sin lesión de los músculos rectos anteriores. Luego de realizar la incisión en la fascia, el borde inferior fascial se sujeta con pinzas Kocher y se eleva por un asistente mientras el operador separa la vaina fascial desde el músculo recto abdominal subyacente; lo cual puede hacerse brusca o profundamente por el bisturí hasta alcanzar el borde superior de la sínfisis del pubis.

Posteriormente se sujeta, el borde fascial superior y de nuevo se completa la separación de la fascia del músculo recto. Los vasos sanguíneos que se distribuyen entre la vaina y los músculos se pinzan, se cortan y se ligan, o se coagulan con una cuchilla de electrocirugía.

Es de gran importancia realizar una correcta hemostasia para así bajar las tasas de hematoma e infección de la incisión (Cunningham et al., 2018).

La separación fascial avanza cefálica y lateralmente para crear un área semicircular sobre la incisión transversal con un radio de alrededor de 8 cm; esta medida va a variar dependiendo del tamaño del feto (Cunningham et al., 2018).

Luego se separan los músculos rectos y abdominales en la línea media, primero por encima y enseguida por debajo por una profunda disección para exponer la fascia

transversal y el peritoneo. La fascia transversal junto con la grasa peritoneal se disecciona para llegar al peritoneo subyacente; el cual se abre cuidadosamente cerca del extremo superior de la incisión con alrededor de 2 cm de separación. Se examina y palpa el pliegue del peritoneo entre las pinzas asegurando que el epiplón, el intestino o la vejiga no estén adyacentes. A continuación, se corta el peritoneo visceral y el corte peritoneal se extiende por arriba del polo superior de la disección fascial y hacia abajo justo por encima de la reflexión peritoneal sobre la vejiga (Cunningham et al., 2018).

Previo a efectuar la histerotomía, el médico palpa el fondo uterino para identificar los grados de rotación uterina; si este está rotado puede ser reorientado manualmente y sostenido para que la incisión esté centrada. La reflexión del peritoneo en el borde superior de la vejiga y que recubre el segmento uterino inferior se sostiene con fórceps y se corta de manera transversal con las tijeras. Después de la incisión inicial, las tijeras se insertan entre el peritoneo y el segmento uterino inferior; y estando abiertas se empujan lateralmente de la línea media a cada lado. La incisión peritoneal transversal se extiende en casi toda la extensión del segmento uterino inferior (Cunningham et al., 2018).

Se eleva el borde inferior del peritoneo y la vejiga es separada suavemente del segmento uterino inferior subyacente con un corte profundo dentro de este espacio; de esta forma la vejiga se mueve lejos del lugar donde se realiza la histerotomía a unos 5 cm aproximadamente (Cunningham et al., 2018).

La histerotomía puede realizarse mediante diferentes técnicas, usualmente, el corte se realiza en el segmento uterino inferior de manera transversal, siguiendo las fibras musculares, ya que es el lugar más fino del útero y cuenta con una capa menos de tejido muscular, lo que ocasiona un menor sangrado y promueve menos adherencia de los intestinos o del epiplón a la incisión miometrial. Por su ubicación también tiene menos probabilidades de ruptura durante un siguiente embarazo (Cunningham et al., 2018).

Por otro lado, se puede realizar la incisión corporal o clásica, la cual se realiza de forma longitudinal en el cuerpo uterino. Es definida como corporal toda cesárea antes de las 32 semanas de gestación, ya que el segmento uterino aún no está formado. Considerando que genera mayor sangrado uterino y mayor riesgo de rotura uterina en el siguiente embarazo; esta se reserva para casos especiales como placenta previa en cara anterior y fetos en transversa principalmente en prematuros extremos (Carvajal & Barriga, 2022).

Cuando el miometrio está menos grueso, se puede ingresar la punta del dedo en la cavidad uterina; y una vez que el útero se abre, se alarga la histerotomía extendiendo la incisión haciendo presión con los dedos índices. Si se encuentra grueso y no cede, se corta de forma lateral y luego ligeramente hacia arriba con tijeras de vendas alargando la incisión.

La incisión uterina debe ser lo suficientemente grande como para permitir el parto del feto sin rasgar los vasos uterinos que corren por los bordes laterales (Cunningham et al., 2018).

Para la extracción del feto, cuando está en presentación cefálica se desliza una mano dentro de la cavidad uterina, entre la sínfisis púbica y la cabeza fetal. Se levanta la cabeza suavemente con los dedos y la palma de la mano a través del corte; una vez que la cabeza atraviesa la incisión se puede ayudar presionando de forma moderada transabdominal el fondo para terminar de sacar el resto del cuerpo.

Una vez extraído el recién nacido, si el estado neonatal lo permite, se pinza el cordón umbilical de forma oportuna, se promueve el contacto piel a piel y se lo entrega al neonatólogo (Cunningham et al., 2018).

Después del nacimiento, al igual que en el parto vaginal, para el alumbramiento activo, se administran 10 unidades de oxitocina i/m para asegurar que el útero se contraiga satisfactoriamente.

La extracción de la placenta puede darse de dos maneras, algunos cirujanos prefieren la extracción manual, pero esta intenta evitarse, siendo la más correcta y utilizada, la forma espontánea mediante la tracción del cordón, ya que de esta forma se reduce el riesgo de hemorragia e infección en la cirugía (Cunningham et al., 2018).

Se puede iniciar con masaje uterino apenas se extraiga el feto para acelerar la separación de la placenta y su extracción; luego de esto se inspecciona la placenta, se succiona y se realiza toilette intracavitaria con material blanco para sacar membranas en avulsión, sebo del feto y coágulos (Cunningham et al., 2018).

Seguidamente se procede a la reparación uterina; se eleva el útero a través de la incisión y hacia la pared abdominal cubierta. De esta forma se pueden visualizar y reparar con mayor facilidad aquellos puntos de la incisión y lo que está sangrando (Cunningham et al., 2018).

Previo a cerrar la histerotomía, se pueden ligar por separado o incorporados dentro del cierre continuo de la incisión los vasos grandes, que previamente fueron pinzados. Se agarra un ángulo de la incisión uterina para estabilizar y maniobrar la incisión. La misma se cierra con una o dos capas de hilo de sutura absorbible continua núm. 0. Es recomendado el doble plano en primigestas y que reduce el riesgo de rotura uterina en otros embarazos y mejora el pronóstico del parto, (Cunningham et al., 2018).

La sutura inicial se localiza justo detrás del ángulo de la incisión uterina. Posteriormente una línea de sutura de cerradura continua para la hemostasia se

realiza con cada hilo de sutura que penetre el pleno grosor del miometrio. La línea de sutura se extiende hasta un punto detrás del ángulo opuesto de la incisión (Cunningham et al., 2018).

Previo a cerrar el abdomen se deben verificar los conteos correctos de instrumentos y material blanco.

Se permite que los músculos abdominales rectos vayan a su lugar con una diástasis significativa, pueden ser aproximados con una o dos suturas de figura ocho de 0 o núm. 1 hilo de sutura catgut.

La fascia del recto que cubre se cierra con una técnica continua de no cerradura con una sutura de absorción retardada. Frecuentemente el tejido subcutáneo no necesita ser cerrado si tiene menos de 2 cm de espesor, pero si tiene capas más gruesas se recomienda su cierre.

La piel se cierra mediante una puntada subcuticular continua de hilo de sutura de absorción retardada 4-0, con goma adhesiva, o con grapas; y se cubre la herida abdominal con una venda delgada estéril (Cunningham et al., 2018).

Indicaciones de cesárea

La cesárea está indicada en aquellos casos en los que el parto vaginal no es posible, cuando significa un mayor riesgo para el feto o la madre o por solicitud materna.

Dentro de las indicaciones médicas más frecuentes de operación cesárea se encuentran la desproporción céfalo pélvica, el estado fetal no tranquilizador, distocias de la presentación (podálica o transversa), peso fetal estimado mayor a 4500 g o mayor a 4000 g con madre diabética, antecedente de dos o más cesáreas,

embarazo gemelar monocorial monoamniótico. También puede indicarse una cesárea frente a ciertas condiciones maternas, fetales y ovulares como preeclampsia severa, malformaciones fetales como hidrocefalia con macrocefalia, placenta previa, placenta previa oclusiva total (Carvajal & Barriga, 2022).

Riesgos y beneficios

Esta intervención quirúrgica tiene como principal beneficio salvar vidas tanto maternas como fetales cuando no es posible un parto vaginal. Pero como todos sabemos también tiene sus complicaciones.

No obstante, la cesárea presenta varias complicaciones desde el punto de vista materno, estas pueden dividirse en intraoperatorias y postoperatorias, y estas últimas en tempranas y tardías.

Dentro de las intraoperatorias se encuentran las lesiones del aparato urinario; las cuales son poco frecuentes, y cuando ocurren el órgano dañado suele ser la vejiga, también pueden darse lesiones ureterales, intestinales y de los vasos uterinos. También presenta una mayor incidencia de mortalidad materna que el parto vaginal (de 4 a 6 veces).

De las complicaciones postoperatorias tempranas, la más frecuente es la endometritis y más aún cuando se trata de una rotura prematura y prolongada de membranas ovulares. También puede darse la fiebre postparto, infecciones urinarias o de la pared abdominal, tromboflebitis, embolismo, dehiscencia de la cicatriz abdominal, entre otras cosas (SEGO et al., 2007).

Como complicaciones postoperatorias tardías, la cesárea cuenta como un factor de riesgo para un futuro embarazo; dado que presenta mayor probabilidad de tener

ciertas complicaciones como una placentación anormal o rotura uterina. Así como también el dolor pélvico crónico.

Con respecto a las complicaciones fetales, la más frecuente es el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido, depresión del recién nacido, y el traumatismo obstétrico (Cunningham et al., 2018).

Es crucial reconocer que los efectos de una cesárea van más allá de lo físico; muchas mujeres experimentan un impacto psicológico significativo. Dentro de estos pueden tener dificultad para expresar su dolor, angustia porque el parto no haya sido como ellas lo imaginaban, sentimiento de desconcierto hacia el bebé cuando se encuentran por primera vez (dado que muchas veces esto demora).

También hay casos en los que se ha constatado Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) como consecuencia de la cesárea o de un parto altamente instrumentalizado.

Es importante mencionar que, a diferencia de un parto vaginal, la cesárea genera mayores costos a nivel institucional. Requiere uso de anestesia, la cual tampoco se encuentra exenta de riesgos; esto implica además, la limitación del apego y el primer contacto piel a piel con el recién nacido, aplazando el inicio de la lactancia.

También es necesaria una mayor estancia hospitalaria ya que la recuperación es más lenta (Carvajal & Barriga, 2022).

1.5 ÍNDICE DE CESÁREAS EN EL MUNDO

La cesárea como intervención viene en aumento desde los últimos 30 años, alcanzando porcentajes que superan del 10% al 15%; esto en gran parte se debe a la administración de cesáreas sin indicación médica en muchos países de ingresos medios y altos.

De acuerdo con datos obtenidos de la OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) que fueron publicados en 2018 se estima que a nivel mundial el 21,1% de los nacidos vivos fueron por cesárea, comparado con el año 2000 donde el porcentaje de cesáreas mundial fue de 12,1% (Boerma et al., 2018).

El porcentaje de cesáreas es muy variable en las diferentes regiones del mundo, desde el 4% en África occidental y central hasta un 44,3% en la región de América Latina y el Caribe.

Un ejemplo de esto es Brasil, donde las tasas de cesáreas entre el 2000 y 2014 aumentaron del 38,02% al 57,07% (Magalhaes et al., 2018).

La OMS realizó dos estudios para determinar la tasa ideal de cesárea en un país o en una población determinada; donde concluyó que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos sólo cuando son necesarias por motivos médicos. También mencionó que, a nivel de población, las tasas de cesárea mayores al 10% no se asocian con una reducción en la tasa de mortalidad materna y neonatal (OMS, 2015).

También hubo diferencias con respecto al establecimiento en donde se realizaron las cesáreas; predominando las instituciones públicas por encima de las privadas (Boerma et al., 2018).

La situación actual de nuestro país con respecto a las cesáreas, es similar a la mayoría de los países de América Latina. Las tasas de cesáreas han ido en aumento, duplicándose en los últimos veinte años.

En Uruguay, en el año 2017 se realizó un estudio con el fin de analizar las tasas de cesáreas por sector asistencial: público vs privado y Montevideo vs interior, utilizando la clasificación de Robson como un insumo para su disminución.

Dentro de los resultados obtenidos el subsector privado tiene una mayor incidencia de cesáreas (51%), que el sector público (34%). En lo que respecta a los sectores geográficos, la tasa de cesáreas fue similar en Montevideo que en el interior (Briozzo et al., 2019).

Se describe que los grupos que tuvieron un mayor índice de cesáreas correspondiendo a un 70% del total de las mismas; fueron aquellas mujeres que tenían una o más cesáreas previas, cesáreas electivas o inducciones fallidas en nulíparas y nulíparas a término con inicio espontáneo (Briozzo et al., 2019).

Para ser más específicos nos centramos en los últimos cinco años, de 2019 a 2023. Ahí podemos observar que nos encontramos con un índice de cesáreas de 44,80% en el año 2019 y en el 2023 de 50% (MSP, 2023c).

En Uruguay, la prevalencia de cesáreas a nivel nacional en 2023 fue de 50% como se acaba de nombrar; siendo importante mencionar que en algunos departamentos este porcentaje aumenta aún más, llegando hasta un 59,9% en el departamento de Cerro Largo. Y en varios departamentos como Canelones, Colonia, Flores, Maldonado, Montevideo, Río Negro, Rocha y Tacuarembó está por encima del 50% (MSP, 2023).

Otra diferencia importante también se da con respecto a la Institución en la que se realizan las cesáreas, habiendo una mayor cantidad en los establecimientos privados con un 57,1%, sobre los públicos 40,8% (MSP, 2023).

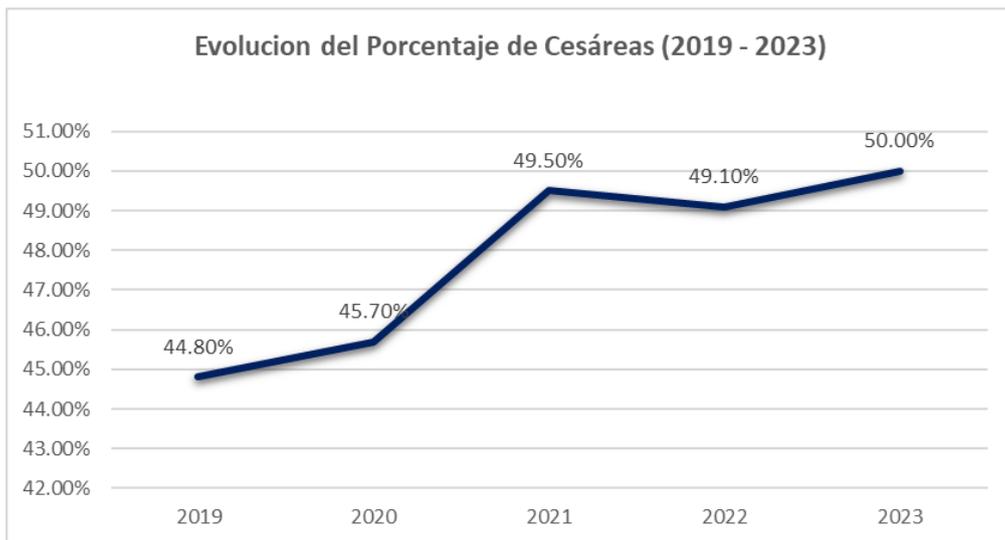


Fig. 1 Evolución del índice de cesáreas desde el año 2019 a 2023 en Uruguay (MSP, 2023).

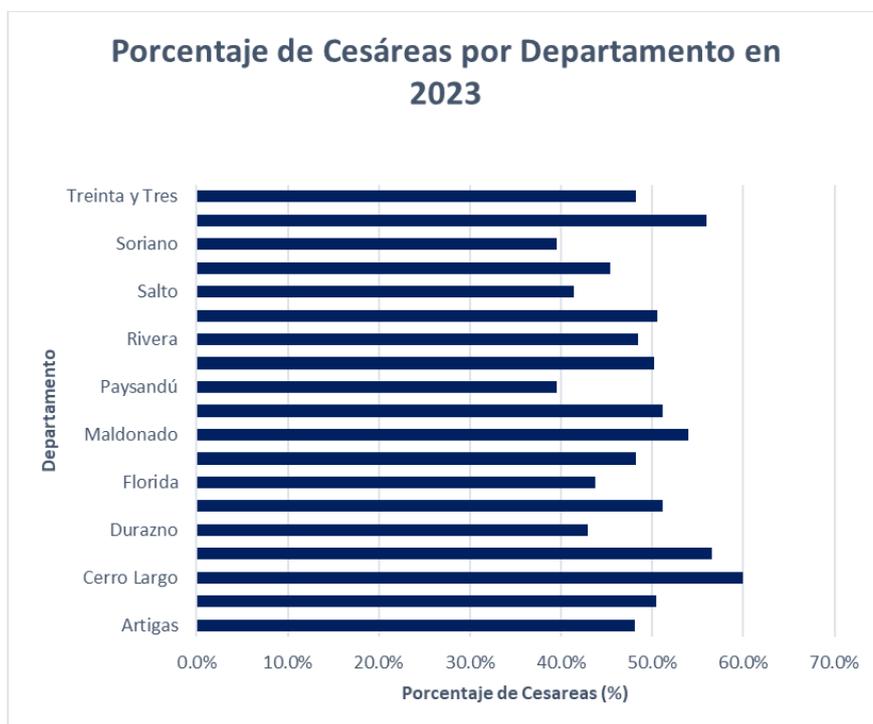


Fig. 2 Porcentaje de cesáreas en cada departamento del Uruguay en el año 2023 (MSP, 2023).

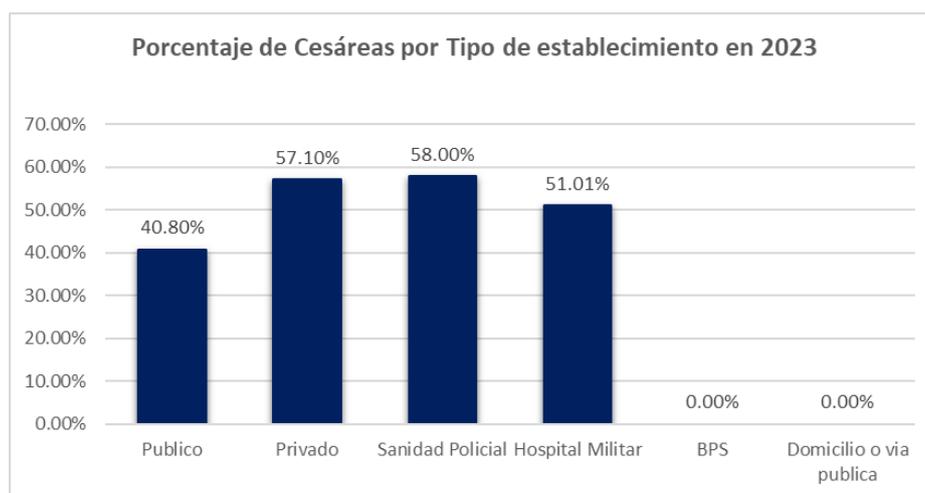


Fig. 3 Porcentaje de las cesáreas por tipo de institución asistencial en el año 2023 (MSP, 2023).

Principales causas del aumento de cesáreas

Existen distintos factores que pueden influir en el aumento de la tasa de cesáreas, los cuales pueden variar de un país a otro, como la edad materna avanzada, obesidad, patologías maternas, la tecnología de reproducción asistida, decisión materna, la medicina defensiva, factores financieros, entre otros.

En referencia a lo materno, uno de ellos es por decisión de la mujer, la llamada cesárea electiva. En este caso suele ser por miedo al dolor del parto o a los efectos del mismo, como el daño del piso pélvico, incontinencia urinaria o reducción en la calidad del funcionamiento sexual. También puede deberse a experiencias negativas que han tenido en un parto vaginal previo, tanto en la atención como en el procedimiento; o por necesidad de realizarse una ligadura tubaria a la vez que le hacen la cesárea. La mayoría de las veces las embarazadas creen que la cesárea

es lo más seguro para el bebé. Todos estos temores, podrían disminuir con educación prenatal (Boerma et al., 2018).

En Uruguay en el año 2019, se agregó el artículo N° 14 llamado Parto Humanizado, al Decreto N° 339/019 de la Ley 19.580 de Violencia hacia las mujeres basada en género. Dentro de este, en uno de sus ítems se menciona el derecho de la mujer a ser informada sobre las intervenciones que se les vayan a realizar, de forma que ella pueda optar libremente cuando tenga la opción de distintas alternativas. Promoviendo en primer lugar las ventajas del parto natural siempre y cuando no existan impedimentos.

Esta puede ser una de las causas por las cuales ha aumentado el índice de cesáreas, ya que con este artículo las mujeres tienen la posibilidad de optar por una cesárea si ellas lo desean (IMPO, 2019).

Relacionado con los profesionales, también se encuentran varias causas, dentro de las cuales está la medicina defensiva. Se cree que es más probable que los médicos sean demandados por complicaciones durante el parto vaginal que por una cesárea innecesaria. Lo que da lugar a que los profesionales realicen una cesárea por su protección y no por beneficio de la madre o el neonato (Beltrán et al., 2018).

También se asocia con una mayor frecuencia de cesáreas la falta de experiencia o de habilidades apropiadas para la asistencia de un parto vaginal por parto de los ginecólogos/as (Beltrán et al., 2018).

Otro de los motivos son los financieros, tanto la cesárea como el parto son actos médicos generando mayores ganancias la primera.

CAPÍTULO 2

El rol de la partera ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, adaptándose a las necesidades cambiantes de las mujeres y de los sistemas de salud. A pesar de los avances tecnológicos y la medicalización del parto, las parteras continúan siendo una pieza clave en la atención materna, especialmente en el contexto de la reducción de cesáreas. En muchos países, incluido Uruguay, la cesárea se ha convertido en una intervención más común de lo necesario, lo que ha generado preocupaciones sobre sus implicaciones para la salud de la madre y el recién nacido.

Este capítulo explora el rol de la partera y cómo su modelo de atención centrado en la mujer no sólo mejora la experiencia del parto, sino que también ayuda a reducir la mortalidad materna y el intervencionismo, entre otras. A través de un análisis detallado de sus funciones y competencias en el embarazo, parto y postparto; se

destaca la importancia de la partera como idónea para el parto natural y promotora de prácticas de salud que buscan resultados positivos tanto para la madre como para el recién nacido.

2.1 ROL DE LA PARTERA

Para enmarcar el rol de la partera nos parece importante definir algunos conceptos dentro de los cuales tenemos la partería que es el oficio de partear.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM), afirma que:

La partería es la profesión que ejercen las matronas; sólo las matronas practican la partería. Cuenta con un corpus de conocimientos exclusivo y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas de disciplinas compartidas con otras profesiones sanitarias, como la ciencia y la sociología, pero practicadas por las matronas dentro de un marco profesional de autonomía, asociación, ética y responsabilidad que le es propio (ICM, 2024b).

La misma destaca el marco de autonomía y ética profesional, el cual es relevante ya que permite a las parteras tomar decisiones de forma independiente, guiadas por su conocimiento y experiencia, siempre con el objetivo de velar por el bienestar de las mujeres (ICM, 2024b).

Si hablamos de partera, matrona o comadrona los cuales son sinónimos, decimos que la misma es una persona que tras completar exitosamente un programa educativo de partería reconocido por el Estado; ha obtenido las calificaciones necesarias para inscribirse oficialmente y ejercer la partería de manera legal con todo lo que ello conlleva. Cabe destacar que algunas comunidades aún siguen existiendo las parteras tradicionales las cuales desarrollan un papel crucial dentro de las mismas (ICM, 2005).

Reglamentación de la Obstetra Partera en Uruguay

En Uruguay, la primera reglamentación del ejercicio libre de la profesión partera se aprobó el 31 de julio de 1915. En el año 1934, se decretó una nueva reglamentación que contaba con 38 artículos, donde se reafirmaba que el título habilitaba a las parteras exclusivamente para la vigilancia y asistencia del embarazo, parto y puerperio normales; para la difusión de preceptos de higiene obstétrica y puericultura. También exponía que, para ejercer, además de su título, debían expedir un Certificado de Vida y Costumbres Honestas, firmado por dos personas del Ministerio de Salud Pública. Además, las parteras tenían prohibiciones como la práctica y uso de sustancias como oxitócicos, irrigaciones vaginales y purgantes (Magnone, 2023).

Actualmente, la práctica de las parteras está regulada por el Decreto N° 445/007 de 19/11/2007, que establece el “Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera”. Este decreto define las competencias, obligaciones y responsabilidades de las parteras, además de regular su formación, certificación y ámbito de trabajo (IMPO Centro de información Oficial, 2007).

Dentro de las competencias que enmarca la ley, la misma especifica que las parteras están capacitadas para realizar controles prenatales, detectar complicaciones, asistir partos naturales, y proporcionar cuidados postparto.

Tienen la responsabilidad de identificar situaciones de riesgo y derivar a la paciente a un especialista cuando sea necesario de forma oportuna. También cuentan con la obligación de actuar en conformidad con las normas éticas y profesionales, garantizando la calidad y seguridad de la atención. Están sujetas a supervisión y evaluación por parte de las autoridades sanitarias para asegurar el cumplimiento de los estándares profesionales (IMPO Centro de información Oficial, 2007).

El decreto busca garantizar que las parteras en Uruguay trabajen de manera profesional y segura, asegurando una atención de calidad para las mujeres y los recién nacidos.

La Ordenanza N°82/020 autoriza a las profesionales Obstetras Parteras del Uruguay a la prescripción de medicamentos. Las parteras pueden prescribir una lista específica de medicamentos relacionados con la atención del embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido. Esta incluye fármacos como vitaminas, hierro, antibióticos para infecciones comunes, anticonceptivos y medicamentos para la prevención y manejo de complicaciones obstétricas menores. La prescripción de medicamentos por parte de las parteras está sujeta a supervisión por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020).

Esta normativa permite a las parteras contribuir de manera más integral al cuidado de la salud materna e infantil, asegurando un acceso adecuado a los medicamentos necesarios dentro de su ámbito de competencia.

Competencias esenciales para la práctica de la partería

La International Confederation of Midwives (ICM) en octubre del año 2019 publicó un documento sobre “Competencias Esenciales para la práctica de la partería” el mismo describe las habilidades, conocimientos y comportamientos mínimos necesarios para que una persona se desempeñe como partera. Estas competencias se organizan en un marco de cuatro categorías principales, que son fundamentales para garantizar una atención de calidad y segura en el ámbito de la partería; estas son:

- Competencias Generales: Se centran en la autonomía, la responsabilidad profesional, el autocuidado, el desarrollo profesional continuo y la defensa de los derechos humanos. Estas competencias se aplican a todas las fases del cuidado proporcionado por una partera.

- Competencias Específicas para la Atención Prenatal y Cuidados Antes del Embarazo: Incluyen la evaluación de la salud de la mujer y el feto, la promoción de la salud, la detección de complicaciones durante el embarazo y la atención a mujeres con embarazos no deseados.
- Competencias Específicas para la Atención Durante el Parto: Se refieren al cuidado de la mujer durante el parto, facilitando los procesos fisiológicos, asegurando un nacimiento seguro, atendiendo al recién nacido y detectando complicaciones en la madre o el recién nacido.
- Competencias Específicas para la Atención Continua de Mujeres y Recién Nacidos: Abordan la evaluación continua de la salud postnatal, la educación sanitaria, el apoyo a la lactancia materna, la detección de complicaciones y la prestación de servicios de planificación familiar (ICM, 2024a).

El documento subraya la importancia de que las parteras actúen con autonomía, apoyen el parto natural, defiendan los derechos humanos y promuevan prácticas basadas en la evidencia científica. Además, destaca la necesidad de que las parteras mantengan sus conocimientos y habilidades actualizados a través de la educación continua.

Ofreciendo un marco integral para guiar la práctica de la partería a nivel global (ICM, 2024a).

2.2 MODELOS DE PARTERÍA

Para comenzar a describir los modelos de partería, no debemos olvidarnos de las parteras tradicionales que, hasta hoy en día, también desarrollan un rol importante en varias comunidades.

Del mismo modo que definimos a la partería, también definiremos a las parteras tradicionales (PT) según lo expresado por la OMS en 1993.

En general, la PT es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en la que presta sus servicios. Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no solo comprende el sistema cultural y religioso, sino que forma parte integrante del mismo. La PT suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia. Muchas PT tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad. Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se les paga en metálico o con donativos (OMS, 1993, p. 6).

Más allá de la globalización de la medicalización e institucionalización que hay a nivel mundial, varias comunidades siguen eligiendo este estilo de asistencia para recibir el nacimiento de su hijo. Ya que ven en las parteras tradicionales, una figura de contención y respeto hacia ella y su cuerpo que en la institución muchas veces se pierde.

En algunos países no se forman parteras, sino que dependen de médicos y enfermeras con conocimientos obstétricos; es por esto que la OMS incorporó un nuevo concepto donde se los considera a estos últimos como “asistentes de la partería calificados” (OPS, 2005).

Al realizar una revisión de los diferentes tipos de atención de partería que se dan en los países de América, no hemos encontrado información más actualizada que lo expresado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2005. La cual identificó cinco modelos de atención, destacándose que sólo uno está integrado por

parteras profesionales, practicándose en países como Chile, Perú, Belice y Costa Rica.

A continuación, se describe cada modelo y país donde se lleva a cabo.

En el modelo uno, se destacan como protagonistas las **parteras tradicionales y la asistencia obstétrica institucional**. En este, la mayor parte de las mujeres dan a luz en sus hogares con parteras tradicionales, mientras que los médicos con ayuda de enfermeras auxiliares, brindan asistencia a mujeres que necesitan atención de urgencia.

Guatemala, es uno de los países que no forma parteras profesionales, por lo tanto, el 34% de los partos son asistidos por médicos. Dado que gran parte de los profesionales residen en zonas urbanas, la mayoría de los partos rurales son atendidos en los hogares por parteras tradicionales (OPS, 2005).

En el segundo modelo, se destaca la **asistencia obstétrica institucional y la partería tradicional certificada**, donde son los médicos y enfermeras quienes atienden la mayor parte de los partos. Las parteras tradicionales se consideran un apoyo del sistema de atención sanitaria profesional, promoviendo su integración a los servicios, donde para poder ejercer, se les exige contar con una licencia habilitante.

Los países donde se lleva a cabo este modelo son Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México (OPS, 2005).

En Bolivia, en busca de una maternidad sin riesgo, se creó un programa de formación para que las enfermeras licenciadas puedan ejercer dentro de los servicios de maternidad. Sin embargo, cerca del 20% de los municipios no cuentan con personal sanitario calificado; por lo que se ha ofrecido asesoramiento a las parteras tradicionales para satisfacer las demandas de salud de la población, principalmente en zonas rurales (OPS, 2005).

En Ecuador, cerca del 70% de las mujeres tienen acceso a asistencia calificada durante el parto, pero existen grandes diferencias entre la población urbana y rural.

En El Salvador cerca del 51% de los partos son atendidos por asistentes calificados, existiendo una tasa de cesáreas según la OPS en 1998 del 24%. En este país quienes asisten los partos de bajo riesgo son las enfermeras, siendo los médicos los que atienden los de alto riesgo. Cabe destacar que las enfermeras no cuentan con estudios o especialización en asistencia obstétrica; y 7 de cada 10 mujeres padecen problemas de salud crónicos debidos a partos complicados (OPS, 2005).

En Honduras, aunque se ha observado un aumento constante de partos institucionales, cerca del 50% aún se dan en el hogar con parteras tradicionales, razón por la cual, se ha instruido a las parteras tradicionales con el fin de mejorar la morbimortalidad materna (OPS, 2005).

En México, la biomedicina se ha hecho cargo del parto, siendo la tasa de cesáreas de casi 40%. En este país, la presencia de una partera profesional no es lo más frecuente y sólo unas pocas enfermeras obstétricas con estudios en salud materno infantil brindan asistencia en clínicas pequeñas.

A pesar de ello, en zonas rurales aún siguen actuando las parteras tradicionales en el 45% de los partos. Esta cifra se puede justificar por dos causas, una el acceso y otra porque las mujeres todavía prefieren la atención de las parteras tradicionales durante su parto dado las posiciones y técnicas empleadas por los médicos (OPS, 2005).

Nicaragua, cuenta con una larga costumbre de la partería tradicional reconocida por el gobierno como parte imprescindible en los servicios de asistencia; donde incluso la mayoría ha recibido educación por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Es así que el 35% de los partos es asistido por parteras tradicionales, aumentando a 60% en zonas rurales (OPS, 2005).

Panamá, no cuenta con programa de formación profesional en partería, la cobertura está un 90% a cargo de los médicos, siendo la tasa de cesáreas de un 19%. Las parteras tradicionales atienden un 10% de los partos, pueden registrarse y recibir formación en el MSP (OPS, 2005).

Como mencionamos anteriormente, el modelo tres, es el único que cuenta con **partería profesional institucionalizada y equipo obstétrico**. Por lo tanto, son las parteras las prestadoras de asistencia dominante, donde forman parte de un equipo conformado por médicos y obstetras. Los países que desempeñan este modelo son Belice, Chile, Costa Rica, Paraguay, Perú, entre otros.

En Belice, las parteras profesionales atienden alrededor del 80% de los partos dentro de los hospitales, siendo en 1999 la tasa de cesáreas del 26%. Dado que es ilegal ejercer sin contar con formación oficial, las parteras tradicionales atienden pocos partos, y la cantidad sigue en descenso (OPS, 2005).

En Chile, teóricamente todos los partos son institucionales, siendo las matronas (parteras) el prestador principal que da asistencia en el 70% de los casos, el 30% restante los atienden los obstetras privados. Se menciona que las ganancias financieras son una gran motivación para que los obstetras ejerzan en el privado; teniendo allí una tasa de cesáreas de hasta el 68% mientras que, en el ámbito público, la tasa es del 14%. La partera chilena, desempeña un papel importante en la reducción de la mortalidad materno infantil, gracias a su participación en la asistencia calificada y en la educación a la comunidad sobre la importancia de la misma (OPS, 2005).

Más allá de brindar asistencia en partos normales, es la encargada del seguimiento y documentación, también de realizar procedimientos tales como episiotomía, sutura de desgarros, administración de oxitócicos, analgésicos y antibióticos, así como de brindar servicios de atención prenatal (OPS, 2005).

En Costa Rica, las parteras tradicionales que solían ser el principal prestador de asistencia, atienden muy pocos nacimientos; ya que el 98% de los nacimientos tienen lugar dentro de un entorno clínico, donde los médicos y obstetras atienden cerca del 60% y las enfermeras o parteras el 40% restante (OPS, 2005).

En Paraguay, todos los partos se realizan institucionalmente. Las parteras atienden partos de bajo riesgo y brindan apoyo a los obstetras en hospitales de referencia. Según datos de la OMS (1998), cerca del 40% de los partos son atendidos por parteras tradicionales (OPS, 2005).

En Perú, a pesar de haber formado gran cantidad de parteras, el 40% de los partos son asistidos por parteras tradicionales. Muchas veces se culpa a las parteras tradicionales de las defunciones maternas que ocurren en la comunidad, razón por la cual las parteras profesionales se niegan a cooperar con ellas (OPS, 2005).

El cuarto modelo al cual la OPS hace referencia, se caracteriza por una **atención obstétrica institucional, partería profesional institucional y comunitaria limitada y partería con algún grado de avance**. En este modelo donde encontramos a Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Uruguay, la mayor parte de los partos se dan en hospitales, siendo los médicos y obstetras quienes dominan la atención del parto. La partería desempeña una función limitada y las enfermeras parteras o parteras atienden a pocas mujeres.

En Argentina, por ejemplo, el parto tenía lugar dentro de hospitales, y a pesar de la larga tradición de la partería desde 1852, el parto está medicalizado. Este país cuenta con cuatro veces más médicos que parteras por lo que el 75% de los partos son asistidos por estos (OPS, 2005).

La tasa de partos hospitalarios en Brasil en 1999 fue de 97%, de los cuales un 39% fueron cesáreas. A pesar de la formación de parteras, los médicos obstetras atienden la mayor parte de los partos.

Algunos hospitales se esfuerzan por seguir las normas de la OMS respecto a la atención humanizada, promoviendo el parto no quirúrgico, reduciendo las intervenciones tecnológicas excesivas, entre otras. Incluso desde 1998 el Ministerio de Salud brasileño promueve que las parteras presten atención en partos normales. Sin embargo, Brasil es uno de los países donde más conflictos surgen a causa del tipo de atención que se brinda. Los médicos, tienen una visión que contrarresta con el criterio de las parteras, quienes ven al trabajo de parto como un procedimiento natural que no debe interferirse y no están de acuerdo con el uso frecuente de oxitócicos (OPS, 2005).

En Estados Unidos, casi la totalidad de los partos tiene lugar en un entorno hospitalario, los médicos atienden el 90% de los nacimientos, ya que consideran al parto como un desastre potencial que debe ser controlado con firmeza para obtener los mejores resultados posibles, es por esto que la tasa de intervención es muy alta. La mayor parte de las parteras se desempeña en el entorno hospitalario, probablemente bajo la supervisión de obstetras y médicos, lo que dificulta o prácticamente imposibilita promover el modelo de atención por parteras (OPS, 2005).

En Canadá, el 100% de los partos son atendidos por asistentes calificados, contando con una de las tasas de mortalidad materna más baja del mundo. Las parteras canadienses ejercen la partería autónoma, por lo tanto, ningún médico participa en los embarazos y partos de bajo riesgo (OPS, 2005).

Para profundizar en el modelo de atención de partería, nos detendremos en las cualidades que presenta Canadá, más precisamente Ontario. En esta provincia, el modelo de atención de partería está financiado con fondos públicos y sigue un modelo de continuidad de la atención dirigido por la partera.

Como mencionamos anteriormente, aquí las parteras también actúan autónomamente para ofrecer atención prenatal a la comunidad y atender partos, tanto fuera como dentro de los hospitales (OPS, 2021).

La filosofía de la profesión promueve el parto normal, proporcionando atención centrada en la usuaria, enfatizando en la continuidad de la atención y elección del lugar de nacimiento.

Tal es así, que en 2018 se innovó un programa con un equipo compuesto por cuatro parteras y una trabajadora social con el fin de poder satisfacer las necesidades específicas de la población, y prestar servicios a las personas con dificultades para acceder a atención de alta calidad (OPS, 2021).

Dicho programa ofrece el modelo original de atención de partería, donde las parteras brindan guardias de 24 hs durante el embarazo y las primeras seis semanas después del parto. La asistencia del parto la brindan tanto en hospitales como en los hogares de las usuarias (OPS, 2021).

En nuestro país, no hay parteras tradicionales, casi todos los nacimientos tienen lugar en el hospital y están certificados por un médico o partera con formación universitaria, en la mayoría de los centros de salud privados los partos son asistidos por los ginecólogos, mientras que en los públicos son las parteras quienes se encargan de asistir aquellos partos de bajo riesgo.

Finalmente, el último modelo de atención, cuenta con una **atención obstétrica institucional sin asistencia de partería profesional**.

Este modelo se caracteriza por ser un sistema donde no se forma ningún tipo de partera profesional o enfermera/partera. Los médicos y obstetras se encargan de todos los partos y reciben la ayuda de enfermeras auxiliares o enfermeras que no cuentan con ninguna formación específica en servicios de partería. Colombia es uno de los países que responde a este modelo (OPS, 2005).

Como hemos mencionado a lo largo de este capítulo, tanto en Colombia como en la mayoría de los países de América, coexisten dos sistemas de atención del embarazo: un sistema de salud formal y el tradicional. Aunque el sistema tradicional muchas veces no es reconocido por el formal, deben reconocer de su existencia; en parte, se debe a la cobertura incompleta que ofrecen, sobre todo en zonas rurales, existiendo aquí también, brechas étnicas culturales que provocan que esta población elija a alguien de su comunidad para acompañarlas en el parto. Por tanto, la partería tradicional se considera un elemento fundamental en determinados pueblos y comunidades, ya que muchas veces la labor que prestan es el único servicio de salud disponible dado que los que presta el estado son de difícil acceso y baja calidad (OPS, 2005).

Otro fenómeno que se hace cada vez más frecuente, por lo que la población sigue eligiendo a las parteras tradicionales es la solicitud de un parto sin intervenciones médicas, o con las mínimas posibles. Dado que las usuarias, prefieren un entorno emocional sin factores estresantes que muchas veces con el modelo médico se pierde; así como la humanización, respeto y afecto que las madres logran encontrar solo con las parteras tradicionales.

Lejos de negar el actuar de las parteras tradicionales, la OMS en la década de los setenta, promovió como estrategia para disminuir la mortalidad materna y perinatal en poblaciones vulnerables, el acercamiento institucional con las parteras tradicionales; ya que pueden funcionar como nexos entre la comunidad y el sistema de atención de salud. Es por esto que la OMS alienta a que las parteras

tradicionales acompañen a las mujeres hasta dicho establecimiento y sean bien recibidas por los profesionales de la salud (García et al., 2018).

Modelos de Partería según Confederación Internacional de Matronas (ICM)

Teniendo en cuenta que son la minoría los modelos que cuentan con partería profesional institucionalizada, nos resulta fundamental mencionar lo que expresa la ICM sobre los modelos de atención dirigidos por parteras, donde afirma que, según la evidencia, estos modelos traen beneficios tanto para la madre como para el recién nacido.

La ICM considera, que el embarazo y el parto son en general, procesos fisiológicos normales que tienen una profunda significancia para la mujer, su familia y la comunidad. Por lo que reconoce a las parteras como las profesionales apropiadas para atender a las mujeres en edad fértil, promoviendo el modelo de atención de la partería basado en el respeto por la dignidad humana, en la compasión y en la promoción de los derechos humanos de todas las personas.

La atención que proporcionan las parteras, promueve, protege y apoya los derechos humanos y reproductivos de la mujer, ya que desarrolla conjuntamente con ella un plan; reconoce el derecho a la autodeterminación, teniendo así un cuidado respetuoso, personalizado, continuo y no autoritario. Las parteras en este modelo respetan y tienen confianza en la capacidad de la mujer para dar a luz, defienden el no intervencionismo por lo que son menos la cantidad de episiotomías, partos instrumentales y aplicación de epidural que se realizan (ICM, 2024a).

Otro modelo de atención del cual hace referencia la ICM, es el modelo de Continuidad del Cuidado de las Matronas (COMC); el mismo se basa en un enfoque centrado en la mujer, donde la atención proporcionada por las matronas está alineada con las necesidades y preferencias de las mujeres. Se enfatiza la

importancia de un cuidado personalizado y respetuoso, promoviendo la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar (ICM, 2024c).

La OMS recomienda también este modelo de continuidad de atención de parteras, el cual consiste en que una partera o un grupo de parteras, apoyen y asesoren de manera individualizada a una mujer durante todo el proceso prenatal, intraparto y postnatal. Minimizando las intervenciones tecnológicas innecesarias y pudiendo identificar y derivar de forma oportuna cuando así se requiera. Abarcando la continuidad informativa, tanto de gestión como relacional mejorando la atención integrada (Sandall et al., 2024).

Esto les permite a las parteras ejercer su profesión en todo su ámbito de práctica a lo largo de todos los procesos de atención de las mujeres, mejorando así su capacidad para identificar las necesidades individuales de cada mujer y brindando una red de seguridad.

El objetivo de este modelo es brindar atención en entornos comunitarios y hospitalarios, a mujeres que cursen embarazos de bajo riesgo por parte de la partera como profesional principal. Promoviendo el parto natural y proporcionando apoyo emocional y físico continuo (Sandall et al., 2024).

Se ha demostrado que este modelo puede contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, como hablaremos más adelante.

2.3 ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE CESÁREAS

Como ya se mencionó anteriormente en este trabajo la cesárea es un procedimiento quirúrgico que salva vidas, pero se ha convertido en una práctica cada vez más común en todo el mundo; a menudo superando las tasas recomendadas por la OMS.

A medida que los índices de cesáreas continúan en aumento, surge la necesidad imperante de abordar este fenómeno desde una perspectiva tanto global como nacional.

Este capítulo se adentra en las estrategias implementadas y por implementar para reducir la prevalencia de cesáreas, destacando la importancia de equilibrar la seguridad materno-infantil con la preservación de los partos naturales. Desde políticas de salud pública hasta intervenciones a nivel hospitalario, examinaremos las iniciativas que buscan no sólo disminuir las cifras alarmantes, sino también garantizar que las decisiones médicas estén guiadas por la evidencia científica y las necesidades reales de las pacientes, más allá de la conveniencia o la costumbre.

A nivel mundial

En cuanto a la “Declaración de Fortaleza de 1985”, la cual tuvo una revisión en el corriente año, la misma propone varias estrategias para reducir la tasa de cesáreas no justificadas. Entre estas, es fundamental establecer normativas claras sobre el uso adecuado de tecnologías durante el parto y fomentar la investigación para evaluar su eficacia. También se debe capacitar a parteras y profesionales de la salud en la atención del parto normal y promover la transparencia al hacer pública la información sobre las tasas de cesáreas (OMS, 1985).

Además, se recomienda fomentar el parto vaginal después de una cesárea previa cuando sea seguro, y restringir intervenciones innecesarias como la monitorización fetal electrónica rutinaria y la episiotomía sistemática (OMS, 1985).

En lo referente a la inclusión de las parteras en la atención se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre 2005 y 2014, en Estado Unidos con el fin de examinar la relación entre la atención de partería ampliada y las tasas de cesáreas. El cual

consistió en que las mujeres cambiaran su modelo de atención con seguro privado a uno que incluyera cobertura de obstetricia y partería las 24 horas. Dentro de los resultados se menciona que la tasa de cesárea primaria en estas mujeres luego del cambio, disminuyó de un 31,7% a un 25,0%, mientras que la tasa de partos vaginales después de cesárea aumentó de un 13,3% a un 22,4%. Como conclusión se plantea que el cambio de una atención privada a un modelo de atención colaborativo de partería de 24 horas, se asocia con una disminución en las tasas de cesáreas primarias y un aumento en las tasas de parto vaginal después de una cesárea (Rosenstein et al., 2015).

En lo que respecta al modelo de atención continuada por parteras, se halló una revisión publicada en la Biblioteca de Cochrane. En la misma se buscó averiguar si había diferencia en los desenlaces entre las mujeres y sus hijos que recibieron modelos de atención continuada por parteras durante su embarazo y quienes recibieron otro modelo de atención. Para esta revisión se utilizaron 17 estudios con 18533 mujeres de Australia, Canadá, China, Irlanda y Reino Unido (Sandall et al., 2024).

Dentro de los resultados obtenidos se describe que los modelos de atención continuada por parteras en comparación con otros modelos de atención probablemente aumenten el parto vaginal espontáneo, del 66% al 70%, paralelamente se menciona que podrían reducir las cesáreas del 16% al 15%. También se llegó a la conclusión que este modelo de atención reduce el parto instrumental (de 14% a 12%); y la episiotomía de un 23% a un 19%.

Aquellas mujeres que optaron por un modelo de atención continuada por parteras, en comparación con otros modelos manifestaron haber tenido experiencias más positivas durante su embarazo, parto y postparto. Con este modelo también se observó un ahorro en los costes (Sandall et al., 2024).

En cuanto a implementar este modelo, dentro del marco de la atención obstétrica, la ICM ha desarrollado un “Plan Estratégico 2024 - 2026”, el cual subraya la

importancia de la Continuidad del Cuidado de las Matronas (COMC) para mejorar los resultados en cuanto a salud materna e infantil. Este plan identifica varias prioridades, como la sostenibilidad y capacitación de las matronas, la promoción de la partería como una profesión autónoma y la preparación para crisis humanitarias y climáticas. La ICM destaca que un enfoque en la COMC puede reducir intervenciones innecesarias, como las cesáreas, y mejorar significativamente la salud materna e infantil (ICM, 2024c).

En Brasil en el año 2011, se realizó una encuesta en la cual se identificaron un exceso de intervenciones innecesarias y posiblemente iatrogénicas; lo que desencadenó un debate entre académicos, asociaciones profesionales, la sociedad civil y el gobierno acerca de la necesidad de realizar cambios (Magalhaes et al., 2018).

Una de las estrategias que se implementaron en consecuencia de esto fue la Red Cigüeña en los hospitales del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. El propósito es asegurar que todas las personas tengan acceso a una atención de calidad durante el parto y el nacimiento, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal. Además, esta estrategia busca reorganizar la red de servicios de salud y ofrecer cuidados fundamentados en evidencias, para reducir la realización de procedimientos innecesarios, como las cesáreas sin justificación médica (Magalhaes et al., 2018).

Dado que la tasa de cesáreas continuó en constante aumento el Ministerio de Salud de Brasil publicó un Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para los Partos por Cesárea en 2016; y el Protocolo Clínico y Guías Terapéuticas para Partos Naturales en 2017.

El fin de estos documentos es guiar las decisiones clínicas fundamentadas en evidencias hacia una atención menos intervencionista, la cual debe ser transdisciplinaria y enfocada en la fisiología del parto, destacando el rol central de la mujer en este proceso (Magalhaes et al., 2018).

Desde este mismo enfoque se implementó el Proyecto Parto Adecuado, el cual ha tenido muy buenos resultados, disminuyendo unas 10.000 cesáreas innecesarias. El mismo consiste en fomentar medidas de incentivo para un parto normal, también realizar mejoras en la estructura física y los recursos humanos del hospital, aparte de realizar acciones de capacitación y concientización para todos los médicos. Además, el Ministerio de Salud está evaluando incentivos financieros para adelantar a los gestores locales a motivar al personal sanitario para que apoyen más a los partos naturales (Magalhaes et al., 2018).

Dado que hasta el año 2018 no se ha demostrado que las diferentes estrategias implementadas hayan generado una reducción significativa en las tasas de cesáreas; ese mismo año la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) creó un documento acerca de su posición y solicitando ayuda por parte de los organismo gubernamentales, socios de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), organizaciones profesionales, grupos de mujeres y partes interesadas en reducir las cesáreas innecesarias (Visser et al., 2018).

Hasta el momento se ha demostrado que el manejo adecuado para el alivio del dolor, el respeto a la privacidad y la atención en salas de parto pueden ser de ayuda. Sin embargo, el único factor que ha generado de manera consistente una disminución considerable en las tasas de cesárea ha sido un modelo de reembolso ajustado para médicos y hospitales, que incentiva el parto vaginal (Visser et al., 2018).

Algunas de las recomendaciones por parte de la FIGO incluyen que los honorarios para médicos sean los mismos tanto para las cesáreas como para los partos vaginales; que los hospitales deberían estar obligados a hacer públicas sus tasas anuales de cesárea, y su financiamiento debería depender, al menos en parte, de estos índices. Así como también deberán utilizar un sistema de clasificación que sea

uniforme para las cesáreas (clasificación Robson/OMS). Las mujeres deben estar informadas acerca de los riesgos y beneficios que conlleva la cesárea. Por otra parte, el dinero obtenido al disminuir los costos de la cesárea deberá ser invertido en recursos. Una mejor preparación para el nacimiento, mejor atención, alivio adecuado para el dolor, capacitaciones prácticas para médicos y parteras; reintroducción de partos instrumentales vaginales para reducir la necesidad de cesárea en la segunda etapa del parto (Visser et al., 2018).

En Uruguay

En nuestro país, en el año 2017 se realizó un estudio sobre las tasas de cesáreas, el cual fue mencionado anteriormente. En las conclusiones, se proponen distintas medidas para reducir las tasas de cesáreas innecesarias. Se sugiere implementar guías clínicas basadas en la mejor evidencia científica, con el objetivo de sistematizar las intervenciones y mejorar la calidad de la atención (Briozzo et al., 2019).

Algunas estrategias clave incluyen evitar la cesárea primaria mediante esfuerzos para reducir intervenciones obstétricas innecesarias y permitir que el parto ocurra de forma espontánea. También se recomienda revisar las definiciones y tiempos de espera para diagnosticar un trabajo de parto detenido, con el fin de reducir el sobrediagnóstico de distocias.

Además, es importante esperar los tiempos adecuados para las fases latentes y activas de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, siempre que las condiciones maternas y fetales lo permitan; dado que estas etapas suelen ser más largas de lo que tradicionalmente se esperaba. Se deben limitar las inducciones y cesáreas electivas a lo estrictamente necesario, siendo rigurosos en que la inducción del parto se realice sólo por indicación médica. En caso de indicaciones no médicas, la edad gestacional debe ser de 39 o más semanas y el cuello uterino favorable (puntaje 6 de Bishop o mayor), especialmente en mujeres nulíparas (Briozzo et al., 2019).

Asimismo, es fundamental facilitar el entrenamiento y la experiencia en el parto vaginal instrumental, ya que, bien indicado, puede prevenir la cesárea de manera segura. Contar con guías clínicas y recomendaciones basadas en evidencia científica que fomenten el uso seguro y apropiado del parto vaginal después de una cesárea es esencial; en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, ya se disponen de guías clínicas publicadas que incluyen estas recomendaciones.

Por último, la educación y asesoría durante los controles obstétricos son cruciales, explicando a las embarazadas y a sus parejas los riesgos a corto, mediano y largo plazo de las cesáreas (Briozzo et al., 2019).

Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) forman parte de una herramienta de política pública con una perspectiva a largo plazo; con el fin de mejorar la salud y bienestar de la población para el desarrollo de una sociedad más próspera. Se pretende atender a los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, tendiendo una mayor equidad y mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia (MSP, 2023a).

Dentro de los OSN para el período 2015 - 2020, el tercer objetivo estratégico es mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida. Dentro del mismo se encuentra la humanización del parto y cesáreas, y el resultado esperado es la humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas. Para lograr ello, se crearon dos metas 2020, la N° 1 es “Aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto”, y la N° 2 “Reducir un 10% las cesáreas evitables” (MSP, 2019).

Las líneas de acción que se plantean incluyen integrar en las prácticas institucionales, guías de actuación para situaciones clínicas que se relacionan con cesáreas que se podrían evitar, como la cesárea previa, inducción del parto, parto detenido, entre otras.

También menciona la obligatoriedad de brindar clases gratuitas de educación para el nacimiento, incluyendo el tema cesáreas en ellas.

Para cumplir con este objetivo el Ministerio de Salud Pública en el 2018 creó la guía llamada “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento Institucional”. El equipo técnico de trabajo y revisión del mismo está compuesto por psicólogos, médicos y obstetras parteras que forman parte del MSP, UdelaR (Universidad de la República), Asociación Uruguaya de Perinatología, Asociación Obstétrica Uruguaya, Sociedad Ginecológica del Uruguay y UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

El objetivo de esta guía es lograr buenos resultados obstétricos y perinatales, con el menor intervencionismo posible y de forma segura, promoviendo durante la práctica clínica la participación activa de las embarazadas, respeto a la intimidad, derecho al acompañamiento y la movilidad, apoyo emocional efectivo y toma de decisiones consensuadas intraparto (MSP, 2019).

En lo que refiere al control prenatal la guía recomienda que los referentes del equipo de salud para realizarlos son Obstetras Parteras/os, Ginecotocólogos/as, Médicos/as de familia.

Otra de las medidas que tomó el Ministerio de Salud Pública, específicamente el Área de Salud Sexual y Reproductiva/ Salud Integral de la Mujer; fue publicar un documento llamado “Principales líneas para implementar una estrategia para la reducción de cesáreas evitables”. En el mismo menciona la aplicación de pautas institucionales de práctica clínica para aquellas situaciones que están relacionadas con un mayor índice de cesáreas. Dentro de las cuales se encuentra la interrupción de embarazo en vías de prolongación, la interrupción del embarazo con rotura de membranas ovulares, el nacimiento en paciente con cesárea previa, la inducción del parto, el diagnóstico de parto no evolutivo y la asistencia del nacimiento en presentación podálica (MSP, 2017).

A su vez, describe ciertas implementaciones donde se mencionan, el contar con una Obstetra Partera de guardia según la normativa vigente, cursos de preparación para el nacimiento y facilitar el acceso a ligadura tubaria post nacimiento como forma de evitar cesáreas por el interés de realizarse la misma (MSP, 2017).

Seis años después de esta publicación, en el año 2023, el MSP presentó una segunda edición de un manual nombrado “Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables”. En este se describe cómo actuar ante los distintos escenarios obstétricos que se mencionaron anteriormente para así evitar cesáreas innecesarias (MSP, 2023b).

Siguiendo con estas recomendaciones, dentro del marco legal nacional, nos encontramos con dos leyes que se ajustan a la estrategia para disminuir el índice de cesáreas en nuestro país.

Una de ellas es la Ley N° 17.565 en la cual en el año 2021 se incorporó el siguiente artículo:

Todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de la presente ley, donde se asista un mínimo de sesenta partos promedio mensuales, deberán contar con, al menos, dos parteras internas de guardia permanente los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, 2021).

La siguiente Ley es la N° 17.386 “Ley de acompañamiento a la mujer en parto, parto y nacimiento” actualizada en 2021, la cual establece que:

Toda persona durante el tiempo que dura el parto, trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento y puerperio inmediato, tendrá derecho a estar acompañada de hasta dos personas a su elección, una de su confianza y otra especialmente entrenada para darle apoyo emocional (Comisión especial de Equidad y Género, 2021).

Asimismo, en marzo del 2024, la Cámara de Diputados aprobó una modificación a este artículo, donde se incorpora que este segundo acompañante, debe contar con formación universitaria acreditada (Alba, 2024).

Esta estrategia se justifica ya que, si bien se ha incorporado a la Obstetra Partera en las instituciones, dado la demanda de pacientes, estas no son capaces de brindar el apoyo continuo necesario durante el trabajo de parto y parto, y considerando que este momento es una experiencia trascendental para toda gestante, es fundamental poder brindarle la posibilidad de estar acompañada por la persona que ella considere importante en ese momento (Comisión especial de Equidad y Género, 2021).

No obstante, la mayoría de las veces, este acompañante no se encuentra capacitado para sostener emocionalmente a la mujer. Diversidad de investigaciones han puesto en evidencia que las personas gestantes que son acompañadas por personal especialmente entrenado para brindarle apoyo físico y emocional, tienen mejores experiencias perinatales, donde se destacan la disminución de los nacimientos por cesárea, trabajos de parto prolongados, el uso de analgésico, baja puntuación de APGAR, los sentimientos negativos sobre las experiencias del parto, depresión post parto y estrés post traumático (Comisión especial de Equidad y Género, 2021).

Con lo que respecta a la estrategia de incluir clases de preparación para el nacimiento, el MSP creó una pauta con el fin de orientar a todos los prestadores de salud en la incorporación de estas clases y así poder cumplir con la Meta N°1. Estas pautas están basadas en programas de educación prenatal avalados por la OMS y UNICEF.

Dentro de esta estrategia, la Obstetra Partera tiene el papel de coordinar al equipo multidisciplinario, adecuar los cursos según la evidencia más actualizada, así como dar clases (MSP, 2018b).

Es fundamental tener en cuenta que la educación en etapa prenatal contribuye a la preparación tanto física como psicológicamente para afrontar el embarazo y todo lo que este conlleva de la forma más agradable posible. La educación para el nacimiento es uno de los componentes más importantes para lograr un parto humanizado, siendo éste un derecho de los individuos y un objetivo sanitario del MSP (MSP, 2018b).

La OMS, recomienda la preparación para el nacimiento por sus múltiples efectos beneficiosos tanto maternos como perinatales. Dentro de los cuales destacamos un menor grado de ansiedad, mayor asistencia al control prenatal, mayor disfrute del embarazo y el parto, apoyo hacia la mujer durante todo el trabajo de parto, adecuada respuesta a las contracciones utilizando las técnicas de relajación, respiración y menor duración total del trabajo de parto; lo que todo en su conjunto ayuda a que haya una menor incidencia de cesáreas (MSP, 2018b).

Otra herramienta que creó el MSP junto con la División de Programación Estratégica en Salud y el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, en 2014 fue la Guía en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Este manual complementa otras dos guías publicadas en 2007 y 2009 y en él se resalta la necesidad de mejorar las prácticas de los equipos de salud con las mejores y más actualizadas evidencias científicas (MSP, 2014).

El objetivo de la misma es revisar, actualizar y unificar los criterios de intervención de acuerdo a la evidencia científica de la actualidad, de manera que sin importar el lugar de residencia la mujer pueda recibir cuidados prenatales de calidad. Así como

también lograr que tanto las ciudadanas como sus parejas y familias puedan reproducirse en el momento que ellos crean oportuno bajo el menor riesgo y la menor morbi mortalidad perinatal posible.

Esta guía se sitúa en el cambio del modelo de atención que se propuso por la Reforma de la Salud donde menciona que la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso del nacimiento, la autonomía y poder de las mujeres y la atención integral de la salud (MSP, 2014).

Aparte de las leyes mencionadas anteriormente, también se encuentra la Ley N° 19.580 “Violencia hacia las mujeres basada en género, la cual dentro del Decreto N°339/019 en el artículo 14 hace referencia al Parto Humanizado:

Los prestadores de servicios de salud deben adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta prenatal, embarazo, nacimiento y puerperio respete los principios del modelo asistencial humanizado-respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes (IMPO Centro de Información Oficial, 2019).

Dentro de este artículo se destaca que la gestante tendrá derecho a ser tratada con respeto, de una forma individual o personalizada, a que se respeten sus pautas culturales y garantizando su intimidad y confidencialidad; y considerándola durante su trabajo de parto y parto como una persona sana, facilitando su participación siendo protagonista del mismo.

Así como también, a ser informada sobre las distintas intervenciones que pudieran darse, con el fin de que pueda optar entre diferentes alternativas, promoviendo las ventajas del parto natural cuando no existieran impedimentos.

Pudiendo presentar un plan de parto y nacimiento, participar de forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento, ser acompañada por un referente emocional de su confianza. También que se respeten los tiempos biológicos y psicológicos, así como la movilidad durante el trabajo de parto y la libre elección de la posición para parir (IMPO Centro de Información Oficial, 2019).

En lo que concierne al poder respetar los tiempos biológicos, movilidad durante el trabajo de parto y la libre elección de la posición para parir, se han creado las llamadas salas de nacer, allí la mujer podrá transcurrir todo su trabajo de parto, el parto propiamente dicho y el puerperio inmediato, respetando libre movimiento y privacidad, será aquí donde se haga la recepción del recién nacido favoreciendo así el apego, el contacto y la lactancia precoz (IMPO Centro de Información Oficial, 2019).

Esto queda en evidencia en la maternidad más grande de nuestro país. En 2017 se inauguraron en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), cuatro nuevas salas de nacer; equipadas con todo lo necesario para que la gestante pueda transcurrir su parto en un ámbito de privacidad. Las mismas cuentan con baño con ducha, pelotas aerodinámicas para el trabajo de parto; en el momento del parto, la cama se acondiciona para no tener que trasladar a la mujer hacia otra sala, también cuenta con banquitos de partos por si esta desea parir en forma vertical. Para no perder contacto con el recién nacido y poder ser testigo de su recepción, la sala cuenta con termo cuna y todo el instrumental necesario para la recepción y atención inmediata del recién nacido (ASSE, 2017).

Siguiendo con esta línea vanguardista, el 8 de diciembre de 2023, quedó inaugurado el sistema de monitorización computarizada inalámbrico, para las ocho salas de nacer, lo que permite tener un mejor control de la madre y su bebé previo al trabajo de parto. Haciendo que las embarazadas transiten ese momento especial de forma mucho más cómoda, además de ayudar a los profesionales y técnicos en la realización de diagnósticos oportunos para mejorar los resultados perinatales.

Esta nueva tecnología, fomentará aún más la humanización del parto y disminuirá la morbimortalidad neonatal (ASSE, 2023).

Dando un paso adelante en la modernización de sus servicios, el 7 de diciembre del 2023, el Hospital Universitario de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, inauguró dos salas de nacer; constituyendo la primera parte de una reforma mucho más amplia. Con esta nueva incorporación, donde se cuenta con pelotas, telas, jacuzzi y monitoreo inalámbrico “nace una oportunidad de cambios para la mejora asistencial, permitiendo modernizar las prácticas, dignificar y respetar un momento único que va a quedar en los recuerdos para siempre de cada familia” refirió la Dra. Fernanda Blasina. Cabe destacar que allí cuentan con analgesia del parto a disposición las 24hs todos los días de la semana (ASSE, 2023).

Pasados tres meses desde la inauguración de las salas de nacer del Hospital de Clínicas, cumplen con amplia satisfacción las expectativas establecidas en su inauguración.

Testimonios de familias atendidas allí, destacan: “otro nivel de atención integral tanto para la familia como para ella”, “experiencia espectacular”, “super rápido comparado con mi otro parto”, “todo el ambiente ayudó para que esté relajada y no tan estresada”, “los doctores me re informaron”, “vino el anestesista y me contó bien lo que podía pasar”, “re respetuosos con mi decisión”, “hay tantas opciones que es más llevadero, te da seguridad”, “una sala de primer mundo” (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, 2024).

Otros departamentos los cuales cuentan con salas de nacer en sus hospitales públicos y privados son Rio Negro, Colonia, Salto y Maldonado.

CAPÍTULO 3

3.1 ANÁLISIS

En este apartado, intentaremos hacer un análisis de las diferentes fuentes que hemos mencionado a lo largo de este trabajo. Para lograr dilucidar si existe una relación entre el accionar de las parteras y los índices de cesáreas; el cual es el objetivo principal de este trabajo.

En el contexto de la partería, es crucial reconocer la diversidad de los modelos de atención que existen en América Latina y Norteamérica; y cómo estos impactan en la experiencia del parto y en la tasa de cesáreas, analizando los modelos anteriormente descritos en este trabajo.

Las parteras tradicionales, aunque muchas veces son desestimadas en sistemas altamente medicalizados, siguen desempeñando un rol fundamental en varias comunidades. Estos modelos de partería reflejan tanto la resistencia cultural frente a la institucionalización como las necesidades insatisfechas por parte del sistema de salud formal.

El primer modelo que se observa es aquel en el que las parteras tradicionales predominan en la atención al parto, como es el caso de Guatemala. Aquí la mayoría de los nacimientos rurales son asistidos por parteras tradicionales debido a la escasez de profesionales médicos. Según datos del año 2015 este es uno de los pocos países de América Latina que cumple con las recomendaciones de la OMS, ya que presenta un índice de cesáreas menor al 10% (OPS, 2005; BBC Mundo, 2015).

Este fenómeno se repite en México, donde la partería tradicional sigue siendo relevante, incluso frente a un sistema de salud formal. En ambos casos las parteras

tradicionales son valoradas por su conocimiento práctico y su capacidad para ofrecer una atención más personalizada y respetuosa. Aspectos que a menudo se pierden en centros hospitalarios.

Por otro lado, tenemos los modelos de partería profesional, los cuales se destacan por su integración en el sistema de salud de Chile y Belice. En estos países, las parteras profesionales son las principales proveedoras de la atención durante el parto, trabajando en un equipo multidisciplinario con médicos y obstetras. Este tipo de integración ha demostrado resultados positivos en la reducción de intervenciones innecesarias, incluidas las cesáreas; gracias al enfoque más equilibrado entre las necesidades médicas como las preferencias de la mujer (OPS, 2005).

Sin embargo, no todos los sistemas siguen este enfoque equilibrado; en países como Brasil y Estados Unidos, la medicalización del parto es lo normal; lo que ha llevado a altas tasas de cesáreas y otras intervenciones. La falta de integración de las parteras ya sea tradicionales o profesionales, en estos países resalta una dependencia casi absoluta del modelo médico; que a menudo considera el parto como un evento de alto riesgo el cual requiere intervención constante (OPS, 2005).

El modelo canadiense, particularmente el de la provincia de Ontario se destaca como un ejemplo de buena práctica en la integración de la partera en el sistema de salud. Aquí las parteras operan de manera autónoma, brindando atención continua. Este modelo financiado con fondos públicos, pone énfasis en la experiencia de la usuaria, promoviendo un parto natural y humanizado. Las parteras canadienses no sólo asisten partos, sino que también juegan un rol crucial en la educación y preparación de las mujeres para el nacimiento. Lo que contribuye a reducir la necesidad de cesáreas (OPS, 2021).

En cuanto a nuestro país, la situación presenta tanto similitudes como diferencias entre los modelos descritos y analizados. Aunque la partería profesional está formalmente integrada en los sistemas de salud, la mayoría de los partos se llevan a

cabo bajo supervisión de los médicos. En la mayoría de los centros privados, a pesar de que es la partera quien realiza todo el seguimiento del trabajo de parto, es el ginecólogo quien lo asiste. Esto nos habla de la falta de autonomía que tienen las parteras a la hora de ejercer.

En Uruguay varias leyes han sido implementadas para abordar la reducción de cesáreas y promover la humanización del parto. Cada una de estas leyes tienen objetivos específicos y fortalezas, aunque también enfrentan ciertos desafíos en su aplicación práctica.

La Ley N° 17.565, promulgada en 2002, establece que todas las instituciones donde se realizan al menos sesenta partos al mes deben contar con un mínimo de dos parteras internas de guardia. Esta ley busca garantizar que el personal capacitado esté siempre disponible para brindar atención continua durante el trabajo de parto y parto, la presencia de las parteras en todo momento puede mejorar la calidad del cuidado, permitiendo una atención más personalizada y adecuada (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, 2021).

Sin embargo, la implementación de esta ley puede ser difícil en áreas con alta demanda o con recursos limitados, donde asegurar la presencia constante de dos parteras podría ser un desafío. Por otra parte, hay establecimientos donde sí se puede cumplir con la recomendación internacional de una partera por usuaria, pero en otros no; donde se encuentra una Obstetra Partera controlando y asistiendo a varias mujeres simultáneamente.

Además, la efectividad de la ley depende de la capacitación continua del personal.

Por otro lado, la Ley N° 17.386, actualizada en 2021, otorga a las mujeres el derecho a estar acompañadas, durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato. Esta ley permite a las mujeres elegir hasta dos acompañantes: uno de ellos de su confianza y el otro entrenado para brindar apoyo emocional. Este año se aprobó una

modificación de este artículo, la cual menciona que el acompañante entrenado también debe tener una formación universitaria acreditada.

La inclusión de un acompañante acreditado puede mejorar la experiencia del parto, reduciendo la ansiedad y posiblemente contribuyendo a una menor tasa de cesáreas (Comisión especial de Equidad y Género, 2021).

En cuanto a la ley N° 19.580 que aborda la violencia de género, a través del decreto N° 339/019; enfatiza la importancia del parto humanizado. Exige que los prestadores de servicio de salud adopten medidas para asegurar la atención durante el embarazo, parto y puerperio; y respeten los principios de un modelo asistencial humanizado. Además, establece que la mujer tiene el derecho a ser informada y a elegir libremente las intervenciones que se le realizará durante el parto, haciendo referencia a la cesárea electiva (IMPO, 2019).

La ley busca garantizar que las mujeres sean tratadas con respeto y que sus preferencias sean consideradas, lo que puede contribuir a una experiencia de parto más satisfactoria y con menor intervención médica innecesaria. Sin embargo, para que la misma sea efectiva, es necesario un cambio cultural en la atención médica y la capacitación adecuada para los profesionales de salud, así como el monitoreo continuo para asegurar su aplicación en la práctica.

Aunque es esencial respetar las decisiones de las mujeres sobre su cuerpo y el modo en que desean vivir su parto, la implementación de políticas que fortalezcan la educación prenatal y el apoyo de las parteras podría disminuir la frecuencia de cesáreas electivas. Esto se lograría al proporcionar a las mujeres una comprensión más amplia de sus opciones de parto, fomentando así una toma de decisiones más informada, confiada y segura.

Por otra parte, a través de los Objetivos Sanitarios Nacionales (ONS) y las iniciativas del MSP, se crearon guías y manuales que promueven prácticas menos intervencionistas y el fortalecimiento del rol de las parteras, destacando la

importancia de un enfoque basado en la evidencia y centrado en la mujer (MSP, 2019).

Una de las metas para cumplir con los objetivos sanitarios fue “aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto”. Con respecto a esto entendemos que las clases de preparación para el nacimiento son fundamentales, ya que proporcionan a las mujeres y sus parejas la información y herramientas necesarias para enfrentar el parto con confianza y seguridad. En estas clases las parteras tienen un rol fundamental, ya que son las coordinadoras del equipo interdisciplinario encargado de brindarlas (MSP, 2019).

A pesar de ello, el acceso a las mismas está algo limitado, debido a que, a nivel público, están centralizadas. Por lo que sería ideal poder distribuir las en los distintos barrios, así como también poder implementar estas charlas virtualmente como se hace a nivel privado, para tener un mayor alcance y así todas las mujeres puedan beneficiarse de una adecuada preparación.

De la mano con esto, creemos que si las mujeres estuvieran mejor informadas sobre los riesgos y beneficios de ambas vías de parto; así como de las distintas prácticas y técnicas que pueden utilizarse para transitar un parto natural seguro, es posible que reconsideren en el momento de pedir una cesárea electiva.

No obstante, hasta el momento no se ha demostrado que las clases de preparación para el nacimiento y la estandarización de los protocolos produzcan reducciones significativas en los índices de cesárea.

En cuanto a la infraestructura, la creación de las salas de nacer tanto en centros de salud públicos como privados, representan un avance importante. Las mismas están diseñadas para ofrecer un entorno cómodo y privado, permitiendo a las mujeres moverse libremente fomentando un ambiente que apoyó el parto natural. Sin embargo, no existe una ley como tal que contemple que las mismas tengan que

estar presentes en los centros asistenciales donde se asisten partos tanto privados como públicos, lo que puede llevar a que no sea accesible para todas las mujeres.

Finalmente, las leyes y políticas públicas implementadas en nuestro país, demuestran cierto grado de compromiso con la mejora de la atención obstétrica, la reducción de cesáreas, la protección de los derechos de las mujeres y sobre todo la humanización del parto. A pesar de ello, la efectividad de estas depende de una adecuada implementación, capacitando a los profesionales y adaptando los sistemas de salud, lo que requiere un enfoque integral para lograr una reducción efectiva en la tasa de cesáreas y mejorar la experiencia del parto en el país.

A nivel mundial, la creciente preocupación por las altas tasas de cesáreas ha llevado a diversas estrategias las cuales fueron expuestas con anterioridad, orientadas a reducir la prevalencia con un enfoque particular en el papel de las parteras.

Analizando las mismas, podemos ver que la “Declaración de Fortaleza del año 1985” de la OMS, marcó un momento clave al establecer estrategias para reducir las cesáreas no justificadas, enmarcando la necesidad de normas claras sobre el uso de tecnología durante el parto y la capacitación de parteras y otros profesionales de salud en la atención al parto natural. Esta declaración también hizo hincapié en la importancia de promover la transparencia en las tasas de cesáreas y fomentar el parto vaginal después de cesáreas previas, lo cual sigue siendo relevante en la actualidad (OMS, 1985).

Aun así, las tasas de cesáreas siguieron en continuo aumento, llegando a estar muy por encima de lo establecido por la OMS.

En el estudio de cohorte prospectivo entre los años 2005 y 2014 de Rosenstein (2015) en Estados Unidos, se demuestra el impacto positivo de incluir atención de partería en modelos de seguros privados. Obteniendo como resultados la reducción

en la tasa de cesáreas y el aumento de los partos vaginales después de una cesárea. La experiencia internacional demuestra que cuando las parteras están adecuadamente integradas y respaldadas por el sistema de salud, se pueden lograr mejores resultados en términos de salud materna y neonatal (Rosenstein et al., 2015).

A nivel de investigación, la revisión publicada en la Biblioteca Cochrane por Sandall (2024), proporciona evidencia adicional sobre los beneficios de los modelos de atención continuada por parteras. Este modelo no solo parece aumentar la tasa de partos vaginales espontáneos y reducir la incidencia de cesáreas, sino que también mejora la experiencia de las mujeres en cuanto a su embarazo y el parto. Al tiempo que ofrece un ahorro en los costos. Estos resultados demuestran la importancia de integrar a la partera en los equipos de atención como medida para reducir las intervenciones innecesarias y mejorar los resultados generales de la salud materna e infantil (Sandall et al., 2024).

Creemos importante destacar que este modelo de continuidad de atención de parteras es recomendado tanto por la OMS como por la ICM, por lo anteriormente mencionado.

Esta estrategia es particularmente relevante para el contexto uruguayo, donde el impacto de las parteras ha sido objeto de estudio en la reducción de cesáreas innecesarias. El énfasis de la ICM en la formación y liderazgo de las matronas proporciona un marco adecuado para el desarrollo de políticas nacionales que refuercen el rol de las parteras en la atención perinatal.

Brasil ha implementado varias estrategias para abordar el aumento en la tasa de cesáreas, con un enfoque en la mejora de la calidad de atención. La Red Cigüeña y el proyecto Parto Adecuado, junto con la publicación de protocolos clínicos y pautas terapéuticas, son ejemplos claros de intentos por ajustar las prácticas a recomendaciones basadas en evidencias. A pesar de estos intentos las tasas de cesáreas seguían siendo elevadas lo que llevó a la FIGO a interceder por reformas

más amplias, como la reestructuración de los incentivos financieros para médicos y hospitales, la publicación de la tasa de cesáreas y la inversión en educación y capacitación (Magalhaes et al., 2018; Visser et al., 2018).

En resumen, tanto a nivel mundial como nacional, se observa una tendencia creciente hacia la implementación de estrategias que valoren la atención continua por parte de las parteras, la educación prenatal y la reducción de las intervenciones innecesarias como médicas claves para reducir las tasas de cesáreas. Estos enfoques no solo buscan abordar las cifras alarmantes, sino que también mejorar la calidad del cuidado y la experiencia del parto para las mujeres.

La evidencia sugiere que al integrar a las parteras de manera efectiva y fomentar prácticas basadas en evidencia es posible lograr una reducción significativa en la tasa de cesáreas, beneficiando de este modo la salud materna e infantil a nivel mundial.

CONCLUSIONES

En primer lugar, creemos que el tema abordado, es muy vasto y abarca numerosas ramas e intersectorialidades del conocimiento que exceden con lo planteado en nuestros objetivos.

En el trayecto de esta monografía, esperamos haber cumplido con los objetivos planteados, logrando identificar y describir los diferentes modelos de partería existentes.

En base al modelo existente en Uruguay, logramos hacer una revisión de nuestro perfil desde nuestros orígenes hasta la actualidad. Conectando esto con la realidad actual en referencia a las cesáreas, conseguimos recabar información sobre cómo desde nuestro rol, podríamos contribuir a cambiar este problema de salud pública.

La experiencia internacional demuestra que cuando las parteras están adecuadamente integradas y respaldadas por el sistema de salud, se pueden lograr mejores resultados en términos de salud materna y neonatal.

Es por esto que sostenemos que el modelo de partería propuesto por la Confederación Internacional de Parteras (ICM) podría generar un cambio y como consecuencia impactar significativamente en la reducción del índice de cesáreas en varios países y más precisamente en Uruguay. Pero para esto, creemos que es necesario que las parteras puedan contar con un mayor apoyo por parte del Estado, que se defienda su rol y que las distintas leyes propuestas sean cumplidas.

En el contexto uruguayo, creemos que la implementación de modelos de continuidad de cuidado por parteras, podría fortalecer las prácticas actuales y alinearlas con los estándares internacionales promovidos por la ICM.

Integrar estas prácticas y principios en las políticas de salud uruguaya, podría fortalecer el sistema de atención perinatal y mejorar los resultados maternos y

neonatales, incluyendo una disminución de intervenciones innecesarias dentro de las cuales se encuentran las cesáreas.

Muchas de las estrategias propuestas en la literatura sobre este tema mencionan herramientas y enfoques que forman parte integral de este modelo del cuál nuestra formación actual tiene algunos elementos. Por esta razón, consideramos que, si somos las parteras quienes acompañamos a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, aplicando los principios de nuestro modelo de atención, es posible que logremos mejores resultados y experiencias tanto maternas como perinatales.

Más allá de que esto se da en la mayoría de los lugares, a las parteras no se les permite la facultad de tomar decisiones en cuanto a la paciente, como sí lo hace el médico, muchas veces no se les da la posibilidad de ejercer en su totalidad las competencias para las cuales está formada.

Consideramos que el alto índice de cesáreas es un tema que no ha tenido suficiente repercusión en las diferentes esferas del ámbito público y no se ha materializado en cambios significativos por parte de los diferentes entes rectores.

Además, creemos que nosotras como futuras Obstetras Parteras podríamos desempeñar un papel crucial no sólo en el desarrollo de estrategias sino también en la ejecución de las mismas, fortaleciendo y dando respaldo a las parteras que ya están ocupando su lugar en las diferentes partes de nuestro país.

Para lograr el cambio mencionado anteriormente, sería fundamental que se promuevan más aportes desde la academia y otros ámbitos de conocimiento, contribuyendo al avance y la mejora continua en el campo de la partería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alba, A. (2024, March 15). *Diputados aprobó un proyecto que propone que en el proceso de parto la persona gestante pueda tener dos acompañantes*. La Diaria. Retrieved August 6, 2024, from

<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2024/3/diputados-aprobo-un-proyecto-que-propone-que-en-el-proceso-de-parto-la-persona-gestante-pueda-tener-dos-acompanantes/>

ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado). (2017, February 14). *Nuevas Salas de Nacer en Pereira Rossell*. ASSE. Retrieved August 2, 2024, from

<https://www.asse.com.uy/contenido/Nuevas-Salas-de-Nacer-en-Pereira-Rossell-9595>

ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado). (2023, December 8). *Maternidad del Pereira Rossell: quedó inaugurado Sistema Computarizado e Inalámbrico para embarazadas durante el trabajo de parto en Salas de Nacer*. ASSE. Retrieved August 7, 2024, from

<https://www.asse.com.uy/contenido/Maternidad-del-Pereira-Rossell-queda-inaugurado-Sistema-Computarizado-e-Inalambrico-para-embarazadas-durante-el-trabajo-de-parto-en-Salas-de-Nacer-14680>

BBC Mundo. (2015, July 13). *El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo*. BBC. Retrieved August 15, 2024, from

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm

Beltrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., & Torloni, M. R. (2018, October 13). *Intervenciones para reducir las cesáreas innecesarias en mujeres y bebés sanos*. The Lancet. Retrieved July 30, 2024, from

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31927-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31927-5/fulltext)

Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., & Juan, L. (2018, October 13). *Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections*. The Lancet. Retrieved July 29, 2024, from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext)

Briozzo, L., Tomasso, G., & Colistro, V. (2019, June 01). Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. SciELO Uruguay. Retrieved July 28, 2024, from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902019000200004

Carvajal, J. A., & Barriga, M. I. (2022). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (XIII ed.). Jorge A. Carvajal.

Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. (2021, November 17). *Establecimientos o Instituciones donde se asistan partos. Modificación a la Ley N° 17.565*. Diputados.gub.uy. Retrieved August 8, 2024, from <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0575.pdf>

Comisión especial de Equidad y Género. (2021, June). *Acompañamiento a la mujer el preparto, parto y nacimiento*. diputados.gub.uy. Retrieved August 4, 2024, from <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0433.pdf>

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2005, July). *Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas*. Confederación Internacional de Matronas. Retrieved August 3, 2024, from <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/158543/1/622202.pdf>

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2022, February 1). *Historia de la Partería*. International Confederation of Midwives. Retrieved July 26, 2024, from <https://internationalmidwives.org/es/historia-de-la-parteria/>

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2024, January 17)a. *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. International Confederation of Midwives. Retrieved August 2, 2024, from <https://internationalmidwives.org/es/resources/competencias-esenciales-para-la-practica-de-la-parteria/>

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2024, January 22)b. *Definición de Partería*. International Confederation of Midwives. Retrieved August 6, 2024, from <https://internationalmidwives.org/es/resources/definicion-de-parteria/>

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2024, April 29)c. *Plan estratégico 2024-2026*. International Confederation of Midwives. Retrieved August 2, 2024, from <https://internationalmidwives.org/es/resources/plan-estrategico-2024-2026/>

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams Obstetricia* (25th ed.). McGraw-Hill Education.

Ehrenreich, B., & English, D. (1973). *Brujas, parteras y enfermeras: una historia de sanadoras*. Feminist Press.

Floyd, R. D. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. Bhpelopartonormal.pbh.gov.br. Retrieved July 23, 2024, from https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf?_goc_wbp_=219651002A6DEdt7PKOgHaW35Gdl8bSmi1NU

García, A. J., Cortina, C., Pabón, Y., Brito, K. D., & Freyle, Y. L. (2018, June 1). *La partería tradicional*. SciELO Cuba. Retrieved August 6, 2024, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200012

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. (2024, April 2). *A tres meses de su inauguración, las Salas de Nacer del Clínicas alcanzaron una amplia satisfacción entre las mamás que las utilizaron*. Hospital de Clínicas. Retrieved August 6, 2024,

from <https://www.hc.edu.uy/index.php/portada-noticias/344-a-tres-meses-de-su-inauguracion-las-salas-de-nacer-del-hospital-de-clinicas-alcanzaron-una-amplia-satisfaccion-entre-las-mamas-que-las-utilizaron>

IMPO Centro de información Oficial. (2007, November 19). *Reglamento del ejercicio de la profesión de partera*. IMPO. Retrieved August 9, 2024, from <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/628-1979>

IMPO Centro de Información Oficial. (2019, November 27). *Decreto N° 339/019*. IMPO. Retrieved August 4, 2024, from <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019/14>

Lazo, C. (2020). *Trabajo de parto fisiológico. Una perspectiva científico-cultural en Latinoamérica y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora*. Colibri. Retrieved July 25, 2024, from https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36272/1/TFGEP_LazoC.pdf

Magalhaes, G., de Lamare, T., Almeida, M., Bonifácio, E., & De Lourdes, A. (2018, September 13). *Medidas estratégicas para reducir la tasa de cesáreas en Brasil*. The Lancet. Retrieved July 30, 2024, from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32407-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32407-3/fulltext)

Magnone, N. (2022). *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres*. Colibrí. Retrieved July 24, 2024, from https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33502/1/TD_MagnoneNatalia.pdf

Magnone, N. (2023, June 1). *Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en el Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica*. SciELO Uruguay. Retrieved July 25, 2024, from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-68862023000101202

Ministerio de Salud Pública. (2014, January 1). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. GUB.UY. Retrieved August 7, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

Ministerio de Salud Pública. (2017, July). *Principales líneas para implementar una estrategia para la reducción de cesáreas evitables*. GUB.UY. Retrieved July 25, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Guia%20Plan%20Reduccion%20de%20Cesar%20A9a.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2018)a. *Recomendaciones para la asistencia del nacimiento institucional*. GUB.UY. Retrieved August 6, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>

Ministerio de Salud Pública. (2018)b. *Pauta para la implementación de Cursos de preparac*. GUB.UY. Retrieved August 05, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Pauta%20para%20la%20implementacion%20de%20Cursos%20de%20preparacion%20para%20el%20nacimiento%20en%20el%20marco%20de%20la%20Meta%201.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2019, January 8). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 | MSP*. GUB.UY. Retrieved August 3, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

Ministerio de Salud Pública. (2020, January 23). *Ordenanza N° 82/020 Se autoriza a las profesionales Obstetras Parteras la prescripción de medicamentos*. GUB.UY. Retrieved August 11, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-82020-se-autoriza-profesionales-obstetras-parteras-prescripcion>

Ministerio de Salud Pública. (2023, May 03)a. *Objetivos sanitarios nacionales 2030*. GUB.UY. Retrieved August 15, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030/objetivos-sanitarios-nacionales-1>

Ministerio de Salud Pública. (2023)b. *Manual de recomendaciones par el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. GUB.UY. Retrieved August 16, 2024, from <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-recomendaciones-para-manejo-situaciones-obstetricas-vinculadas>

Ministerio de Salud Pública. (2023)c. *Estadísticas vitales según tipo de parto e institución de ocurrencia 1996-2023*. Ministerio de Salud Pública. Retrieved July 23, 2024, from <https://uins.msp.gub.uy/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). *Declaración de Fortaleza 1985 OMS*. Ascalema. Retrieved August 1, 2024, from <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Recomendaciones de la OMS para La Prevención Y El Tratamiento de la Hemorragia Postparto*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Organización Mundial de la Salud. Retrieved August 01, 2024, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005, May). Perfil de los servicios de partería en las américas: Modelos de atención del parto. Portal Regional da BVS. Retrieved July 26, 2024, from https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966547/2005_ops_profiling_midwifery_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Contribuciones de los profesionales de enfermería y de partería a la salud de las mujeres. PAHO. Retrieved August 1, 2024, from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53920/9789275323649_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Rosenstein, M. G., Nijagal, M., Nakagawa, S., Steven, G., & Kuppermann, M. (2015, October). The Association of Expanded Access to a Collaborative Midwifery and Laborist Model With Cesarean Delivery Rates. *Obstetrics & Gynecology*. Retrieved July 31, 2015, from https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2015/10000/the_association_of_expanded_access_to_a.5.aspx

Sandall, J., Fernandez, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment, H. (2024, April 10). *Modelos de atención continuada por comadronas versus otros modelos de atención para embarazadas*. Cochrane Library. Retrieved July 28, 2024, from https://www.cochrane.org/es/CD004667/PREG_los-modelos-de-atencion-continuada-por-comadronas-son-mejores-para-las-mujeres-y-sus-hijos-en

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Bajo Arenas, J. M., Melchor, J. C., & Mercé, L. T. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Grupo ENE.

Visser, G. H., Ayres, D., Barnea, E. R., de Bernis, L., Di Renzo, G., & Escobar, M. F. (2018, October 13). *Documento de posición de la FIGO: Cómo detener la epidemia de cesáreas*. *The Lancet*. Retrieved July 30, 2024, from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32113-5/fulltext)

