

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Un perfil de las obstetras en Paraguay

A Profile of Midwifery in Paraguay

Anissa E. Dickerson¹, Jennifer W. Foster², Karen L. Andes³

RESUMEN

Introducción: Este estudio trata de desarrollar un perfil descriptivo de la obstetras en Paraguay. El estudio incluyó tres componentes: investigación de los antecedentes de los documentos oficiales y entrevistas a informantes claves para completar cuestionarios, entrevistas cualitativas con parteras y obstetras del Paraguay, y la observación de los participantes. **Métodos:** Los datos de los documentos oficiales y los cuestionarios fueron tabulados utilizando estadística descriptiva, entrevistas individuales y entrevistas de grupos pequeños de obstetras, estudiantes de obstetricia y médicos gineco-obstetras y se llevaron a cabo en cinco regiones de salud del Paraguay. **Resultados:** Participaron veintidós obstetras, nueve estudiantes de obstetricia, nueve gineco-obstetras y cinco dirigentes de las organizaciones profesionales de la salud. Tres temas destacados surgieron de las entrevistas. El primero fue la evolución del rol de la obstetra en el sistema de salud, sobre todo en la capital, Asunción. El segundo fue qué tanto las obstetras como los médicos gineco-obstetras informaron acerca de que las mujeres no tenían preparación suficiente para el parto y el periodo prenatal. Las clases de educación prenatal y para el parto son escasas y las obstetras lo consideraron un gran obstáculo para el parto vaginal. Por último, la atención prenatal proporcionada por obstetras se percibe como de difícil acceso. Los médicos gineco-obstetras están brindando mayor porcentaje de atención prenatal que

en épocas anteriores y en algunos hospitales públicos también atienden los partos vaginales. El déficit en la utilización de la labor de las parteras bien puede contribuir a las crecientes tasas de partos por cesárea. Las obstetras no están maximizando su capacidad de preparar a las mujeres para el parto, a pesar de su formación profesional de alto nivel. Los obstetras podrían mejorar la preparación prenatal para el parto sin intervenciones quirúrgicas, y esto significaría un uso más eficaz de los recursos humanos, tanto para médicos gineco-obstetras como obstetras.

Palabras clave: obstetricia, atención prenatal, parto y nacimiento, obstetricia, el parto vaginal / cesárea

ABSTRACT

Introduction: This study sought to develop a descriptive profile of midwifery in Paraguay. It involved three components: background research from official documents and key informant interviews to complete questionnaires, qualitative interviews with Paraguayan midwives and obstetricians, and participant observation. **Methods:** Data from official documents and questionnaires were tabulated using descriptive statistics. Individual interviews and small-group interviews of midwives, student midwives, and obstetricians were conducted in five health departments of Paraguay. **Results:** Twenty-two midwives, nine student midwives, nine

Recibido el 26 de junio de 2015, aceptado para publicación el 18 de diciembre de 2015

¹Baystate Midwifery and Women's Health, Springfield Massachusetts

²Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, Emory University

³Global Health, Emory University

obstetricians, and five leaders of professional health organizations participated. Three salient themes were identified from the interviews. First was the changing role of the midwife in the health system, particularly in the capital city of Asunción. Second, midwives and obstetricians both reported that women were not sufficiently prepared for labor and birth during the antenatal period. Limited antenatal education and childbirth classes existed and midwives felt that this was a major barrier to vaginal birth. Finally, access to midwife-provided antenatal care is perceived to be limited. Obstetricians are now providing antenatal care more often than they used to, and in some public hospitals they also attend vaginal deliveries. Limiting the utilization of midwives may well be a major contributor to the rising rates of caesarean sections. Midwives are not fulfilling their potential to prepare women for labor and birth, despite their high-level professional training. They have the potential to improve antenatal preparation for low-intervention birth, and this would be a more effective use of human resources for both obstetricians and midwives.

Keywords: *Midwifery, antenatal care, labor and delivery, obstetrics, vaginal/cesarean birth.*

INTRODUCCIÓN

El informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2005 “*El Perfil de los Servicios de Obstetras en las Américas: Modelos de Cuidado del Parto*”, llegó a la conclusión de que el cuidado realizado por las obstetras no se ha desarrollado en todas las regiones de las Américas, a excepción de las zonas no-latinas del Caribe, que el proceso del parto está controlado por médicos y dicha medicalización conduce a altas tasas de cesáreas. Además, que un alto porcentaje de asistencia médica durante el parto no necesariamente garantiza una reducción de la mortalidad materna y perinatal, y con frecuencia la atención institucional deficiente puede ser un importante factor de riesgo en estos países. Por último, el informe concluye que la medicalización de la atención materna parece crear una desigualdad en el acceso a la atención entre los grupos dentro de una misma población (OPS, 2005)¹.

En el Congreso Trienal del ICM (Confederación Internacional de Parteras)² en el 2011 en Durban, Sudáfrica, el Fondo de Población de las Naciones Unidas publicó “*El Estado de las Parteras del mundo: Prestando salud, Salvando Vidas*”. El informe enfocado en evaluar el acceso de las mujeres a los servicios de obstetras de calidad en todo el mundo, proporciona el primer análisis exhaustivo del servicio de las obstetras a nivel mundial. Participaron 58 países con altas tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal, en donde las necesidades eran mayores. La República del Paraguay no fue incluida en dicho informe; existe escasa publicación acerca de información sobre las obstetras y el acceso a sus servicios en el Paraguay. Este trabajo presenta los resultados de un estudio del año 2011 que evaluó el rol de las obstetras en el sistema de salud del Paraguay, incluyendo la forma en que dicho rol, así como se ha promulgado, afecta la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el nacimiento.

MÉTODOS

El objetivo de este estudio fue proporcionar un perfil descriptivo de las obstetras en el Paraguay. El estudio tuvo dos componentes: la investigación de base, a partir de documentos oficiales y entrevistas, con informantes claves y entrevistas cualitativas con obstetras y médicos gineco-obstetras paraguayos. El proyecto se llevó a cabo en asociación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Médico “Andrés Barbero” de la Universidad Nacional de Asunción.

Para la investigación de base, se obtuvo el permiso para utilizar los mismos cuestionarios que el Fondo de Población de las Naciones Unidas utilizó para recopilar datos en la elaboración del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo* con el fin de crear un informe similar para el Paraguay.

El investigador principal trabajó con el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud, la Universidad Nacional de Asunción, la Asociación de Obstetras del Paraguay y la Organización Panamericana de la Salud en el Paraguay para completar los cuestionarios. El Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud proporcionó datos demográficos y de salud adicionales para completar los cuestionarios y crear el informe.

La parte cualitativa del estudio se centró en las experiencias de las obstetras que trabajan en los hospitales públicos, un dato es que las obstetras que trabajan en los hospitales privados por lo general lo hacen cumpliendo el rol de una enfermera y no como obstetras.

El primer autor tuvo acceso a seis hospitales públicos de cinco departamentos de salud distintos, incluyendo Capital (Gran Asunción), Central, Cordillera, Guairá y Misiones. Se llevaron a cabo entrevistas personales y en grupos pequeños para evaluar el papel de las obstetras en la promoción y la prestación de servicios de baja intervención. La muestra final fue de 22 obstetras, nueve estudiantes obstetricia y nueve médicos gineco-obstetras (ocho médicos especialistas y un residente de gineco-obstetricia de segundo año). Se realizaron entrevistas adicionales a dos funcionarios del Ministerio de Salud, un líder en la ONG *Parto Humanizado*, el presidente de la Asociación de Obstetras del Paraguay y un conocido médico gineco-obstetra prominente y asesor de salud materno-infantil.

Recopilación y Análisis de Datos

Obstetras docentes de la Universidad Nacional de Asunción asistieron en el contacto con obstetras y estudiantes de obstetricia. Obstetras y médicos gineco-obstetras también fueron reclutados de los seis hospitales públicos incluidos en el estudio. Se incluyeron en el estudio obstetras y estudiantes de obstetricia quienes trabajaban actualmente en la sala de partos de un hospital público. Las estudiantes de obstetricia podían participar si estaban cursando el último año de su formación en la Universidad Nacional de Asunción. Por último, los médicos gineco-obstetras podían participar en el estudio si trabajaban con obstetras en la sala de partos de un hospital público.

Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares semi-privados, como aulas, salones, habitaciones de guardia o las salas de parto no ocupadas; menos de la mitad de todas las entrevistas con obstetras se llevaron a cabo durante horas laborales. Todas las entrevistas con médicos gineco-obstetras se llevaron a cabo durante la jornada laboral. Algunas entrevistas con obstetras y con médicos gineco-obstetras fueron interrumpidas o acortadas debido a la necesidad de atender a mujeres en trabajo de parto. Las entrevistas fueron grabadas con el permiso de los participantes.

Las entrevistas con obstetras exploraron sus perspectivas sobre el parto natural y de baja intervención, sus percepciones acerca de sus roles en el sistema de salud, y los procesos de tomar de decisiones acerca de las intervenciones médicas durante el parto. Para las estudiantes de obstetricia, la entrevista se centró en estos mismos temas, así como sus expectativas sobre su futuro profesional. Las entrevistas con los médicos gineco-obstetras se centraron sobre el rol de las obstetras en el sistema de salud y su posible participación en la promoción de cuidados de baja intervención en el parto.

Todas las entrevistas fueron transcritas textualmente y se analizaron en español usando el programa informático MaxQDA 10 (Verbi GMBH: Berlín, Alemania). Se utilizó el análisis temático para identificar patrones recurrentes en los datos; fueron desarrollados códigos y definidos sobre la base de un examen inicial de los datos textuales. Al principio del proceso de análisis, el primer autor y otro analista aplicaron los códigos de la transcripción de una entrevista para analizar las diferencias en la codificación y los cambios necesarios en dichas definiciones. Al término de la codificación, todos los datos fueron recolectados y examinados de forma sistemática para desarrollar resúmenes de patrones dentro de cada código y donde se cruzaban ciertos códigos entre distintos grupos de participantes.

RESULTADOS

Salud materna y neonatal

La tasa de mortalidad materna (TMM) en Paraguay es de 125 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), 2010)³, lo cual es considerablemente más alto que en la región de América Latina, con 72 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Naciones Unidas, 2012)⁴. Casi el 80% de las mujeres usan anticonceptivos y la tasa global de fecundidad se redujo de 4,6 nacimientos por mujer en 1990 a 2,5 nacimientos por mujer en 2008 (Centro Paraguayo de Estudios de Población, (CEPEP) 2008)⁵. El noventa por ciento de las mujeres embarazadas cumplen con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de al menos 4 visitas prenatales (CEPEP, 2008⁵; Organización Mundial de la Salud, 2002)⁶, y el 78,8% de las mujeres buscan atención prenatal en el primer tri-

mestre (CEPEP, 2008)⁵.

Los partos se han desplazados rápidamente de la casa al hospital, desde el 39% partos en casa en 1998 a 11,5% en 2008 (CEPEP, 2008)⁵. También en 2008, el 84% de los partos fueron atendidos por profesionales de la salud en el hospital (CEPEP, 2008)⁵, un aumento del 74% en 2004 (CEPEP, 2004)⁷. Además, las obstetras realizan el 32% de los partos en los hospitales, los médicos realizan el 63,2% y las enfermeras el 1,5% de todos los partos en los hospitales (CEPEP, 2008)⁵. Más del 55% de todos los nacimientos tienen lugar en hospitales del Ministerio de Salud, y en 2010 más de la mitad de los partos fueron atendidos por obstetras o enfermeras (MSPyBS, 2010b⁸; MSPyBS, 2011b)⁹. En la capital, sin embargo, más del 60% de los partos de bajo riesgo fueron atendidos por los médicos (MSPyBS, 2011b)⁹.

En la medida que se producen más nacimientos en los hospitales, la tasa de cesáreas también se ha incrementado. En 2008, la tasa nacional de cesáreas fue del 33%, frente al 26,9% en 2004; y del 40% al 46% en Gran Asunción (CEPEP, 2008)⁵. Las tasas de cesárea son más altas entre las mujeres de nivel socioeconómico alto (CEPEP, 2008)⁵, y en los hospitales privados de Asunción, donde el 74,4% de los partos son por cesárea (Goldenberg, 2011)¹⁰. Un informe de la Organización Mundial de la Salud del 2010 estima que 26.466 cesáreas innecesarias se llevaron a cabo en el Paraguay en el 2008 con un costo de más de \$ 5,7 millones (Gibbons et al., 2010)¹¹.

Profesionales de la salud

El sesenta y cinco por ciento de los profesionales de la salud se concentran en Asunción, mientras que sólo el 35% de la población reside en la capital (Gulino, 2009)¹². El número de médicos, enfermeras y obstetras varía entre las fuentes; sin embargo, todas las fuentes informan de que los médicos superan en número a las enfermeras y obstetras (OPS, 2004¹³; GULINO, 2009¹²; MSPyBS, 2011a¹⁴). En Asunción, hay un máximo de 19,5 médicos por cada 10.000 habitantes en comparación con el 1,2 por 10.000 habitantes en algunas zonas rurales (OPS, 2008)¹⁵. Igualmente, se estima que existen 7.2 enfermeras por cada 10.000 habitantes en Asunción y tan sólo el 1,0 por 10.000 habitantes en algunas regiones rurales (OPS, 2008)¹⁵. Si bien estos tipos de datos referentes a obstetras

no existen, se puede asumir una similar distribución en cuanto a las obstetras.

Las obstetras profesionales que han completado un programa de obstetricia universitaria se denominan Obstetras o Licenciadas en Obstetricia, mientras que las parteras tradicionales o parteras son conocidas como obstetras empíricas. Las obstetras tienen 4-5 años de formación de grado e ingresan a la profesión como obstetras en forma directa, o pueden completar un programa de enfermería de 4 años seguido por un programa de obstetricia de post-grado. También hay un grupo de obstetras y auxiliares técnicos que tienen menos formación que las obstetras profesionales y asisten en unidades de parto y alumbramiento, en particular en las zonas rurales. En Asunción, muchas obstetras realizan exclusivamente partos vaginales en el hospital y no proporcionan atención prenatal o educación para el parto.

Los resultados cualitativos

Tres temas sobresalieron en las entrevistas. Primero fue la comprensión de la evolución del papel de la obstetra en el sistema de salud, sobre todo en Gran Asunción. En segundo lugar, tanto las obstetras como los médicos gineco-obstetras informaron que las mujeres no recibían suficiente preparación para el parto durante el período prenatal. Por último, hay una percepción que el acceso a la atención prenatal proveído por obstetras es limitada.

Las obstetras informaron que su rol era el de administrar el parto vaginal en el hospital, y velar por el bienestar de la madre y el bebé. Las obstetras describen que su función es acompañar a las mujeres en el trabajo de parto, darles apoyo psicológico, y enseñarles a respirar y sobrellevar el trabajo de parto. Cuando se les preguntó sobre su rol en el sistema de salud, las obstetras en Asunción a menudo expresaron su preocupación acerca de su rol cambiante y su temor de que la profesión será eliminada. Las obstetras estaban preocupadas de que serían desplazadas por médicos gineco-obstétricos, o que el papel de la obstetra se convertiría en el de una enfermera. Frecuentemente, se utilizan las frases “perder nuestro espacio” y “perder nuestro lugar”.

Según los participantes, los médicos gineco obstetras son los principales responsables de la prestación de atención prenatal en Gran Asunción, no las obstetras. Una obstetra señaló que “la obstetra

solía ser el alma de la unidad de maternidad y la sala de partos” y recordó que las obstetras eran utilizadas para proveer la mayor parte de la atención prenatal. Otra explicó, “hay poco espacio para todos los médicos en Asunción y ellos no quieren ir a las zonas rurales.” Varias obstetras informaron que los nuevos médicos gineco-obstetras, al terminar la residencia, se enfrentaban a una escasez de puestos laborales en Asunción, por lo que tomaban puestos de trabajo que normalmente se ofrecerían a las obstetras.

Las obstetras también expresaron su preocupación de que su rol estaba siendo limitado en algunos hospitales, en particular en las unidades de formación, donde los médicos gineco-obstétricos o residentes de obstetricia realizaban la mayoría de los partos vaginales y las obstetras trabajaban solamente como asistentes. En estas unidades, las obstetras solamente monitorizan a las mujeres en trabajo de parto y cumplen las indicaciones de los médicos gineco-obstetras. Un médico dijo que no se prohibía que las obstetras realizaran partos vaginales en estas unidades, pero que necesitaban estar supervisadas por un médico gineco-obstetra.

Una obstetra en tal posición describió su rol:

- *Si hago un examen del cuello uterino por ejemplo, y veo que se ha completado le puedo llevar a la sala de partos. Si el paciente me dice que ella tiene un montón de molestias y necesita ser examinada, entonces puedo examinarla. Y a lo sumo esto es lo que puedo hacer, nada más que esto. O, por ejemplo, si sé que se debe iniciar ampicilina por rotura prematura de membranas, le digo al médico, “Doctor, hay que iniciarlo.” Uno les dice esto porque a veces están ocupados y cosas por el estilo. Así que uno les ayuda [a los médicos] en este sentido. Pero estas son más o menos las decisiones que las obstetras pueden tomar, porque siempre llevamos a cabo las indicaciones de los médicos. (Partera 8).*

Las obstetras sugirieron que diversas instituciones eran responsables por los cambios en sus roles. Algunas dijeron que el Ministerio de Salud favorece a las enfermeras, mientras que otras señalaron que los médicos y enfermeras no valoran los aportes

de las obstetras. Las obstetras señalaron que trabajaban bien con los médicos y enfermeras en sus equipos y se sentían valoradas personalmente, pero estaban preocupadas de que el rol de la obstetra estaba en peligro dentro de las instituciones más grandes de la medicina, la enfermería, y el sistema de salud.

A medida que el papel de la obstetra ha cambiado, también lo ha hecho la naturaleza de la atención prenatal prestada a las mujeres. Las obstetras informaron unánimemente que las mujeres no estaban adecuadamente preparadas para el parto durante la atención prenatal y que la falta de educación para el parto era un obstáculo importante para el parto vaginal. Todas las obstetras expresaron su preocupación de que las mujeres no sabían que el trabajo iba a ser doloroso o cómo hacer ejercicios de respiración para hacer frente al dolor. Hicieron hincapié en la necesidad de una preparación durante todo el embarazo “*Las mujeres no están preparadas para recibir la información cuando llegan al hospital y están en el trabajo de parto. La información debe ser proporcionada en el período prenatal*” (Partera 2). Muchos médicos gineco-obstetras también identificaron la falta de preparación y educación durante el periodo atención prenatal como barreras para el nacimiento de baja intervención.

Muchas obstetras creen en la atención prenatal por obstetras en lugar de los médicos. La mitad de las obstetras entrevistadas y la mayoría de las estudiantes de obstetricia, señalaron que la atención prenatal por obstetras era más amplia y proporcionaba una mejor preparación para el parto:

- *Hice una pasantía clínica de atención prenatal en el Hospital X y había una obstetra que había estado proporcionando el cuidado prenatal durante muchos años. Ella proporciona atención prenatal completa. Ella proporciona atención ginecológica para las mujeres y los pacientes sólo querían verla a ella para el cuidado prenatal. Mis compañeras de clase dicen que en otros hospitales solo se recuestan contra la pared y escriben lo que dice el médico o sólo miden la altura del fondo uterino y eso es todo. Con ella se hace la atención prenatal como tiene que ser hecho, sólo tú y ella. (SGI Estudiante 2).*

Casi la mitad de las obstetras entrevistadas creen que la atención prenatal proveída por médicos siempre fue una barrera para el parto vaginal. Observaron que las mujeres a menudo llegan al hospital esperando un parto por cesárea, porque eso fue lo que les dijo el médico que les proveyó el cuidado prenatal. Era entonces un desafío convencer a las mujeres para tener un parto vaginal si ya le estaban anticipando una cesárea:

- *[El cuidado prenatal] es donde hay que empezar, cambiar la mentalidad un poco, porque es allí donde comienza el problema. El médico les prepara con la actitud de 'mire, no se puede tener un parto vaginal o es más doloroso, usted tiene que pedir que se le programe una cesárea'. El paciente viene con esto en mente, y para sacarle ese concepto de la mente a los 9 meses, usted no será capaz de cambiar su opinión. (Partera 6)*

Hubo variación en las declaraciones de las obstetras con respecto a las cesáreas, con contradicciones existentes dentro y entre las entrevistas. La mitad de las obstetras informaron que los médicos en su hospital sólo realizan las cesáreas cuando está médicamente indicado. Sin embargo, otras informaron que los médicos realizan cesáreas si la mujer estaba con dolor, quería una ligadura de trompas, o solicitaba una cesárea. Las cesáreas también se realizaban en las primíparas de más de 35 años de edad y más de 40 semanas de gestación, si el feto era «grande para la edad gestacional», o en la presentación podálica. Por el contrario, las obstetras en un hospital rural dijeron que los médicos que trabajaban allí no eran muy “cesaristas” y que trabajan en conjunto con las obstetras para convencer a las mujeres de que tengan un parto vaginal. Al mismo tiempo, la mayoría de los médicos gineco-obstetras informaron que las obstetras eran promotoras del parto vaginal. Los médicos consideran que las obstetras proporcionan apoyo y aliento durante el trabajo de parto con el fin de ayudar a las mujeres a tener partos vaginales. Uno de ellos señaló: *“Las obstetras acompañan a las pacientes más, los médicos rara vez acompañan ... Somos más intervencionistas”* (Médico 3). Otro declaró, *“[obstetras] tienen más contacto con el paciente ... que están con el paciente más que los médicos.*

Tienen un punto de vista más solidario. Ellas están más cerca del paciente”(Médico 5). Varios médicos también observaron que los cambios recientes en el sistema significa que un menor número de obstetras estaban proporcionando atención prenatal, por lo que era difícil que las obstetras puedan promover partos de baja intervención e inclusive el parto vaginal.

DISCUSIÓN

Este estudio de las obstetras en el Paraguay sugiere que una barrera importante para el acceso a los cuidados de las obstetras para las mujeres en la capital se relaciona con la evolución del rol de las obstetras en la práctica.

Los médicos están proporcionando atención prenatal con más frecuencia que antes, y en algunos hospitales públicos también realizan la mayoría de los partos vaginales. Este cambio de roles bien puede ser un factor importante para explicar el aumento de la medicalización del parto en el país, así como el aumento de las tasas de cesáreas.

La percepción de las obstetras de que hay “poco espacio” para ellas en Asunción debido al número de médicos es apoyada por los datos que citan el número desproporcionado de los médicos; esto puede ser uno de los factores determinantes de la evolución del rol de las obstetras en Gran Asunción.

También puede explicar los cambios observados en los hospitales del Ministerio de Salud, donde los médicos realizan la mayoría de los partos de bajo riesgo en Asunción (63%) y las obstetras realizan la mayoría de los partos de bajo riesgo fuera de Asunción (72%), donde hay menos médicos disponibles. Este cambio en los proveedores de atención también puede ser ligado a la desproporcionada tasa de cesáreas en el área urbana y rural, 40.9 y 23.1, respectivamente. Se necesitan investigaciones adicionales para examinar el impacto en el nacimiento a medida que los médicos aumentan su participación en el manejo de embarazos de bajo riesgo y el parto.

Las obstetras no están desarrollando su potencial para preparar a las mujeres para el parto a pesar de su formación profesional de alto nivel. De acuerdo con la ICM (2010)¹⁶, *“La obstetra tiene una tarea importante en el asesoramiento de la salud y la educación, no sólo para la mujer, sino también dentro de la familia y la comunidad. Este trabajo*

debe comprender la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de la mujer, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de niños". Existen numerosas ventajas para la utilización de obstetras en la atención a las mujeres de bajo riesgo. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la atención hospitalaria de primer nivel debe *"mantener las características desmedicalizadas y cercanas al cliente de salas de parto dirigidas por obstetras"* (Organización Mundial de la Salud, 2005)¹⁷.

El modelo de atención de las obstetras incluye: continuidad de la atención; el seguimiento del bienestar de las mujeres y sus familias; proveer educación individualizada, asesoramiento y atención prenatal a las mujeres; asistencia continua durante el periodo antenatal, el parto y el periodo inmediatamente posterior al parto; apoyo durante el periodo post-parto; reducir al mínimo las intervenciones tecnológicas y la identificación de las mujeres que requieren atención obstétrica especializada (Hattem et al., 2008)¹⁸.

Este modelo ha demostrado reducir la analgesia regional, el uso de oxitocina, episiotomía, y los nacimientos asistidos por instrumentos (Bodner-Adler et al., 2004¹⁹, Janssen et al., 2007²⁰, Hattem et al., 2008)¹⁸. Al mismo tiempo, aumenta la percepción de tener el control del proceso del parto en las mujeres, partos vaginales espontáneos, y la lactancia (Hattem et al., 2008)¹⁸. *"Los responsables por la política que desean conseguir mejoras clínicamente importantes en el cuidado de maternidad, particularmente alrededor de la normalización y la humanización del nacimiento, deberían considerar modelos de atención con obstetras y considerar cómo la financiación de los servicios de las obstetras podría ser revisada para apoyar dicho modelo"* (Hattem et al. 2008, p. 17)¹⁸.

El modelo de la atención por obstetras se basa en el principio de que el embarazo y el parto son de origen natural y los eventos no tienen que ser medicalizados. Rooks (1999)²¹ señala que las diferencias entre las obstetras y otros modelos de atención incluyen *"diferencias en la relación entre el operario y la mujer embarazada, en el foco principal de atención prenatal, en el uso de las intervenciones obstétricas y otros aspectos de la atención durante el trabajo de parto, y en las metas y objetivos de la atención"* (pág. 370). Conceptualmente, estos modelos de atención son complementarios y no com-

petitivos; hay una historia de la práctica de colaboración entre obstetras y médicos gineco-obstetras en los Estados Unidos y Europa que sugiere que son compatibles (Rooks, 1999²¹; Darlington et al., 2011²²; DeJoy et al., 2011²³; Hutchison et al., 2011²⁴; Shaw-Battista et al., 2011)²⁵.

Las obstetras en el Paraguay no están cumpliendo un rol esencial para ayudar a lograr el parto vaginal saludable. Para mejorar dicha situación, los formuladores de las políticas de salud materna y neonatal deben considerar la ampliación, en lugar de limitación, del alcance de la atención de las obstetras. Las obstetras tienen el potencial de mejorar la preparación prenatal para el nacimiento de baja intervención. Esta transición en la atención sería un uso más eficaz de los recursos humanos, tanto para los médicos como obstetras.

LIMITACIONES

Este estudio fue limitado, ya que los participantes representaban sólo 5 de los 18 departamentos de salud, siendo la mayoría de los participantes de Gran Asunción. Se necesitan investigaciones adicionales para explorar el papel de las obstetras en las zonas rurales del país. Las respuestas de los participantes también podrían haber sido afectadas por la conocimiento de que la primera autora de este trabajo estaba en proceso de formación para ser una obstetra.

CONCLUSIÓN

Antes de este estudio, existía poca información sobre el papel de las obstetras en el Paraguay. Nuestros resultados proporcionan una idea del ejercicio de la profesión de la obstetra y pueden servir de base para futuros estudios más exhaustivos. Un enfoque equilibrado para el cuidado con los médicos y las obstetras que trabajan como equipo puede ser un modelo más apropiado para lograr una atención de alta calidad y bajo costo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization. *Profiling midwifery services in the Americas: models of childbirth care*. Washington: Pan American Health Organization; 2005.

2. *United Nations Population Fund. The state of the world's midwifery 2011: midwifery in South America. New York: United Nations Population Fund; 2011.*
3. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicador de Mortalidad 2009. Asunción: MSPyBS; 2010a.*
4. *United Nations. The millennium development goals report 2012. New York: United Nations; 2012.*
5. *Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población; 2008.*
6. *World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Washington: World Health Report; 2002.*
7. *Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población; 2004.*
8. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Nacidos vivos por tipo de institución Paraguay periodo 2000-2009. Asunción: MSPyBS; 2010b.*
9. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Reporte de partos 2010. Asunción: MSPyBS; 2011b.*
10. *Goldenberg T. Caesarean sections and the medicalization of birth in Gran Asunción, Paraguay. Atlanta: Emory University; 2011.*
11. *Gibbons L, Belizán J, Lauer J, Betrán A, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.*
12. *Gulino R. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud (2007 – 2015), Paraguay. Asunción; 2009.*
13. *Pan American Health Organization. Country profiles: Paraguay [Internet]. Washington: Pan American Health Association; 2004. [citado 16 abr 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v25n2-perfil-paraguay.htm*
14. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Nómina de datos referente a recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011a.*
15. *Pan American Health Organization. Health systems profile: Paraguay. Washington DC: Pan American Health Organization/ World Health Organization; 2008.*
16. *International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. International Confederation of Midwives; 2010.*
17. *World Health Organization. The world health report 2005: make every mother and child count [Internet]. Washington: WHO; 2005. [citado 8 abr 2012]. Disponible en: <http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/whr/2005/en/index.html>*
18. *Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2*
19. *Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. Wiener Klinische Wochenschrift. 2004;116(11-12):379-84.*
20. *Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth. 2007;34(2):140-47.*
21. *Rooks J. The midwifery model of care. Journal of Nurse-Midwifery. 1999;44(4):370-74.*
22. *Darlington A, McBroom K, Warwick S. A northwest collaborative practice model. Obstetrics & Gynecology. 2011;118(3):673-77.*
23. *DeJoy S, Burkman R, Graves B, Grow D, Sankey H, Delk C, Feinland J, Kaplan J, Hallisey A. Making it work: successful collaborative practice. Obstetrics & Gynecology. 2011;118(3):683-90.*
24. *Hutchison M, Ennis L, Shaw-Battista J, Delgado A, Myers K, Cragin L, Jackson R. Great minds don't think alike: collaborative maternity care at San Francisco General Hospital. Obstetrics & Gynecology. 2011; 118(3):678-82.*
25. *Shaw-Battista J, Fineberg A, Boehler B, Skubic B, Woolley D, Tilton Z. Obstetrician and nurse-midwife collaboration: successful public health and private practice partnership. Obstetrics & Gynecology. 2011;118(3):663-72.*