

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Parto domiciliario, rol de la partera empírica: Paraguay, 2010-2020

Home delivery, role of the empirical midwife: Paraguay, 2010-2020

Julia Raquel Medina-Rodríguez¹, Gladys Ester Mora-Escobar¹ y Antonio Ulises Cusihamán-Puma¹¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar, Dirección General de Programas, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Asunción, Paraguay.**Correspondencia:** Antonio Ulises Cusihamán-Puma, correo: tonyc2nd69@gmail.com**Responsable editorial:** Lic. José Miguel Palacios González**Cómo referenciar este artículo:** Medina-Rodríguez JR, Mora-Escobar GE, Cusihamán-Puma AU. Parto domiciliario, rol de la partera empírica: Paraguay, 2010-2020. Rev. salud publica Parag. 2022; 12(2):26-35.

Recibido el 06 de septiembre de 2021, aprobado para publicación el 05 de septiembre 2022

RESUMEN

Introducción: Continúan suscitándose, a la fecha, condiciones heterogéneas respecto al entorno del parto, desde el parto institucionalizado hasta el domiciliario.**Objetivo:** Analizar la situación de los partos domiciliarios, el rol de la partera empírica y tiempos de Pandemia por COVID-19 en Paraguay: alcances del 2010 al 2020.**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal de registros de partos y el tipo de personal que atendió los partos en instituciones del sector público, privado, la seguridad social, a nivel domiciliario y en otros escenarios del país, período 2010-2020, del reporte de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**Resultados:** En Paraguay, en el período de 2010 al 2019, el 97,2% de los partos fue atendido por profesionales de blanco, el 2,6% por parteras empíricas y el 0,2% por otros, conforme a cada escenario en particular. Entre enero a septiembre de 2020 (contexto de COVID-19) el 97,7% de los partos vaginales fue atendido por personal de blanco, el 1,9% por parteras empíricas con un rol protagónico de las mismas durante las primeras fases de la cuarentena por la pandemia, y el 0,3% por otros.**Conclusión:** Actualmente, no se cuentan con suficientes datos de seguridad y de peso bibliográfico como para respaldar, en nuestro ámbito, el parto domiciliario que, al contrario, compromete especialmente la salud del binomio madre-niño. El rol primordial de las parteras empíricas deberá ser como actores comunitarios encargados de informar, educar, y remitir los casos de salud materna a los servicios de salud, apuntando a los partos institucionalizados.**Palabras clave:** Partos domiciliarios; Parteras empíricas; Cuarentena por contingencia COVID-19; Estrategias vitales. Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: To date, heterogeneous conditions continue to arise regarding the delivery environment, from institutionalized birth to home birth.**Objective:** To analyze the situation of home births, the role of the empirical midwife and times of COVID-19 Pandemic in Paraguay: scopes from 2010 to September 2020.**Methods:** A descriptive, cross-sectional and observational study of birth records and the type of personnel who attended them in institutions of the public and private sector, social security, at the household level and in other settings of the country, 2010-2020 period, from the Vital Statistics of the Ministry of Public Health and Social Welfare data.**Results:** In Paraguay, 97.2% of deliveries was attended by health professionals, 2.6% by empirical midwives and 0.2% attended by others, according to each particular scenario in the period from 2010 to 2019. Between January to September 2020 (context of COVID-19) 97.7% of vaginal deliveries was attended by health personnel; 1.9% by empirical midwives who had a leading role during the early phases of the quarantine for the pandemic situation, and 0.3% for others.**Conclusion:** Nowadays, there is not enough safety data and bibliographic contribution to support home birth in our field, because of the health compromise of the mother-child binomial, especially. The primary role of the empirical midwives should be as community actors in charge of informing, educating, and referring maternal health cases to the health services, aiming at institutionalized births.**Keywords:** Home births; Empirical midwives; Quarantine due to COVID-19 contingency; Vital strategies. Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La maternidad, al margen de creencias y tradiciones; mitos y tabúes, se ha llegado a conjugar en distintos ámbitos con el accionar de la partera empírica o “Chaé” (partera tradicional, rural), que tanto en Paraguay como en el resto de América ha habido desde la época precolombina hasta la actualidad, asistiendo a la mujer durante el ciclo normal de la maternidad y al recién nacido (RN), habilidades que adquirió atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras empíricas en áreas marginales de las ciudades, en comunidades rurales e indígenas, ejerciendo una influencia importante sobre las prácticas de salud de la comunidad⁽¹⁻⁸⁾.

Resulta crucial el entorno del parto y la heterogeneidad de situaciones que va desde el parto institucionalizado, generalmente atendido por profesionales, hasta el parto domiciliario en que la mujer da a luz sin la ayuda de nadie. A nivel hospitalario existe una disyuntiva entre un parto “activo” (modelo biomédico) con tendencia al amplio uso de oxitocinas y las cesáreas; y un parto “fisiológico” (natural), respetando los tiempos y pujos espontáneos de la madre, sin ser considerada una “enferma” en un ambiente más humanizado^(9,10).

Existen situaciones que representan condicionantes y determinantes de salud. Al producirse el trabajo de parto repentino en un lugar remoto a los servicios de salud disponibles, sin acceso vial o intransitable por las condiciones climáticas, a altas horas de la noche, falta de apoyo económico para gestionar el transporte, etc., determina un parto domiciliario, sin una opción factible, ya que la solución no se vincula a la gestión de la información, la educación o la voluntad de la mujer a punto de dar a luz. Y un condicionante es cuando ante dos posibilidades iguales se opta por una de ellas, por ejemplo, el idioma: una mujer guaraní hablante y que comprende el español, prefiere comunicarse con la lengua que le resulta más familiar^(2,11,12).

En Paraguay, para el 2008 cerca de 1 de cada 10 mujeres tenía parto en el domicilio, y 2 de cada 10 en áreas rurales, siendo atendidas predominantemente por personas no calificadas como parteras empíricas, familiares o por la parturienta misma sin la ayuda de nadie⁽¹³⁾.

En las primeras fases de la cuarentena por la pandemia por COVID-19 en el país, los servicios de salud limitaron la atención prenatal y de otros grupos vulnerables para evitar la exposición a posibles casos de COVID-19. Algunos nosocomios se han convertido de contingencia de COVID-19, dejando de prestar otro tipo de asistencia, y los equipos de ginecoobstetricia tuvieron que trasladarse a otros servicios donde realizar la atención perinatal⁽¹⁴⁾.

En base a lo anterior, se plantea como objetivo analizar la situación de los partos domiciliarios, el rol de la partera empírica y tiempos de Pandemia por COVID-19 en Paraguay: alcances del 2010 a septiembre de 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal de registros de partos y el tipo de personal que atendió los partos en instituciones del sector público, privado, la seguridad social, a nivel domiciliario y en otros escenarios del país del 1 de enero de 2010

al 30 de septiembre de 2020, del Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Dirección General de Información Estratégica en Salud (MSPBS/DIGIES).

Las categorías de estudio para las medidas de resultado incluyeron tipo de parto, profesional de salud o persona que atendió el parto, períodos conexos a las fases de la cuarentena por la pandemia COVID-19, partos institucionales y no institucionales, ocurrencia y residencia.

Las variables incluidas fueron: tipo de parto (vaginal, por cesárea, instrumentado); personal de blanco o persona que asistió el parto vaginal; atención de partos durante los distintos períodos conexos a las fases de la cuarentena por COVID-19; partos atendidos a nivel institucional, domiciliario u otro lugar según Región Sanitaria de ocurrencia; partos atendidos según tipo de profesional en Región Sanitaria de residencia.

Del total de partos en Paraguay se identificaron los partos domiciliarios acontecidos entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019. Y dentro del contexto COVID-19 se recabaron los casos entre el 1 de enero al 30 de septiembre de 2020, acorde a las fases de “cuarentena inteligente” establecidas en Paraguay: (a) Período pre pandémico (01-01-2020 al 10-03-2020); (b) Período de aislamiento preventivo general (11-03-2020 al 03-05-2020), se declara “emergencia sanitaria” en el país; (c) Período conexo a la Fase 1 (04-05-2020 al 24-05-2020): la población debía permanecer en domicilio y solo desplazarse lo mínimo, entre las 05:00 y 21:00 horas, para aprovisionarse de alimentos, medicamentos y artículos de limpieza, los vehículos particulares desplazarse por número de placa, y no incluir a las personas menores de 18 años ni mayores de 60 años de edad en el grupo de trabajadores sujeto a actividades indispensables; (d) Período conexo a la Fase 2 (25-05-2020 al 30-06-2020): la población solo podía desplazarse entre las 05:00 y 21:00 horas para las actividades y servicios asistenciales, comerciales, de producción (agropecuaria, construcción civil), culturales (sin público presencial) y de culto (con número reducido de personas), entre otras; y por último, (e) Período conexo a la Fase 3 (01-07-2020 al 30-09-2020): la población sólo podía desplazarse entre las 05:00 y 23:00 horas (domingo a jueves), y de 05:00 a 00:00 horas (viernes y sábado), para actividades y servicios con previo agendamiento; con retroceso o la extensión de Fases por áreas geográficas según lo ameritaban. Fase 4: con medidas menos restrictivas, a excepción de los Departamentos de Alto Paraná, Capital y Central, que se mantenían en Fase 3, y el levantamiento progresivo de dichas medidas cautelares a partir del 16 de agosto de 2020⁽¹⁵⁾.

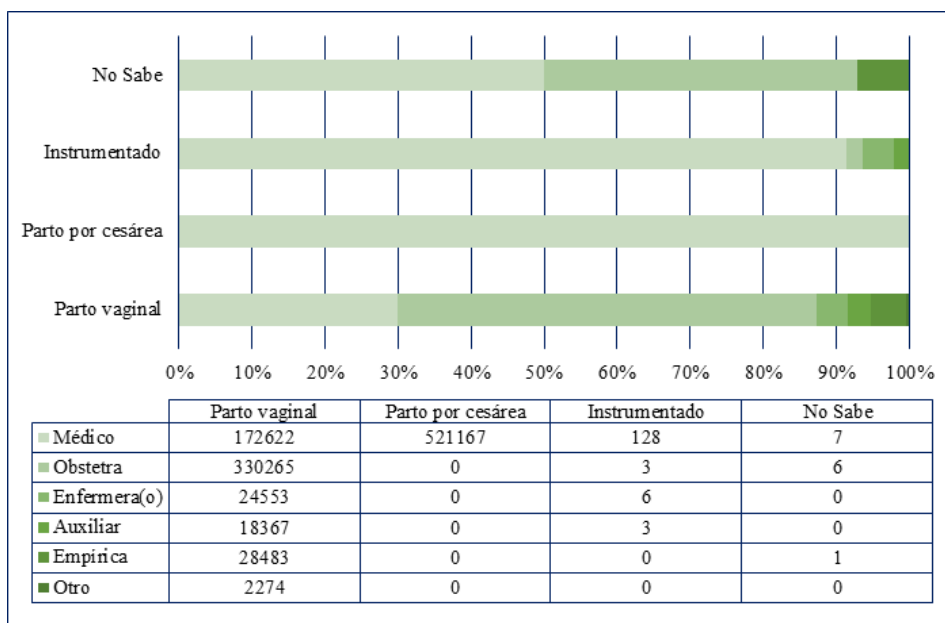
Las variables cualitativas -frecuencias absolutas y porcentuales- se presentaron en tablas o gráficos, expresándose la magnitud de los casos en términos de IC al 95%.

En vista a que se accedió al reporte del SSIEV del MSPBS/DIGIES, en ningún momento se vulneró la identidad y la privacidad de los sujetos de estudio implicados, ya que solo se utilizaron los datos de dicho reporte, aspecto ético a señalar en el presente trabajo investigativo.

RESULTADOS

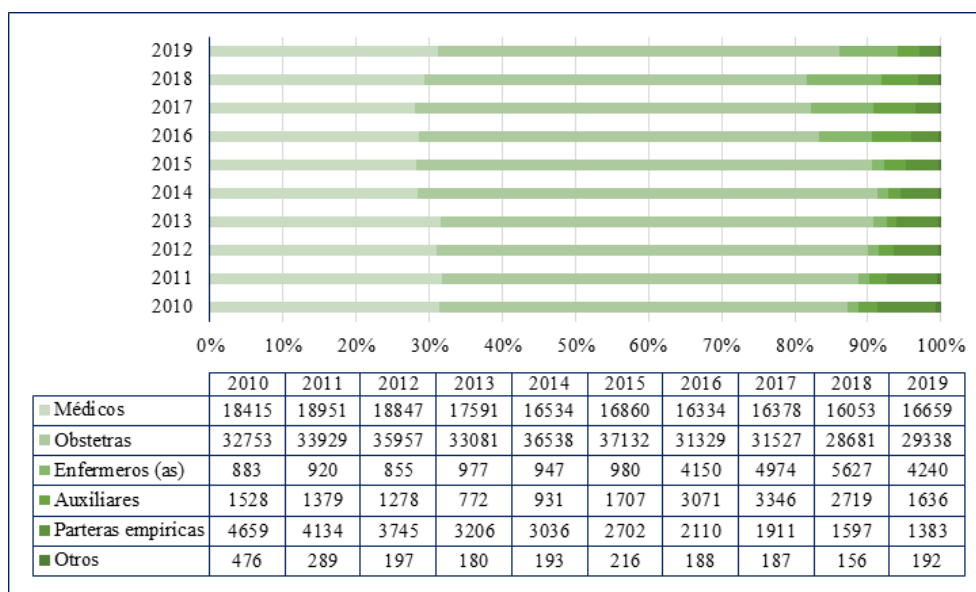
Tipo de partos y profesional de salud o persona que atendió el parto. En Paraguay, en el período 2010-2019, del total de partos, el 97,2% (IC95%: 96,8-97,4) fue atendido por personal de blanco (médico, obstetra, licenciado en enfermería, auxiliar de enfermería), el 2,6% (IC95%: 2,4-3,0) por las parteras empíricas y el 0,2% (IC95%: 0,1-0,3) por otros (la pareja de la embarazada, algún familiar, taxista, etc., acorde a cada escenario en particular) (Figura 1).

En ese mismo decenio, con respecto a los partos vaginales, el 57,3% (IC95%: 56,0-58,5) fue atendido por obstetras; el 29,9% (IC95%: 28,8-31,1) por personal médico; el 4,3% (IC95%: 3,8-4,8) y el 3,2% (IC95%: 2,8-3,7) por licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería, respectivamente. Es decir, el 94,7% (IC95%: 94,1-95,2) de los partos vaginales fue atendido por personal de blanco, en contraste al 4,9% (IC95%: 4,4-5,5) por parteras empíricas y el 0,4% (IC95%: 0,3-0,6) por otros en el período de 2010-2019 (Figura 2).



Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

Figura 1. Número de partos atendidos en Paraguay según profesional de salud o persona que atendió un tipo de parto 2010-2019 (N=1097885).



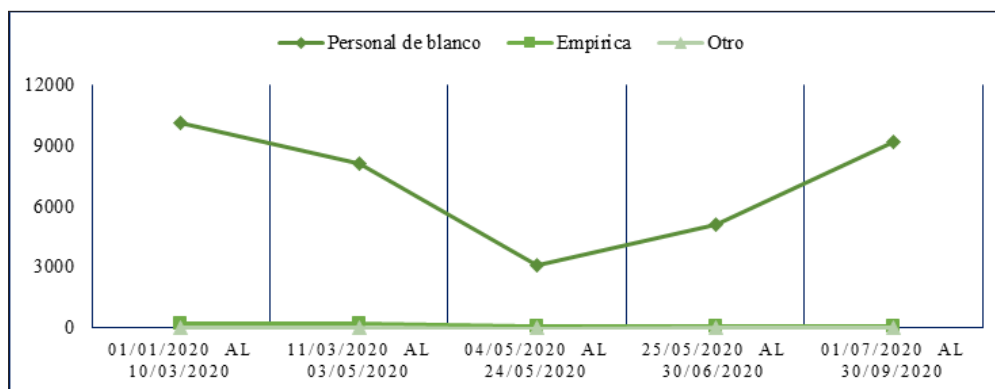
Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

Figura 2. Cobertura de atención de partos vaginales en Paraguay según profesional de salud o persona que realizó el parto, 2010-2019 (n=576564).

Tabla 1. Número de partos vaginales atendidos en Paraguay según profesional de salud o persona que realizó el parto, enero a septiembre de 2020 (n=36560).

Persona que realizó el parto	01/01/2020 al 10/03/2020	11/03/2020 al 03/05/2020	04/05/2020 al 24/05/2020	25/05/2020 al 30/06/2020	01/07/2020 al 30/09/2020
Médico	3345	2935	1109	1774	3145
Obstetra	5955	4749	1906	3234	5988
Enfermero (a)	568	338	70	76	55
Auxiliar	294	102	34	38	29
Empírica	199	201	86	96	104
Otro	39	30	15	19	27

Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES



Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

Figura 3. Cobertura de atención de partos vaginales en Paraguay, enero a septiembre 2020 (n=36560)

Mientras que, entre enero a septiembre de 2020, contexto COVID-19, se puede identificar que, de los partos vaginales, el 59,7% (IC95%: 54,6-64,6) fue atendido por obstetras, el 33,7% (IC95%: 29,0-38,7) por médicos, el 3,0% (IC95%: 1,7-5,3) por licenciados en enfermería, el 1,3% (IC95%: 0,6-3,2) por auxiliares de enfermería. Luego, el 1,9% (IC95%: 0,9-3,9) fue atendido por parteras empíricas, remarcándose un rol protagónico de las mismas durante las primeras fases de la pandemia; y el 0,3% (IC95%: 0,1-1,5) por otros (ver Tabla 1).

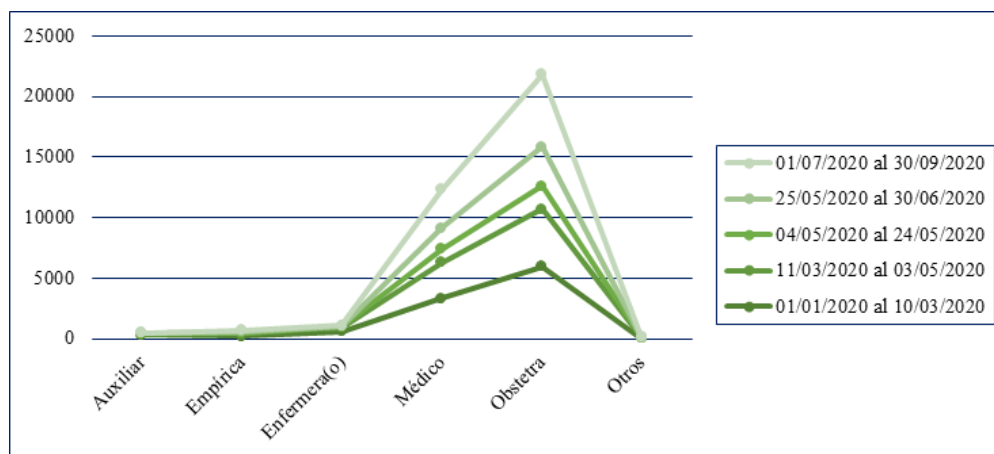
Es decir, el 97,8% (IC95%: 95,7-98,9) de los partos vaginales atendidos, en el lapso de enero a septiembre del 2020, estuvo a cargo de personal de blanco; mientras que el 1,9% (IC95%: 0,9-3,9) por parteras empíricas, y el 0,3% (IC95%: 0,1-1,5) por otras personas (Figura 3).

Períodos conexos a las Fases de la cuarentena por la pandemia por COVID-19. A principios de la “cuarentena inteligente” (11 de marzo al 03 de mayo de 2020), las parteras empíricas atendieron del total de partos (vía vaginal, cesárea, instrumentado) el 1,3% (IC95% 1,1-1,4), obviamente, por vía vaginal, en contraste al 0,9% (IC95% 0,8-1,1) en el período pre pandémico (1 de enero al 10 de marzo de 2020); y entre el 04 al 24 de mayo de 2020, llegaron a atender el 1,4% (IC95% 1,1-1,7); luego, descendió paulatinamente al 0,9% (IC95% 0,7-1,1), y posteriormente, al 0,5% (IC95% 0,4-0,6) en los siguientes períodos conexos al levantamiento progresivo de las medidas de la cuarentena por COVID-19 (ver Tabla 2).

Tabla 2. Atención de partos en Paraguay, enero a septiembre 2020 (N=73023).

Persona que realizó el parto	01/01/2020 al 10/03/2020	11/03/2020 al 03/05/2020	04/05/2020 al 24/05/2020	25/05/2020 al 30/06/2020	01/07/2020 al 30/09/2020
Personal de blanco	20403	15876	6240	10586	19102
Empírica	199	201	86	96	104
Otro	39	30	15	19	27

Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES



Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

Figura 4. Cobertura de atención de partos vaginales en Paraguay durante las fases de la cuarentena por COVID-19, enero a septiembre 2020 (n=36560)

Luego, se puede apreciar una mayor tendencia de partos vaginales en los períodos posteriores (levantamiento progresivo de las medidas restrictivas) en comparación a los primeros períodos conexos a las fases de la cuarentena por COVID-19 (Figura 4).

Partos atendidos institucional y no institucionalmente según Región Sanitaria de ocurrencia. En el decenio 2010-2019, el mayor número de partos institucionalizados corresponde a las

regiones urbanas de Capital, Central y Alto Paraná que han concentrado el 57,2% (IC95% 54,2-60,1), a nivel nacional, seguidas de Caaguazú, Itapúa, San Pedro, Concepción, Cordillera y Amambay. En el período de enero a septiembre de 2020 (contexto COVID-19), se reportó un 56,3% (IC95% 52,7-59,9) de partos institucionalizados en las mismas Regiones urbanas de Capital, Central y Alto Paraná, en conjunto, seguidas de Caaguazú, Itapúa, San Pedro y Concepción.

Tabla 3. Número de partos atendidos institucionalmente según Región Sanitaria de ocurrencia, Paraguay, 2010-2019 (n=1052935) y enero a septiembre 2020 (n=73244).

Regiones Sanitarias	2010 - 2019	Regiones Sanitarias	Enero a Septiembre 2020
Capital	232125	Capital	17023
Central	225570	Central	13401
Alto Paraná	144222	Alto Paraná	10845
Caaguazú	75462	Caaguazú	5537
Itapúa	74406	Itapúa	5158
San Pedro	52692	San Pedro	3977
Concepción	35907	Concepción	2940
Cordillera	32506	Cordillera	2101
Amambay	31803	Canindeyú	2051
Guairá	29440	Amambay	2041
Canindeyú	24007	Guairá	1865
Paraguarí	21630	Caazapá	1535
Caazapá	19890	Paraguarí	1373
Misiones	17745	Misiones	1314
Boquerón	14394	Pte. Hayes	849
Pte. Hayes	10938	Boquerón	675
Ñeembucú	8328	Ñeembucú	482
Alto Paraguay	1870	Alto Paraguay	77
TOTALES	1052935		73244

Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

También se puede apreciar que las regiones del Chaco Paraguayo: Boquerón, Pte. Hayes y Alto Paraguay suelen reportar un menor número de partos institucionalizados, al igual que Ñeembucú (ver Tabla 3).

En el caso de Ñeembucú, suele presentarse un fenómeno migratorio de las embarazadas para que sus hijos nazcan en Argentina y así ellos puedan obtener dos nacionalidades, tanto la argentina y paraguaya, pero que en el contexto de la pandemia por COVID-19 no pudieron salir fuera del país en ese lapso de tiempo.

En relación a los partos atendidos a nivel domiciliario o en otro escenario (no institucionalizados) las Regiones de San Pedro, Alto Paraná y Caaguazú reportan en conjunto un 54,3% (IC95% 49,1-59,4), a nivel nacional, en el período de 2010-2019, y un 54,1% (IC95% 51,1-57,0) entre enero a septiembre de 2020 (contexto COVID-19) (ver Tabla 4).

Llama la atención la situación dual de Alto Paraná donde se presenta un buen número de partos institucionalizados, y a la vez, partos no institucionalizados, por las características geográficas y la presencia de comunidades indígenas, posiblemente.

Partos atendidos según tipo de profesional en Región Sanitaria de residencia. Según la residencia de la madre, en el decenio 2010-2019, se aprecia una mayor intervención de las parteras empíricas en las Regiones de San Pedro, Alto Paraná, Caaguazú, Canindeyú, Pte. Hayes, Concepción y Caazapá. En la Región urbana de Central se presente una casuística considerable del accionar de dichas parteras.

Luego, entre enero a setiembre de 2020 (contexto COVID-19), se reportó una mayor participación activa de las mismas en las regiones de San Pedro, Caaguazú, Alto Paraná y Pte. Hayes, en ese orden (ver Tabla 5).

Tabla 4. Número de partos atendidos no institucionalmente según Región Sanitaria de ocurrencia, Paraguay, 2010-2019 (n=36124) y enero a septiembre 2020 (n=1119).

Regiones Sanitarias	2010 - 2019			Regiones Sanitarias	Enero a Septiembre 2020			
	Domiciliario	Otros	Total		Domiciliario	Otros	No sabe	Total
San Pedro	7501	91	7592	San Pedro	245	10	255	
Alto Paraná	6274	88	6362	Alto Paraná	179	2	181	
Caaguazú	5628	25	5653	Caaguazú	165	3	169	
Canindeyú	3725	25	3750	Concepción	75	2	10	87
Concepción	3135	11	3146	Pte. Hayes	83	2		85
Pte. Hayes	2506	36	2542	Central	58	8	2	68
Caazapá	1665	32	1697	Canindeyú	41	17		58
Central	1080	68	1148	Cordillera	33	1		34
Cordillera	865	28	893	Itapúa	7	27		34
Boquerón	720	44	764	Caazapá	23	3		26
Amambay	745	14	759	Misiones	6	19	1	26
Paraguarí	538	28	566	Ñeembucú	5	17		22
Guairá	493	38	531	Boquerón	19	1		20
Itapúa	204	24	228	Guairá	16	3		19
Alto Paraguay	194	9	203	Paraguarí	14	2		16
Ñeembucú	125	7	132	Capital	4	4		8
Misiones	120	3	123	Alto Paraguay	6	0		6
Capital	30	5	35	Amambay	4	1		5
TOTALES			36124					1119

Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

Tabla 5. Número de partos atendidos según tipo de profesional en Región Sanitaria de residencia, Paraguay, 2010-2019 (N=1095329) y enero a septiembre 2020 (N=74287). (E: Empírica; O: Otros).

Regiones Sanitarias 2010 - 2019				Regiones Sanitarias Enero a Septiembre 2020					
<i>Personal de blanco</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>Total</i>	<i>Personal de blanco</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>Total</i>		
Central	331354	663	307	332324	Central	22826	8	39	22873
Alto Paraná	143889	5156	248	149293	Alto Paraná	10657	120	11	10788
Capital	91648	16	14	91678	Caaguazú	5581	137	5	5723
Caaguazú	76168	4742	147	81057	Capital	5372	0	4	5376
Itapuá	74094	92	61	74247	Itapuá	5191	2	0	5193
San Pedro	61997	6010	115	68122	San Pedro	4337	179	11	4527
Concepción	40838	2233	100	43171	Concepción	2848	57	6	2911
Cordillera	42006	718	159	42883	Cordillera	2718	18	3	2739
Canindeyú	30190	2915	166	33271	Canindeyú	2349	34	10	2393
Paraguarí	29839	385	96	30320	Amambay	2000	1	1	2002
Amambay	29076	478	61	29615	Guairá	1907	8	13	1928
Guairá	28646	341	195	29182	Paraguarí	1920	7	6	1933
Caazapá	22957	1336	106	24399	Caazapá	1658	22	5	1685
Pte. Hayes	18335	2395	202	20932	Pte. Hayes	1402	85	6	1493
Misiones	18329	70	34	18433	Misiones	1342	2	3	1347
Boquerón	13725	708	216	14649	Boquerón	629	22	2	653
Ñeembucú	8786	65	32	8883	Ñeembucú	546	1	4	551
Alto Paraguay	2696	161	13	2870	Alto Paraguay	166	4	2	172
TOTALES				1095329					74287

Fuente: SSIEV del MSPBS/DIGIES

DISCUSIÓN

Factores personales y socioeconómicos; de acceso e institucionales; etnografías de comunidades indígenas y rurales, conllevan a que las mujeres embarazadas recurran a las parteras empíricas que brindan un trato solidario a las embarazadas y sus familias, en el ambiente cálido del hogar propio o de la partera, haciendo que reduzca la ansiedad en la parturienta^(1,6, 16-18). En contraparte, las mujeres expresan su desacuerdo por la infraestructura fría, sobresaturada, poco cómoda de los servicios de salud, a veces con limitados insumos disponibles o de no poder estar acompañada por su familia, y el tipo de trato del personal de salud^(4,10,19,20).

Luego, la inaccesibilidad en ciertas áreas que dificulta el traslado a los servicios de salud de referencia -fallos en la red de salud-, limita la reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil en la región^(8,11,21). A pesar que el parto domiciliario sería una consecuencia, y no una opción, no se cuenta con suficientes datos de bioseguridad y de peso bibliográfico como para apoyar, en nuestro ámbito, y en este tiempo, el parto domiciliario que, al contrario, compromete la salud del binomio madre-niño y de la misma partera empírica, siendo que algunas de ellas recibieran cierta capacitación^(5,7,22-27). Cabe señalar que la labor de la parte empírica no está sustentada en relación a la Ley N° 5423 del ejercicio profesional del obstetra en la Constitución Nacional del

Paraguay⁽²⁸⁾. No obstante, en el Art. 234 del Código Sanitario, el MSPBS tiene la facultad de adiestrar ciertos trabajadores empíricos en salud⁽²⁹⁾.

Con respecto a los tiempos de pandemia por COVID-19, en Paraguay, desde el primer nivel de atención de salud se han creado grupos de WhatsApp de mujeres embarazadas como mecanismos de seguimiento de los controles prenatales, ya sea en la Unidad de Salud Familiar (U.S.F.) o a nivel domiciliario acorde al caso requerido, y la programación de estudios laboratoriales y ultrasonográficos en el hospital de referencia; y en los demás niveles de atención, previa agenda por vía telefónica conforme a protocolo establecido.

En algunas zonas del país se optimizaron los albergues asignados para las mujeres embarazadas con dificultad de traslado desde sus viviendas hasta el servicio de salud ante un inminente trabajo de parto. En algunas regiones rurales distantes del país los partos fueron realizados en las U.S.F. a cargo de los Equipos de Salud Familiar (E.S.F.), promoviendo el parto humanizado, el apego precoz, y la lactancia materna luego del alumbramiento⁽³⁰⁾. Sin embargo, se presentaron algunos partos a nivel domiciliario, unos a cargo de los E.S.F. y otros fueron asistidos por personas no calificadas (pareja de la embarazada, familiar, etc.); es decir, inclusive no fueron atendidos por parteras empíricas, y dichas parturientas eran remitidas por personal de blanco, que acudían

precozmente a las viviendas, para ser asistidas en un servicio de salud para el alumbramiento.

A pesar de las disposiciones oficiales de no descuidar la atención de las embarazadas en los distintos niveles de atención en salud, disminuyeron las consultas prenatales por las medidas restrictivas de salir de casa y de no entrar en contacto con casos sospechosos de COVID-19. Y la conversión de algunos servicios de salud en hospitales respiratorios de contingencia COVID-19⁽¹⁴⁾, limitaron el acceso de las usuarias circunscritas al radio de atención de dichos hospitales donde antes recibían la atención perinatal. Luego, una embarazada asistida por trabajo de parto y con sospecha de COVID-19, era remitida en el post parto, con todas las medidas, al hospital de contingencia para la pesquisa de COVID-19 y así recibir el tratamiento correspondiente.

Limitaciones del estudio: En el contexto de la pandemia por COVID-19, posiblemente, debido a las medidas restrictivas que se sostuvieron durante la cuarentena, (a) en un principio no se disponían de los registros actualizados de partos acontecidos en el país que debían reportarse entre el año 2019 y 2020. Luego, (b) no se pudo abordar personalmente a las parteras empíricas para realizarles una encuesta para despejar interrogantes^(12,31-33), tales como: haber recibido capacitaciones en mejores prácticas de control perinatal promoviendo la lactancia materna exclusiva y el acceso a ecografía obstétrica; si realizan abortos (que está penalizado en nuestro medio) y la utilización de algún inductor del parto; técnicas de corte del cordón umbilical para evitar el tétanos neonatal (medidas de bioseguridad) y el manejo de RN con peso normal y de más de 5 Kg de peso, y tener conocimiento de la necesidad de recurrir a la cesárea en estos casos; remedios naturales que utilizan para después del parto y la disposición de la placenta; la detección oportuna y si derivan a las mujeres con complicaciones obstétricas, tabardillo empírico; si alguna partera empírica haya tenido casos de fallecimiento de la madre o del bebé, o ambos, y qué número de casos y las posibles causas^(22,34,35); qué recomendaciones brindan a las púerperas y si se encuentran habilitadas para implementar métodos modernos de planificación familiar; y cómo proceden para la inscripción del RN en el Registro Civil.

En conclusión, resulta importante promover la colaboración entre las parteras empíricas y el personal de blanco para alentar a las mujeres embarazadas a que busquen atención profesional durante el parto^(1,17,21,36-39), e ir eliminando, paulatinamente, la práctica de las parteras empíricas, a excepción de las comunidades indígenas por la brecha cultural que representan, ya que su rol primordial debiera ser de agentes/promotores comunitarios encargados de informar, educar y remitir de manera precoz y oportuna a los prestadores de servicios de salud los casos de salud materna, apuntando a los partos institucionalizados^(7,12,21,40), a fin de encarar los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación^(3,6,7,32).

La calidad de la atención que un sistema de salud brinda al binomio madre-niño constituye un buen indicador de salud en su conjunto, requiriendo que los servicios de maternidad deban estar estratégicamente distribuidos y que cuenten con acceso vial adecuado, con personal de salud idóneo, para así generar la confianza de la población^(2,8,11,34,41-44).

Declaración de conflicto de interés: Los miembros del equipo que realizaron el presente estudio declaran que los hallazgos de este artículo representan las conclusiones de los autores. Declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés.

Financiación: Fondos propios de los autores.

Contribuciones: JRMR, GEME, AUCP colaboraron en la concepción del estudio original, la recolección de los datos y la redacción del manuscrito. JRMR y GEME participaron en la concepción del estudio original y en la redacción del manuscrito. AUCP participó en la concepción del estudio original, el análisis y la interpretación de datos, la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión.

Declaración: Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RSPP y/o del INS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mellado V, Zolla C, Castañeda X. La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano. México: CIESS; 1989. 162 p.
2. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev Esc Enferm USP. diciembre de 2005;39(4):375-82.
3. AP NEWS. Bolivia suma a parteras a lucha contra mortalidad materna [Internet]. AP NEWS. 2017 [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://apnews.com/4ebe3102eda7417597a7ea6c4bbba6b7>
4. De León Martínez K, Martínez KNLD, Zárate GEM, Oliveira EMR, Riveros MIR de, Goiriz N. Creencia y prácticas de las parteras empíricas en la atención del embarazo, parto y puerperio. General Elizardo Aquino, San Pedro. Rev Científica Estud E Investig. 4 de noviembre de 2014;3(1):173-84.
5. Carvajal Barona R, Gómez Gómez MC, Restrepo Acuña N, Varela Arévalo MT, Navarro Valencia MC, Valencia ESA, et al. Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. septiembre de 2018 [citado 11 de marzo de 2020];44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662018000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=en
6. Barreto L, Gamboa A. ADIESTRAMIENTO DE PARTERAS EMPIRICAS EN EL PARAGUAY*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Septiembre 1955. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v39n3p241.pdf>
7. ABC Revista. Paraguay investiga. noviembre de 2013; Disponible en: <https://www.abc.com.py/edición-impresa/suplementos/abc-revista/paraguay-investiga-634477.html>
8. Manga y Maglacas A, Simons J. EL POTENCIALDE

- LAS PARTERAS TRADICIONALES [Internet]. OMS, Publicaciones en Offset Na 95. Ginebra, 1986 [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w1eSpasaZIEJ:apps.who.int/iris/bitstream/10665/40327/1/9243700952es.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=py>
9. UN. CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Naciones Unidas, Santiago de Chile, octubre 2010. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3797/lcw347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Romero Sánchez J. El desconocido mundo de las parteras urbanas: Muerte de menor tras parto domiciliario destapa práctica clandestina [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.theclinic.cl/2017/10/01/desconocido-mundo-las-parteras-urbanas-muerte-menor-tras-parto-domiciliario-destapa-practica-clandestina/>
11. Britos Rivas JG RTL. CAUSAS VINCULADAS AL PARTO DOMICILIARIO en localidades de Asunción, Central, Guairá y Caazapá. Análisis desde sus protagonistas. Asunción, Paraguay; 2012.
12. HOY / Ellas salvan y traen vidas [Internet]. [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.hoy.com.py/nacionales/ellas-salvan-y-traen-vidas>
13. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). 2009. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Asunción: CEPEP; 441 p. Disponible en: <https://www.google.com/>
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. PLAN NACIONAL DE RESPUESTA A VIRUS RESPIRATORIOS 2020. Paraguay: MSPyBS; 2020. 27 p. 8f2b5d-3PLANNACIONALDERESPUESTAAVIRUSRESPIRATORIOS2020130320201.pdf.
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Cuarentena Inteligente [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/cuarentena-inteligente.html>
16. Avila-Jaquez C, Avila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. Convergencia [Internet]. agosto de 2019 [citado 8 de septiembre de 2020];26(80). Disponible en: 10/gg92xj
17. Ordinola Ramírez CM. Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). Arnaldoa [Internet]. abril de 2019 [citado 24 de junio de 2020];26(1). Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/Arnaldoa/article/view/1071>
18. Cecagno S, Almeida FD de O de. Parto domiciliario asistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. Texto Contexto - Enferm. septiembre de 2004;13(3):409-13.
19. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública México. abril de 2002;44:129-36.
20. Medina IA, Mayca PJ. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Peru Med Exp Salud Publica. enero de 2006;23(1):22-32.
21. Laza Vasquez C, Ruiz De Cardenas CH. ENTRE LA NECESIDAD Y LA FE: LA PARTERA TRADICIONAL EN EL VALLE DEL RÍO CIMITARRA. Cienc Enferm. 2010;16(1):69-76.
22. Hincapié E, Valencia CP. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía, Colombia. Colomb Médica. 2000;31(1):11-5.
23. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital? Evid Pediatr. 2010;6:46.
24. Wax J, Lucas F, Lamont M, Pinette M, Cartin A, Blackstone. El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario [Internet]. [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5467/el-parto-domiciliario-triplica-la-mortalidad-neonatal-respecto-al-parto-hospitalario>
25. Secretaría de Salud. GUÍA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES COMO PERSONAL DE SALUD NO PROFESIONAL. México. GuiaAutorizacionParteras.pdf [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
26. Álvarez GAV, Jaramillo BA, Dávila JG. Validación del Código Rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Panam Salud Publica. 2013;6.
27. The World Reproductive Health Library. Entrenamiento de las parteras para mejorar las conductas relacionadas con la salud y los resultados del embarazo. The World Reproductive Health Library. junio de 2009;4.
28. Constitución Nacional del Paraguay. Ley N° 5423 / DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL OBSTETRA EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4412/ley-n-5423-del-ejercicio-profesional-del-obstetra-en-la-republica-del-paraguay>
29. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ley N° 836 / CÓDIGO SANITARIO [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario>

30. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Exitoso parto en comunidad indígena» Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. [citado 7 de julio de 2020]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/exitoso-parto-en-comunidad-indigena/>
31. La Clave. Capacitan parteras indígenas de la zona norte del Alto Paraná [Internet]. La Clave. 2019 [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.laclave.com.py/2019/06/06/capacitan-parteras-indigenas-de-la-zona-norte-del-alto-parana/>
32. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lazos de confianza con parteras indígenas del Chaco paraguayo - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. [citado 8 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/20245/lazos-de-confianza-con-parteras-indigenas-del-chaco-paraguayo.html>
33. Luz AMH. Capacitación de las parteras para asistir el parto: una propuesta del ministerio de la salud. Rev Bras Enferm. diciembre de 2001;54(4):668-9.
34. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Paraguay - Buscan mejorar la salud de mujeres y niños indígenas en el Chaco Sudamericano | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [citado 8 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=2132:buscan-mejorar-la-salud-de-mujeres-y-ninos-indigenas-en-el-chaco-sudamericano&Itemid=351
35. Barrios CG, Castañeda-Camey X, Romero-Gutiérrez X, González-Hernández D, Langer-Glas A. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. Salud Pública México. 4 de enero de 1993;35(1):74-83.
36. Gusman CR, Viana AP de AL, Miranda MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. Rev Panam Salud Publica 37(4)abr-Mai 2015 [Internet]. 2015 [citado 26 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7709>
37. OPS/OMS Paraguay - Parteras empíricas intercambian experiencias para mejorar la atención del parto y posparto en comunidades indígenas en Teniente Irala Fernández | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=937:parteras-empiricas-intercambian-experiencias-atencion-parto-posparto-comunidades-indigenas-teniente-irala-fernandez&Itemid=255
38. Chaves S da C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. mayo de 2015;37(4-5):203-10.
39. OPS/OMS Paraguay - Parteras empíricas y promotores de salud de Tte. Irala Fernández se capacitan para prevenir muertes maternas y neonatal | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=2000:parteras-empiricas-y-promotores-de-salud-de-tte-irala-fernandez-se-capacitan-para-prevenir-muertes-maternas-y-neonatal&Itemid=255
40. OCDE. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 | OECD iLibrary [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/els-2020-185-es/index.html>
41. Pettersson DKO, Stone K. THS/OS/05/6 Original en Inglés. mayo de 2005;83. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966547/2005_ops_profiling_midwifery_es.pdf
42. La Nación. Parteras argentinas se desnudan para defender el parto a domicilio [Internet]. La Nación. 2015 [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2015/05/15/parteras-argentinas-se-desnudan-para-defender-el-parto-a-domicilio/>
43. OMS | Marruecos da un gran paso adelante en materia de salud materno-infantil [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/2014/morocco-maternal-health/es/>
44. GTR. UNFPA América Latina y el Caribe | Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/panorama-de-la-situacion-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas-am-rica-latina-y-el>