

Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico

Disponibilidad, competencias y marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido.

Documento técnico N° 4
Marzo 2019

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Jefe de gabinete de Ministros

Lic. Marcos Peña

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Ministro de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología

Dr. Alejandro Oscar Finocchiaro

Secretario de Gobierno de Salud; Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Profesor Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Niñez, Adolescencia y Familia; Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Lic. Gabriel Enrique Castelli

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos; Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dr. Mario Sergio Kaler

Secretaria de Innovación y Calidad Educativa

Lic. María de las Mercedes Miguel

Coordinación Nacional del Plan

Dirección

Lic. Gabriel Castelli

Lic. Roberto Candiano

Coordinación General

Lic. Guillermo Badino

Coordinación Técnica

Lic. Silvina Ramos

Coordinación Administrativa

CPN Marcela Purita

Coordinación Operativa

Patricia Ansaldo

Presentación

Para fortalecer la gestión e implementación basadas en información, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (en adelante, el Plan ENIA) elabora documentos técnicos que intercambia con sus Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI) y agentes territoriales.

El Documento Técnico N° 4, elaborado por el Dr. Edgardo Abalos del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), centro colaborador de la OMS, es una herramienta para informar el debate acerca del proyecto de ley “Ejercicio Profesional de las/os Licenciadas/os en Obstetricia” presentado en la Cámara de Diputados de la Nación en 2018.

Ese proyecto de ley presentado se propone regular el ejercicio de la profesión de las Licenciadas en Obstetricia y fue elaborado conjuntamente por la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA) de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación y la Coordinación Técnica del Plan ENIA con el apoyo técnico de la Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner de UNFPA oficina regional.

Para el Plan ENIA, el reconocimiento de las competencias de las obstétricas en materia de prestaciones de salud sexual y reproductiva es clave para mejorar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención y alcanzar una cobertura anticonceptiva efectiva.

Este documento recoge las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la

Confederación Internacional de Parteras (ICM) y otros organismos internacionales respecto de la práctica de la partería y su impacto en la salud materno infantil y de la mujer durante todo su período reproductivo.

Los documentos técnicos 1 y 2 tuvieron como objetivo central fortalecer la implementación e institucionalidad del Plan. Los números 3 y 4 apuntan a informar con evidencia y recomendaciones de instituciones internacionales, regionales y nacionales de trayectoria, al conjunto de agentes del Plan ENIA sobre temáticas estratégicas.

La salud sexual y reproductiva, materna y del recién nacido

Globalmente, más de 300.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio.¹ Latinoamérica ha mostrado avances en los últimos años, registrándose un descenso promedio en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) del 2,8% anual entre los años 1990 a 2015.

Sin embargo, en algunos países de la región, y particularmente en los diferentes distritos dentro de los países, la situación es particularmente preocupante. Mientras que la RMM estimada en el año 2017 para la República Argentina fue de 29 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, las estimaciones para la Provincia de Formosa ascendieron a 104 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, superando junto a Chaco (65), Corrientes (60), La Rioja (51), Salta (48), Chubut (44), Misiones (42), Tierra del Fuego (37), Río Negro (35), Jujuy (34), Santiago del Estero (34) y Catamarca (31) la media nacional.²

La tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años también ha mostrado un sostenido descenso a nivel global y regional, estimándose para Latinoamérica y el Caribe en el 4,2% anual entre los años 1990 y 2017, siendo las causas perinatales las que menos han descendido en los últimos años (2,9% anual entre 2000 y 2017).^{3,4} Aun así, se estima que cerca de 188.000 niñas y niños menores de 5 años murieron en el año 2017 en toda la región, casi 7.800 de ellos en nuestro país (es decir 11 niñas y niños por cada 1.000 nacidos vivos).

En algunas provincias las cifras también superaron la media regional. Las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años para Formosa ascendieron al 19 ‰, 14 ‰ en Corrientes, 13 ‰ en Tucumán, Salta, Chaco y Jujuy, y 12 ‰ en San Juan y La Rioja.²

Por otro lado, se estima que en los países en desarrollo en el año 2017 hubo 214 millones de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción moderna, esto representa el 24% de las mujeres sexualmente activas que desean evitar un embarazo pero que no están utilizando un método de anticoncepción moderno.⁵

Si bien la Argentina no reporta sistemáticamente este indicador, la Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva conducida entre mayo y junio del año 2013 (ENSSyR-2013) informa una demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos del 81,3%, nuevamente con variaciones regionales para el conglomerado del Gran Buenos Aires (80,6 %) y las regiones de Cuyo (79,2 %) y del Noroeste (74,4 %) que se encuentran por debajo del valor nacional.⁶ De acuerdo a la ENSSyR-2013, sólo el 85,9% de las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años respondió que utiliza algún método anticonceptivo en la actualidad. Estos porcentajes descienden al 52,4% a nivel nacional en la franja comprendida entre los 13 y 15 años de edad, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012.⁷

En nuestro país existen inequidades regionales para el acceso y la utilización de métodos modernos de planificación familiar.

Cuando considera aquéllas niñas y adolescentes con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) u otros parámetros que permiten

identificar sub-poblaciones en situación de vulnerabilidad, la Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia⁸ conducida por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF Argentina observa que las madres adolescentes sin instrucción o que no completaron el ciclo primario cuadruplican al grupo de madres adolescentes con nivel secundario completo o mayor. Una situación similar ocurre teniendo en cuenta el nivel socioeconómico donde el grupo de madres adolescentes pertenecientes al 1° quintil es 6 veces mayor que el grupo de adolescentes perteneciente al 5° quintil.

La ENSSyR-2013 muestra además que muchas mujeres que tienen la intención de limitar su fertilidad o retrasar la maternidad continúan dependiendo de métodos con tasas relativamente altas de fracaso de uso típico tales como los anticonceptivos orales (50,6%) y los preservativos (29,6%). La utilización de anticoncepción reversible de acción prolongada (particularmente el DIU) permanece estable y en niveles relativamente bajos (9,2% en el país, descendiendo a 6,1% en la región del NEA y 4,5% en la región de Cuyo).

La baja utilización de métodos de anticoncepción reversible de larga duración (DIU e implantes) puede no reflejar la verdadera demanda subyacente para el método, ya que se ha demostrado un aumento dramático en la utilización de este tipo de métodos cuando se proporciona el asesoramiento de apoyo adecuado y los métodos se proporcionan sin costo alguno.

Estudios tales como el Proyecto CHOICE sobre anticoncepción en los Estados Unidos han demostrado altas tasas de eficacia, aceptabilidad y continuidad para los métodos reversibles de larga duración.⁹ En este estudio se les proporcionó a las mujeres consejería sobre las diferentes opciones para la anticoncepción y se les ofreció el método de su elección sin cargo. Las mujeres que

usaron estos métodos tuvieron 21 veces menos probabilidades de embarazarse que las mujeres que usaron anticonceptivos orales. De las 1.400 participantes de entre 14 y 19 años del estudio, más del 70% eligió un método reversible de larga duración. A los 12 y 24 meses, las usuarias de MALD tuvieron niveles más altos de satisfacción y tasas de continuación que las usuarias de anticonceptivos orales.

Existe evidencia de que una vez que la disponibilidad real de un método de planificación familiar se introduce en una sociedad, el comportamiento normal de las personas (como consumidores de mercado), es la recepción con beneplácito y adopción de estas nuevas tecnologías, que no se habían deseado hasta que se convirtieron en algo realista, y que esta adopción es independiente de su nivel socio económico o educativo.¹⁰

La baja utilización de un método de anticoncepción en particular puede no reflejar la verdadera demanda subyacente, sino dificultades en el acceso al mismo.

La agenda global para la salud de las mujeres y niñas durante el proceso reproductivo

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible resalta la importancia de la atención continua a la salud de las niñas y niños y de las mujeres durante todo el período reproductivo en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3),¹¹ donde específicamente se propone para el año 2030, garantizar el

acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (ODS 3.7), lograr que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (ODS 3.2), y reducir la RMM mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (ODS 3.1).

En relación a este último, un indicador crítico de progreso, adoptado explícitamente por la Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes, 2016-2030,¹² y por la Estrategia para poner fin a la Mortalidad Materna Prevenible¹³ es la "proporción de partos atendidos por personal calificado".

La atención calificada es el proceso por el cual una mujer embarazada y su niña o niño reciben atención adecuada durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio, así como atención neonatal inmediata, independientemente del lugar donde se produce el nacimiento.

En junio de 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) revisaron la definición del año 2004 y publicaron en una declaración conjunta la nueva definición de personal de salud calificado que brinda atención durante el parto (Cuadro 1).¹⁴

Cuadro 1: Declaración conjunta OMS / UNFPA / UNICEF / ICM / ICN / FIGO / IPA

sobre personal de salud capacitado en Salud Materna y Neonatal.

Definición de personal de salud calificado (profesionales de la salud competentes) que prestan atención durante el nacimiento⁷

Personal de salud calificado, según lo indicado por el indicador 3.1.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, son profesionales competentes en salud materna y neonatal (SMN), formados, entrenados y regulados según estándares nacionales e internacionales. Son competentes para:

(i) promover y proporcionar a mujeres y recién nacidos de atención basada en las evidencias, en los derechos humanos, de calidad, socioculturalmente sensible y digna;

(ii) facilitar los procesos fisiológicos durante el trabajo de parto y el parto para garantizar una experiencia de parto limpia y positiva;

(iii) identificar y manejar o referir a mujeres y / o recién nacidos con complicaciones.

Además, como parte de un equipo integrado de profesionales en SMN (que incluye parteras, enfermeras, obstetras, pediatras y anestesiólogos), realizan todas las funciones de atención materna y neonatal de emergencia para optimizar la salud y el bienestar de las mujeres y los recién nacidos.

Por otra parte, el Grupo de Bellagio,¹⁵ que fuera convocado por primera vez en el año 2012 por el Consejo de Población (Population Council), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y la Coalición de Suministros de Salud Reproductiva, pidió un mayor acceso a los anticonceptivos reversibles de larga duración dentro de un marco que promueva los derechos y la

calidad de la atención, asegure la equidad, y responda a las necesidades de las poblaciones más vulnerables de los países en desarrollo.

En reconocimiento al tema principal de la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar del año 2013 en Addis Ababa: “Acceso pleno, elección plena” (Full Access, Full Choice), el Grupo Bellagio reafirma su compromiso de ampliar el acceso a anticonceptivos altamente efectivos, de larga duración y reversibles para todas las mujeres y las adolescentes dentro de la gama completa de opciones anticonceptivas.

El Grupo Bellagio afirma que las mujeres, hombres y jóvenes que no disponen de una opción completa e informada de opciones anticonceptivas, no tienen acceso completo. Para expandir la elección y el acceso, el Grupo Bellagio llama a las comunidades globales y nacionales de planificación familiar focalizar en acciones prioritarias que incluyan garantizar el acceso equitativo a toda la gama de métodos de corto plazo, de acción prolongada, permanentes y de emergencia para retrasar, espaciar o limitar embarazos; educación a los usuarios, al personal de salud y a los políticos sobre la utilidad de los métodos de anticoncepción reversibles de larga duración como opciones de alta calidad y eficaces en el post-parto y post-aborto; y permitir la selección completa de métodos para las mujeres jóvenes, asegurando que los métodos estén incluidos y existe personal capacitado para proveerlos en el sector público y privado.

Las competencias del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido

Las estrategias de promoción de la atención calificada durante el embarazo y parto, y el mejoramiento de la calidad de la atención, garantizando además que cada mujer tenga acceso a servicios integrales, respetuosos y oportunos de salud sexual y reproductiva, reconocen el papel de las parteras en la mejora de los resultados de los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.^{16, 17}

La Confederación Internacional de Parteras (ICM, por sus siglas en Inglés), define a las parteras y parteros como las personas que han completado con éxito un programa de educación de partería basado en las Competencias Esenciales de la ICM para la Práctica de Partería Básica (Anexo 1) y en el marco de los Estándares Mundiales de la ICM para la Educación de Parteras reconocida en el país donde se encuentra; que han adquirido los requisitos necesarios para estar registrada y/o licenciada legalmente para practicar partería y usar el título de partera; y que demuestren competencia en la práctica de la partería.¹⁸

En una reciente serie de publicaciones relacionada a partería y su impacto en la salud materno infantil se define la práctica de la partería como la “atención capacitada,

experta y compasiva de las mujeres en edad fértil, los recién nacidos y las familias en todo el proceso continuo del embarazo, el parto, el postparto y las primeras semanas de vida. Las características principales de este modelo incluyen la optimización de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales de la reproducción y la vida temprana; la prevención y el manejo oportuno de las complicaciones; la consulta y derivación a otros servicios; el respeto a las circunstancias y opiniones individuales de las mujeres; y el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para cuidarse a sí mismas y a sus familias".¹⁷

Este modelo se basa en la atención centrada en la mujer para prevenir y manejar o referir las complicaciones a los niveles de atención adecuados, apuntando a respaldar y optimizar la capacidad de las mujeres para el trabajo de parto y el parto fisiológico, utilizando intervenciones sólo cuando están clínicamente indicadas y cuando los beneficios superan claramente los riesgos asociados.

La palabra 'Midwife' proviene del inglés antiguo 'Mid': with (con), y 'wif': woman (mujer) y fue aplicada a las mujeres que ayudaban o asistían a otras mujeres en el momento del parto.^{19, 20} En la actualidad el término en inglés se aplica a las y los profesionales en partería sin distinción de género. En el idioma español, la referencia a esta actividad parecería provenir de su traducción a 'comadre', y sus derivados 'comadrona' y 'matrona' (con sus respectivos masculinos 'comadrón' y 'matrón', recientemente incorporados al diccionario de la RAE),^{21, 22} más que al latín 'commāter': con la madre (aplicado al madrinazgo de bautismo) o 'matrōna': madre de familia, mujer casada, mujer de aspecto maduro y, generalmente, de cierta corpulencia. En la mayoría de los países de habla hispana es común la utilización del término 'partera' (y su masculino 'partero') para referirse a la profesión, mientras que en otros se los llama 'obstetrices', o directa-

mente 'obstétricas' (y su masculino 'obstétricos').

Las parteras y parteros pueden proporcionar una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, materna y del recién nacido (Anexo 1) dentro de un ámbito de práctica bien definido. Las parteras y parteros bien capacitados son actores clave en la fuerza laboral de salud materna a nivel mundial, ya que tienen la capacidad de brindar el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal que necesitan las mujeres y los recién nacidos en cualquier entorno.²³ Estos cuidados se proporcionan de manera óptima a través de un enfoque de trabajo en equipo, en el cual las parteras y parteros brindan la mayor parte de la atención a la mayoría de las mujeres de bajo riesgo de complicaciones y colaboran, consultan o refieren a un nivel más alto de atención según lo indicado en aquellas mujeres que lo necesitan. Utilizando datos de 78 países de ingresos medios y bajos, se ha proyectado que la cobertura universal de las intervenciones esenciales que se encuentran dentro del alcance de la práctica de la partería (incluidas las de la atención antes del embarazo, del control prenatal, del aborto, del trabajo de parto y el parto, la atención posparto y la planificación familiar) podría prevenir el 83% de todas las muertes maternas, los mortinatos y las muertes neonatales.²⁴

Las parteras y parteros tienen la capacidad de brindar el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal que necesitan las mujeres y los recién nacidos

Además, obtener información sobre lo que las mujeres valoran en el proceso de los cuidados durante todo su proceso reproductivo y cómo ellas definen la atención de alta calidad es clave para brindar servicios de calidad, informados por las evidencias,

culturalmente sensibles y centrados en las mujeres y su entorno. Una reciente revisión sistemática con meta-síntesis de estudios cualitativos²⁵ encontró que la relación entre la mujer en edad fértil y las parteras y parteros es fundamental y, aparte de los probados beneficios clínicos, se obtienen beneficios adicionales: confianza, atención personalizada y empoderamiento. Esto tiene implicancias para la práctica y el desarrollo de los servicios. En este sentido, las recientes actualizaciones de las recomendaciones de la OMS para la Atención Prenatal para una Experiencia de Embarazo Positiva,²⁶ y de los Cuidados Intraparto para una Experiencia de Parto Positiva²⁷ toman estas evidencias y enfatizan sobre el refuerzo de los modelos de continuidad asistencial impulsados por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras o parteros conocidos brinde apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto— en los entornos en los que existen programas de partería eficaces.

La cobertura universal de las intervenciones esenciales que se encuentran dentro del alcance de la práctica de la partería podría prevenir el 83% de todas las muertes maternas y perinatales.

La OMS recomienda los modelos continuos de atención impulsados por parteras y parteros para los cuidados antenatales, del trabajo de parto y del parto.

En relación a los demás servicios de Salud Sexual y Reproductiva, las parteras y parteros capacitados están en condiciones de llevar adelante los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, mediante la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual en todas las mujeres en edad reproductiva, la participación en los programas de tamizaje para la detección oportuna del

cáncer cérvico-uterino, la atención pre y post aborto, y la consejería, prescripción, dación y colocación de métodos anticonceptivos modernos de acuerdo a la demanda de las usuarias.

En relación a estos últimos, las competencias adicionales recomendadas por la ICM incluyen (Anexo 1) introducir y extraer dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos, realizar la visualización del cuello del útero e interpretar la necesidad de derivación y tratamiento. Las guías del Reino Unido,²⁸ Canadá²⁹ y Chile,³⁰ entre otras, específicamente mencionan que “midwives” y “matronas” debidamente entrenadas se constituyen en personal calificado para la colocación y remoción de Dispositivos Intrauterinos (DIUs) e implantes sub-dérmicos.

En Suecia las obstétricas proporcionan la mayor parte de estos servicios.³¹ Un estudio realizado en el estado de Washington en el año 2014 entre mujeres adscritas al seguro de salud gubernamental Medicaid que requirieron anticoncepción reversible de larga duración, mostró que las parteras, si bien representaban el 19,7% del total de profesionales que proveyeron el método, realizaron el 30,1% de todas las prácticas durante ese año.³²

En las recientemente publicadas Guías de la OMS para la optimización de la Salud Materno Neonatal (OPTIMIZEMNH)³³ se incluye a parteras y parteros como personal calificado para la inserción y remoción de DIU e implantes sub-dérmicos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Recomendaciones de la OMS sobre sustitución de roles

	Trabajadores legos	Enfermeras auxiliares	Parteras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Médicos Clínicos	Médicos Especialistas	Médicos no especialistas
Provisión de Anticonceptivos								
Consejería	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anticonceptivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de DIU	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de Implantes	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ligadura tubaria	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Vasectomía	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓

 **Recomendado**
 **Recomendado con monitoreo y evaluación**
 **No Recomendado**
 **Sólo en el contexto de investigaciones**

Fuente: Traducido de <http://optimizemnh.org/optimizing-health-worker-roles-maternal-newborn-health/>

La disponibilidad del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido

El informe sobre el Estado de la Partería en el Mundo correspondiente al año 2014 mostró brechas graves a nivel global en el acceso a los cuidados por personal de salud calificados, incluyendo el de partería.¹² En los países donde ocurren el 92% de todas las muertes maternas y neonatales, sólo el 42% del personal de partería, medicina y enfermería estuvieron disponibles para la atención de las mujeres y los recién nacidos.

La mayoría de estas muertes es evitable, y por lo tanto cada una es un claro ejemplo de las profundas desigualdades de la región y de la necesidad de fortalecer políticas públicas y aumentar la inversión en el número y disponibilidad de recursos humanos calificados para la atención pre-gestacional, prenatal, durante el parto, el puerperio y la atención inmediata del recién nacido en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos como objetivo principal para la mejora en la salud de estas mujeres.³⁴

Sin embargo, aún no existe evidencia centrada en los resultados relacionados con las proporciones adecuadas del personal de partería (en relación a otros cuadros profesionales calificados en la atención del parto) que trabajan en entornos hospitalarios, así como también sobre los niveles adecuados del personal de partería para la atención

pre-concepcional, la atención prenatal o postnatal.³⁵

En Latinoamérica, además, la mayor parte de las muertes maternas y de recién nacidos ocurre en áreas pobres, rurales y con poblaciones minoritarias, donde los promedios regionales y nacionales del personal que presta servicios de salud sexual y reproductiva se encuentran enmascarados por las enormes diferencias en los resultados de salud dentro de los países y entre los países.

Si bien la evidencia muestra que la inversión en el desarrollo de las capacidades de los proveedores de salud se traduce en resultados positivos de salud, las mujeres aun enfrentan barreras económicas, geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad.

La disponibilidad del personal de partería solo puede medirse con referencia al equivalente a tiempo completo y no al número de empleados.

La correlación entre el número de empleados informado del personal de partería y los resultados en materia de salud producirá hallazgos que no contemplarán la disponibilidad real, dado que el personal de partería equivalente a tiempo completo representa menos de las dos terceras partes de todos los agentes de salud que dedican al menos una parte de su tiempo a los servicios de SSRMN.²²

En relación a la fuerza de trabajo, si bien no existe consenso respecto al nivel óptimo de agentes de salud por habitante, la disponibilidad y composición de los recursos humanos constituye un importante indicador de la fuerza laboral del sector. La OMS ha establecido, sin embargo, un punto de corte de 23 médicos, enfermeros y parteros por cada 10.000 habitantes para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil.³⁶ En nuestro país, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud informó para el año

2016 un número de 39,6 médicos, 25,8 enfermeras (es decir, una relación 0,65 enfermeras por cada médico) mientras que en los países de la OECD el personal de enfermería practicante oscila entre 28 cada 10.000 habitantes en México hasta 175 en Noruega.³⁷

La relación enfermeras / médicos es un indicador de la combinación de especialidades de los agentes de salud, variando su valor óptimo de acuerdo a la especialidad y tipos de cuidados necesarios por la población a su cargo (por ejemplo, quirófanos, unidades de cuidados intensivos neonatales o de adultos, salas de internación general, etc.). Independientemente del número ideal, es de esperarse que este cociente sea siempre positivo en favor del personal de enfermería.

En relación a la fuerza de trabajo en partería, la DEIS informa en su último reporte un número de 1,2 parteras cada 10.000 habitantes, aunque para estas últimas las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán y Santa Fe no informaron datos, el último dato disponible de Entre Ríos, Formosa y La Pampa correspondía al año 2013, y el de Mendoza al año 2012.³⁸

En la página del Observatorio Federal de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, si bien se publican datos referentes a la fuerza de trabajo de médicos y enfermeros para los años 2013, 2014 y 2016,³⁹ estos no se encuentran desagregados por provincias, y no se reportan datos relacionados al número de parteras y parteros registrados.

En un documento publicado en el año 2015 en el mismo observatorio, Navarro Pérez y colaboradores realizan un análisis de la distribución geográfica de los médicos especialistas registrados en el país en el año 2014.⁴⁰ Allí se ven marcadas diferencias en la distribución de especialistas en Ginecología y

Obstetricia (G & O) en relación al número de habitantes entre las distintas provincias (desde 8,7 especialistas por cada 10.000 habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA- hasta 0,7 especialistas por cada 10.000 habitantes en Salta).

A partir de estos datos y de los datos demográficos publicados por la DEIS para el año 2014,⁴¹ se construyeron indicadores relacionando la cantidad de parteras y de médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia por cada 10.000 habitantes y por cada 1.000 partos (Tabla 1).

Contar con información precisa sobre el personal de salud les permite a los países hacer una planificación eficaz, asegurando que se disponga de las personas adecuadas, en los lugares adecuados, con las habilidades adecuadas, en el momento adecuado.²⁰

Si bien también se observan marcadas diferencias entre las jurisdicciones en relación al número de médicos especialistas por cada 1.000 nacidos vivos (desde 60,4 en CABA hasta 3,4 en Salta), no se puede discriminar a partir de los datos publicados la proporción de estos médicos especialistas que realmente atienden a las mujeres durante el embarazo y el parto. Del mismo modo, tampoco puede discriminarse el número de estos profesionales que prestan otros servicios de atención primaria en Salud Sexual y Reproductiva y su porcentaje de dedicación.

El número de parteras, así como la proporción de las mismas cada 1.000 nacidos vivos se estimó a partir de la información publicada por DEIS, excluyendo el número de habitantes y de nacidos vivos de las provincias que no reportaron esa fuerza de trabajo, y no se pudo discriminar por jurisdicciones. Sin embargo, la provincia de Buenos Aires cuenta con la mayor cantidad de parteras matriculadas del país, más de 2.200 según la

Tabla 1: Relación estimada entre el total de la población, el número de nacidos vivos y la cantidad de parteras y médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia. Total del país y por jurisdicción, Año 2014.

	Habitantes	Nacidos vivos	Especialistas en G&O	Parteras	G&O / 10.000 hab.	G&O / 1.000 NV	Parteras /10.000 hab.
República Argentina	42.669.500	777.012	9.681	2.127*	2,3	12,5	1,2*
CABA	3.049.229	43.716	2.642	-	8,7	60,4	-
Buenos Aires	16.476.149	294.329	2.704	-	1,6	9,2	-
Catamarca	393.088	6.840	80	-	2,0	11,7	-
Córdoba	3.528.687	59.246	760	-	2,2	12,8	-
Corrientes	1.059.836	20.933	249	-	2,3	11,9	-
Chaco	1.130.608	22.798	162	-	1,4	7,1	-
Chubut	556.319	9.881	97	-	1,7	9,8	-
Entre Ríos	1.308.290	23.318	319	-	2,4	13,7	-
Formosa	573.823	12.531	58	-	1,0	4,6	-
Jujuy	718.971	14.025	102	-	1,4	7,3	-
La Pampa	339.895	5.619	77	-	2,3	13,7	-
La Rioja	362.605	6.287	110	-	3,0	17,5	-
Mendoza	1.863.809	36.098	613	-	3,3	17,0	-
Misiones	1.174.542	27.511	228	-	1,9	8,3	-
Neuquén	610.449	11.933	160	-	2,6	13,4	-
Río Negro	688.873	12.339	102	-	1,5	8,3	--
Salta	1.314.726	28.346	97	-	0,7	3,4	-
San Juan	730.408	15.528	157	-	2,1	10,1	-
San Luis	469.889	7.932	55	-	1,2	6,9	-
Santa Cruz	311.444	6.156	71	-	2,3	11,5	-
Santa Fe	3.369.365	57.798	321	-	1,0	5,6	-
Sgo. del Estero	918.147	18.180	148	-	1,6	8,1	-
Tierra del Fuego	148.143	3.038	55	-	3,7	18,1	-
Tucumán	1.572.205	30.393	314	-	2,0	10,3	-

*Excluye Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Tucumán. Fuente: Elaboración propia en base a los Indicadores Básicos de la DEIS para el año 2014³⁸ y Navarro Pérez 2015.³⁷

Licenciada Alicia Cillo, Presidente del Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de la provincia de Buenos Aires, aunque no se cuenta con información sobre el número de profesionales que se encuentra en actividad, y su porcentaje de dedicación.⁴²

Las brechas de recursos humanos en salud son influidas además por múltiples factores, varios de ellos fuera del alcance del sector Salud, como por ejemplo el desarrollo regional y económico.⁴³

Los sistemas de salud mixtos implican un mercado laboral marcado por la competencia entre el sector público y el privado por el acceso al personal calificado y las opciones de trabajo, dificultando el balance entre la oferta y la demanda de Recursos Humanos y una distribución territorial más equitativa.⁴⁴ En muchas regiones de Latinoamérica, además, los servicios obstétricos esenciales no están distribuidos en forma homogénea o son de mala calidad o no pueden cumplir con los requisitos básicos ni suministrar todos los insumos.

La importancia del sector privado en la prestación de servicios de salud reproductiva es una variable que también debe considerarse. En algunas regiones, particularmente en comunidades pequeñas, estos servicios son los que se encuentran más próximos a los usuarios, o los únicos disponibles. Muchas mujeres obtienen productos y servicios de salud sexual y reproductiva directamente del sector privado, aun cuando la indicación inicial se originó en un efector público. Esto es particularmente frecuente para los métodos de corta duración. Sin embargo, el sector privado sirve a menos del 10 por ciento de las mujeres que utilizan métodos de acción más prolongada o permanente como la esterilización y el DIU.⁴⁵ En el otro extremo, la ENSSYR-2013 muestra que el 25 % de las mujeres con cobertura de salud obtienen su método del sector público, cifra que asciende

al 42% entre las adolescentes de 14 a 19 años.⁶

La falta de datos geográficos sobre establecimientos de salud y personal con competencias en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, atención del parto y del recién nacido, actualizados en ambos sectores impide la evaluación certera de si todas las mujeres tienen acceso a un agente de salud cuando lo necesitan.

La regulación de la actividad del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido:

La cobertura de la atención de la partería puede ampliarse cuando se sitúa en un entorno propicio: un sistema de salud funcional con mecanismos eficientes de derivación y transferencia a servicios especializados. Sin embargo, los desafíos para ampliar la cobertura en partería incluyen limitaciones políticas, culturales y de recursos, así como también barreras sociales, económicas y profesionales, incluidas las malas condiciones de trabajo.²⁴ Para ampliar la cobertura de atención de partería en todo el mundo, los expertos piden mejorar la educación, la capacitación y la regulación de la partería, esto último a

través del marco jurídico necesario que posibilite el desarrollo de una nómina de parteras respaldada por un sistema regulatorio eficaz. El apoyo y la protección jurídica de las parteras (ofrecer un derecho legal al ejercicio de la profesión) constituyen un importante reconocimiento de su valor. El reporte “El Estado de las Parteras en el Mundo 2014” informa que sólo 35 de los 73 países que participaron en la encuesta (48%) cuentan con legislación que reconocen a la partería como una profesión reglamentada, aunque en cinco de estos países la legislación no se aplica.²⁰

En nuestro país, la ley 17.132, sancionada en 1967⁴⁶ - y vigente aún hoy - configura formalmente el ejercicio de las obstétricas como actividad de colaboración de la medicina. En lo referente a sus “...actividades de colaboración de la medicina...”, (Título VII, Capítulo I, Artículo 48), se establece que queda prohibido anunciar o aplicar procedimientos técnicos o terapéuticos ajenos a la enseñanza que se imparte en las universidades o escuelas reconocidas del país, artículo que tampoco se reglamentó.⁴⁷ Entre las actividades descriptas en los artículos 50 a 52 y en el Decreto de Reglamentación 6.216/1967 sólo se hace referencia a la atención del embarazo, parto y puerperio.

La Ley Nacional N° 17.132 de Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración,⁴² promulgada en 1967, establece en su Título VII, Capítulo II-DE LAS OBSTÉTRICAS, Artículo 49: “El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecidas en el artículo 44”. Si bien este artículo nunca se reglamentó, tampoco fue alcanzado por las sucesivas derogaciones, modificaciones, sustituciones, y agregados de normas complementarias que sufrió la ley desde entonces, y aún sigue vigente.

Sin embargo, la regulación del ejercicio profesional de parteras y parteros es potestad de la autoridad sanitaria de cada jurisdicción y es ejercida a través de leyes provinciales que han reglamentado el accionar de los profesionales de la obstetricia, actualizando su accionar a las incumbencias de la Licenciatura en Obstetricia, aunque de manera ambigua en cuanto a sus competencias.

Las provincias que han actualizado su legislación son Formosa (Ley N° 1.186 del año 1996),⁴⁸ Río Negro (Ley N° 4.095 del año 2006),⁴⁹ Neuquén (Ley N° 2.731 del año 2010),⁵⁰ Tierra del Fuego (Ley N° 1.056 del año 2015),⁵¹ Buenos Aires (Ley N° 14.802 del año 2015),⁵² o la provincia de Catamarca (Ley N° 5.549 del año 2018).⁵³ Otras jurisdicciones modificaron sus normativas mediante resoluciones ministeriales, como es el caso de Mendoza (Decreto 2.806 del año 2000)⁵⁴ y Salta (Resolución N° 0620 del año 2017).⁵⁵

En la provincia de Buenos Aires, La ley provincial N°14.802⁵² promulgada el 20 de noviembre de 2015 modificó la ley 11.745 vigente desde 1995 planteando nuevos alcances del ejercicio profesional de las y los profesionales Obstétricas/os y Licenciadas/os en Obstetricia, incluyendo entre sus competencias profesionales la colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU), previa acreditación otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Artículo 7, Inciso 20). No se hace mención en dicha ley a los implantes sub-dérmicos, aunque el encabezado de dicho artículo se especifica explícitamente que “...Se consideraran los siguientes como alcances del ejercicio profesional, los que podrán cambiar según los avances de la ciencia y la tecnología...”. En el mismo artículo, Inciso 19, se mencionan dentro del alcance del ejercicio profesional “Brindar asesoramiento, consejería e indicar métodos anticonceptivos”. La habilitación de sus competencias se establecen en el Artículo 4 por “...acreditación

académica de Obstétricas/os y/o Licenciadas/os en Obstetricia en su carrera universitaria (...) que tengan título válido otorgado por Universidad Nacional, Pública o Privada...". En el mismo sentido, la ley 5.549 de la provincia de Catamarca⁵³ en su Capítulo V, Artículo 15, establece explícitamente "Proporcionar y/o prescribir métodos de planificación familiar según Ley vigente y previa capacitación".

La capacitación académica universitaria se encuentra regulada por la ley de Educación Superior N° 24.521⁵⁶ promulgada parcialmente en agosto de 1995 establece en su artículo 42 que "...los títulos con reconocimiento oficial certificarán la formación académica recibida y habilitarán para el ejercicio profesional respectivo en todo el territorio nacional, (...). Los conocimientos y capacidades que tales títulos certifican, así como las actividades para las que tienen competencia sus poseedores, serán fijados y dados a conocer por las instituciones universitarias, debiendo los respectivos planes de estudio respetar la carga horaria mínima que para ello fije el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades".

Actualmente la capacitación tanto en Licenciaturas como en tecnicaturas en obstetricia se dictan en universidades públicas y privadas en CABA (Universidad de Buenos Aires), Buenos Aires (Universidad de Morón, Universidad Nacional de La Plata y Universidad Católica de La Plata), Entre Ríos (Universidad Nacional de Entre Ríos), Mendoza (Universidad del Aconagua), Misiones (Universidad Católica de Misiones), San Luis (Universidad Nacional de Villa Mercedes y Universidad Católica de Cuyo), Santa Fe (Universidad Nacional del Litoral, Universidad Católica de Santa Fe), Santiago del Estero (Universidad Nacional de Santiago del Estero), existiendo tecnicaturas en Chaco, Formosa, Jujuy y Tucumán.

Para ampliar la cobertura de atención de partería, los países deben establecer marco jurídico necesario que posibilite el desarrollo de una nómina de parteras respaldada por un sistema regulatorio eficaz.

En relación a la normativa vigente sobre métodos de planificación familiar, explícitamente mencionado en algunas de las leyes anteriormente descriptas, el 21 de noviembre de 2002 se promulgó la Ley 25.673⁵⁷ que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, que en el inciso f) del Artículo 2 establece que se debe "Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable".

En el año 2009, con la sanción de la Ley N° 26.485 de protección integral a las mujeres,⁵⁸ se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

En Marzo de 2012 se publica el documento Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud,⁵⁹ elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación y la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). En estas guías se actualizaron los criterios médicos de elegibilidad para la utilización de métodos anticonceptivos según las nuevas directrices de la OMS,⁶⁰ incluyendo los referentes al DIU y los implantes sub-dérmicos.

Estos últimos fueron introducidos en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación en Julio de 2014. El programa estuvo dirigido inicialmente a las adolescentes de entre 15 y 19 años sin cobertura social que hayan tenido al menos un evento obstétrico en los últimos 12 meses, en todas las jurisdicciones del país. Algunos distritos como la provincia de Santa Fe ampliaron el alcance del programa a beneficiarias entre 15 y 24 años, sin necesidad de un evento obstétrico previo.⁶¹

Consideraciones finales

La articulación entre los estamentos del Estado pertenecientes al sector de la salud y el educativo para la capacitación y certificación de los recursos humanos en las habilidades y competencias que respondan a las necesidades de la salud de la población desde su formación de grado optimizan la utilización de los recursos del estado en términos de accesibilidad y equidad. Las sociedades profesionales deben contribuir a la capacitación continua y de post-grado, ya que los alcances del ejercicio profesional están sujetos a constantes cambios según los avances de la ciencia y la tecnología.

- ¹ WHO, Unicef, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. November 2015. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> (último acceso: 19 de diciembre de 2018).
- ² Estadísticas Vitales. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/> (Último Acceso: 20 de diciembre de 2018).
- ³ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality report 2018. Report 2018. Disponible en: http://www.childmortality.org/files_v22/download/UN%20IG-ME%20Child%20Mortality%20Report%202018.pdf (último acceso: 19 de diciembre de 2018).
- ⁴ Chou D, Daelmans B, Jolivet RR, Kinney M, Say L; Every Newborn Action Plan (ENAP) and Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM) working groups. Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *BMJ*. 2015 Sep 14;351:h4255. doi: 10.1136/bmj.h4255.
- ⁵ Guttmacher Institute. Necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna 2017. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/infographic/2017/-necesidad-insatisfecha-de-anticoncepcion-moderna-2017> (último acceso: 20 de diciembre de 2018).
- ⁶ Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
- ⁷ 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar - Argentina 2012. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Septiembre de 2014.
- ⁸ Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales resultados 2011-2012. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; UNICEF Argentina. Buenos Aires, Septiembre de 2013.
- ⁹ Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012 May 24;366(21):1998-2007.
- ¹⁰ Campbell MM, Prata N, Potts M. The impact of freedom on fertility decline. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2013, 39, 44-50
- ¹¹ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (Último Acceso: 20 de diciembre de 2018)
- ¹² Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016–2030. New York (NY): United Nations; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf> (último acceso: 20 de diciembre de 2018).
- ¹³ Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM), World Health Organization 2015, Geneva Switzerland. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1 (último acceso: 20 de diciembre de 2018).
- ¹⁴ Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. Disponible en: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/06/SBA_statement.pdf (último acceso: 19 de diciembre de 2018).
- ¹⁵ Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. "2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice." 18 December. Available at www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_-

BellagioConsensus.pdf (Último acceso: 1 de febrero de 2019).

- ¹⁶ Ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014;384:1226-35.
- ¹⁷ Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014;384: 1129-45.
- ¹⁸ International Confederation of Midwives. ICM Definitions. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html> (Último acceso: 30/01/2019)
- ¹⁹ "midwife". The Oxford English Dictionary. Disponible en: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/midwife> (Último acceso: 30/01/2019)
- ²⁰ "Midwife: Word History". The American Heritage Dictionary of the English Language, Fifth Edition. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company. 2015. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20150921145947/https://ahdictionary.com/word/search.html?q=midwife> (Último acceso: 30/01/2019)
- ²¹ RAE. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Edición tricentenario. Actualización 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/> (Último acceso: 30/01/2019).
- ²² DIRAE. Diccionario etimológico de la Real Academia Española. Disponible en: <https://dirae.es/> (Último acceso: 30/01/2019).
- ²³ UNFPA, WHO, ICM. The State of the World's Midwifery 2014: a universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014
- ²⁴ Homer CS, Friberg IK, Dias MA, ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, Bartlett LA. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014 Sep 20;384(9948):1146-57. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60790-X.
- ²⁵ Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women

value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018 Jul;62:220-229. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.011.

- ²⁶ Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 2016. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/ (Último Acceso: 15 de enero de 2019).
- ²⁷ Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/> (Último Acceso: 15 de enero de 2019).
- ²⁸ NICE clinical guideline 30. Long-acting reversible contraception (update). National Institute for Health and Care Excellence. Issued: September 2014. ISBN: 978-1-4731-0719-9.
- ²⁹ Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman WV, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Ferguson C, Fortin C, Kielly M, Mansouri S, Todd N for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37(10):S1-S28.
- ³⁰ Normas Técnicas y Guías Clínicas Sobre Regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). MINSAL, Santiago de Chile, 2015.
- ³¹ Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K; INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. 2014 Mar;89(3):162-73.
- ³² Cawthon L. Use of Long-Acting Reversible Contraception by Washington Women on Medicaid. RDA Report 9.108. July 2015.
- ³³ World Health Organization. Optimizing health

worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012.

³⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Noviembre, 2016 Ciudad de Panamá, Panamá. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf (Último Acceso: 20 de diciembre de 2018).

³⁵ NICE guideline NG4. Safe midwifery staffing for maternity settings. National Institute for Health and Care Excellence. Issued: February 2015. ISBN: 978-1-4731-1021-2.

³⁶ Organización Mundial de la Salud 2009. El umbral de médicos, enfermeras y parteras por 10 000 habitantes. Disponible en: https://www.who.int/hrh/workforce1_es.pdf?ua=1 (último acceso: 21 de diciembre de 2018).

³⁷ OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Statistics / Health care resources. Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC&-ga=2.268283726.1120661803.1545601752-34153694.0.1545601752 (Último acceso: 21 de diciembre de 2018).

³⁸ Indicadores Básicos de Salud 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf> (Último acceso: 17 de febrero de 2019).

³⁹ Indicadores de RHUS. Observatorio Federal de Recursos Humanos. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/-fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus> (Último acceso: 17 de febrero de 2019)

⁴⁰ Navarro Pérez P, Contreras Sánchez AJ, Junco

Gómez MC, Sánchez Villegas P, Sánchez-Cantalejo Garrido C, Luque Martín N. Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina. Noviembre 2015. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <file:///C:/Users/Edgardo/Desktop/Parter%C3%ADa%20MSAL/NavarroP-y-otros-demografia-medica-argentina-2015.pdf> (Último acceso 17 de febrero de 2019)

⁴¹ Indicadores Básicos de Salud 2016. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2016.pdf> (Último acceso: 17 de febrero de 2019)

⁴² Necesitamos más parteras para salvar más vidas. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. Consejo Superior. Disponible en: <http://copba-cs.org.ar/necesitamos-mas-parteras-para-salvar-mas-vidas/> (Último acceso: 16 de febrero de 2019).

⁴³ Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016) . Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/254600> (Último Acceso: 20 de diciembre de 2018).

⁴⁴ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014. http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_Syn-thesisSept282014.pdf?ua=1

⁴⁵ Rosen JE. Contracting for Reproductive Health Care: A Guide. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 1818 H Street, NW. Washington, DC 20433. December 2000. ISBN 1-932126-34-1

⁴⁶ PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN). Ley 17.132. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/-sistema-nacional-residencias/bases-normativas/ley-17132.pdf> (Último acceso: 10 de febrero de 2019).

⁴⁷ Decreto reglamentario de la ley 17.132 sobre el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. SAIJ. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. <http://www.saij.gob.ar/6216-nacional-decreto-reglamentario-ley-17132-sobre-ejercicio-medicina-odontologia-actividades-colaboracion-dn19670006216-1967-08-30/123456789-0abc-612-6000-7691soterced> (Último acceso: 10 de febrero de 2019).

⁴⁸ InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 1.186 (1996). Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=9750> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁴⁹ SAIJ. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 4095 (2006). Río Negro. Disponible en: http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-rio-negro-4095-modifica_ley_3338_sobre.htm?bsrc=ci (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵⁰ Poder Judicial de Neuquén. Ley 2.731 (2010). Disponible en <http://200.70.33.130/index.php/normativas-provinciales/leyes-provinciales/982> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵¹ PODER LEGISLATIVO. Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Ley N° 1056. Disponible en: <http://www.legistdf.gov.ar/lp/leyes/Provinciales/LEYP1056.pdf> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵² InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 14.802 (2015). Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26720> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵³ Boletín Oficial. Gobierno de Catamarca. Ley N° 5.549 (2018). Disponible en: <https://portal.catamarca.gob.ar/media/boletin-oficial-uploads/Bol.91.pdf> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵⁴ InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto N° 2.806 (2000). Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=8660> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵⁵ Nota del autor: No existe referencia de dicha resolución en las páginas oficiales de la provincia de Salta.

⁵⁶ InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 24.521. Ley de Educación Superior. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm> (Último acceso: 10 de febrero de 2019).

⁵⁷ InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 25.673. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79831> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵⁸ InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 26.485. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁵⁹ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Serie: Actualización Profesional. Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Marzo de 2012.

⁶⁰ Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4ª edición, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁶¹ Gobierno de Santa Fe. Boletín de Prensa: salud capacitó a sus trabajadores para implementar un nuevo método anticonceptivo. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/213092/> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

⁶² CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS Competencias esenciales para la práctica básica de la partería 2010. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/competencias-esenciales-icm-2011.pdf> (Último acceso: 18 de febrero de 2019).

ANEXO I

Competencias del personal de partería

• **COMPETENCIA BÁSICA 1:** **Contexto social, epidemiológico y cultural del cuidado materno y del recién nacido**

- 1- Educación sanitaria para las mujeres y sus familias.
- 2- Destrezas de comunicación y escucha apropiadas.
- 3- Reunir, utilizar y mantener equipos y provisiones adecuados para la práctica de la profesión.
- 4- Documentar e interpretar las conclusiones relevantes para los servicios suministrados en todos los dominios de competencia, incluyendo lo que se ha hecho y lo que necesita seguimiento.
- 5- Cumplir todas las normas locales de información para el registro de nacimientos y muertes.
- 6- Asumir una función de liderazgo en el ejercicio de la profesión a partir de las creencias y valores profesionales.

• **COMPETENCIA BÁSICA 2:** **Cuidado pre-embarazo y en planificación familiar**

- 7- Tomar una historia clínica y obstétrica, ginecológica y de salud reproductiva exhaustiva.
- 8- Involucrar a la mujer y su familia en el asesoramiento pre-embarazo basado en la situación concreta y las necesidades e intereses individuales.
- 9- Realizar un examen físico, que incluya una exploración de las mamas, centrado en el estado que presenta la mujer.
- 10- Solicitar o realizar e interpretar pruebas básicas de laboratorio (p. ej., hematócrito, análisis de orina con reactivo para detectar proteinuria)
- 11- Solicitar o realizar e interpretar determinadas pruebas de detección de TB, VIH, ITS.

12- Ofrecer asistencia médica, apoyo y derivación o tratamiento a la mujer VIH positiva y ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH a las mujeres que desconocen su estado serológico.

13- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) métodos de planificación familiar disponibles en la localidad y aceptados culturalmente.

14- Aconsejar a las mujeres sobre el tratamiento de los efectos secundarios y problemas del uso de los métodos de planificación familiar.

15- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) contraceptivos de emergencia, de acuerdo con las políticas, los protocolos o los reglamentos locales.

16- Proporcionar métodos de planificación familiar de barrera, hormonales, mecánicos y químicos comúnmente disponibles.

17- Hacer o solicitar la prueba de citología cervical (papanicolau).

• **COMPETENCIA BÁSICA 3:** **Suministro de cuidados durante el embarazo**

18- Tomar la historia clínica inicial y continuada en cada visita antenatal.

19- Realizar una exploración física y explicar los resultados a la mujer.

20- Tomar y evaluar las constantes vitales maternas, incluida la temperatura, la presión arterial, el pulso.

21- Evaluar la relación entre nutrición materna y desarrollo fetal; aconsejar adecuadamente sobre los requisitos nutricionales en el embarazo y cómo conseguirlos.

22- Realizar una exploración abdominal completa, incluida la medición de la altura uterina, situación, posición y presentación.

23- Evaluar el desarrollo fetal utilizando medidas manuales.

24- Evaluar el desarrollo fetal, la posición de la placenta y el volumen de líquido amniótico mediante visualización y medición por ecografía (si hay equipo disponible para ello).

25- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal; palpar el útero para ver si hay actividad fetal e interpretar los resultados.

26- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal mediante Doppler (si está disponible).

27- Realizar una exploración pélvica, incluyendo la medición del útero durante el curso del embarazo, si es indicado y adecuado.

28- Realizar una pelvimetría clínica [evaluación de la pelvis ósea] para determinar la capacidad de las estructuras óseas.

29- Calcular la fecha probable del parto.

30- Ofrecer educación sanitaria a adolescentes, mujeres y familias acerca de la progresión normal del embarazo, signos y síntomas de peligro, y cuándo y cómo contactar con la matrona.

31- Enseñar y/o demostrar las medidas para reducir las molestias habituales en el embarazo.

32- Dar orientación y preparación básica para el trabajo de parto, alumbramiento y crianza de los hijos.

33- Identificar anomalías durante el curso del embarazo e instituir un tratamiento de primera línea, independiente o colaborativo, según directrices basadas en la evidencia, normas locales y recursos disponibles para:

a- baja o insuficiente nutrición materna;

b- crecimiento uterino insuficiente o excesivo, incluyendo signos sospechosos de oligohidramnios o polihidramnios, embarazo molar;

c- presión arterial elevada, proteinuria, presencia de edema importante, dolores de cabeza frontales graves, cambios visuales, dolor epigástrico asociado a presión arterial elevada;

d- sangrado vaginal;

e- gestación múltiple, situación anómala/mala presentación a término;

f- muerte fetal intrauterina;

g- ruptura de membranas antes del término;

h- estado VIH positivo y/o SIDA;

i- hepatitis B y C positiva.

34- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) determinados medicamentos que salvan vidas (p. ej., antibióticos, antiepilépticos, antipalúdicos, hipotensores, antirretrovirales) a mujeres que los necesitan debido a la condición que presentan.

35- Identificar anomalías durante el curso del embarazo e iniciar el proceso de derivación para las condiciones que requieren niveles de intervención superiores.

• **COMPETENCIA BÁSICA 4:** **Cuidados durante el trabajo de parto y el alumbramiento**

36- Tomar una historia clínica específica y las constantes vitales maternas durante el trabajo de parto.

37- Realizar una exploración física centrada en el trabajo de parto.

38- Realizar una exploración abdominal completa para verificar la posición fetal y el descenso.

39- Cronometrar y evaluar la efectividad de las contracciones uterinas.

40- Realizar una exploración pélvica completa y precisa: dilatación, descenso, presentación, posición, estado de las membranas y capacidad de la pelvis para el nacimiento vaginal del bebé.

41- Monitorizar el progreso del trabajo de parto utilizando el partograma o instrumento de registro similar.

- 42- Ofrecer apoyo físico y psicológico a la mujer y su familia y promover el parto natural.
- 43- Facilitar la presencia de una persona de apoyo de elección de la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el alumbramiento.
- 44- Ofrecer hidratación, nutrición, deambulación y medidas de comodidad no farmacológicas adecuadas durante el trabajo de parto y el alumbramiento.
- 45- Ofrecer tratamiento farmacológico para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento.
- 46- Ofrecer cuidados para la vejiga, incluyendo la realización de cateterización urinaria cuando sea indicado.
- 47- Identificar de inmediato patrones del trabajo de parto anómalos e iniciar oportunamente intervenciones apropiadas o derivar a la paciente.
- 48- Estimular o aumentar las contracciones uterinas utilizando productos no farmacológicos.
- 49- Administrar anestesia local en el perineo cuando se prevé una episiotomía o se necesita una reparación perineal.
- 50- Realizar una episiotomía si es necesario.
- 51- Realizar maniobras manuales apropiadas para un parto de presentación normal (vértice).
- 52- Realizar maniobras manuales apropiadas para partos de cara y de nalgas.
- 53- Pinzar y cortar el cordón umbilical.
- 54- En emergencias obstétricas (p. ej., prolapso del cordón umbilical, mala presentación, distocia de hombros y sufrimiento fetal), instituir intervenciones inmediatas para salvar la vida del feto mientras se solicita atención médica o se espera el traslado.
- 55- Liberar el cordón enrollado alrededor del cuello del bebé durante el parto.
- 56- Apoyar la gestión expectante (fisiológica) de la tercera fase del trabajo de parto.
- 57- Dirigir la gestión activa de la tercera fase del trabajo de parto o administrar un fármaco uterotónico durante el primer minuto después del nacimiento del bebé.
- a- Realizar una tracción controlada del cordón.
- b- Realizar un masaje uterino después del alumbramiento de la placenta.
- 58- Inspeccionar la placenta y las membranas para asegurarse de que están completas.
- 59- Realizar un masaje manual del útero para estimular las contracciones uterinas posparto y el tono uterino.
- 60- Ofrecer un entorno seguro para la madre y el bebé que favorezca la relación entre ambos (lazos afectivos).
- 61- Estimar y registrar la pérdida de sangre materna.
- 62- Inspeccionar la vagina y el cuello del útero para ver si hay laceraciones.
- 63- Reparar la episiotomía si es necesario.
- 64- Reparar las laceraciones perineales o vaginales de 1º y 2º grado.
- 65- Tratar el sangrado y las hemorragias posparto utilizando técnicas apropiadas y fármacos uterotónicos según esté indicado.
- 66- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) determinados medicamentos que salvan vidas (p. ej., antibióticos, antiepilépticos, antipalúdicos, hipotensores, antirretrovirales) a mujeres que los necesitan debido a la condición que presentan.
- 67- Realizar la extracción manual de la placenta.
- 68- Realizar una compresión bimanual interna del útero para controlar el sangrado.

69- Realizar una compresión de la aorta.

70- Identificar y controlar el shock.

71- Introducir una línea intravenosa, extraer sangre para pruebas de laboratorio.

72- Organizar y realizar la oportuna derivación y traslado de las mujeres con graves complicaciones a un centro médico de nivel superior, con medicamentos y equipo apropiados, y organizar que las acompañe un asistente médico durante el viaje a fin de que continúen recibiendo los cuidados de urgencia que necesiten.

73- Realizar una reanimación cardiopulmonar en un adulto.

• **COMPETENCIA BÁSICA 5:** **Cuidados para la mujer durante el periodo posparto**

74- Tomar una historia clínica selectiva, que incluya datos sobre el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento.

75- Realizar una exploración física centrada de la madre.

76- Ofrecer información, apoyo y consuelo a las mujeres y a sus familias (muerte materna, muerte fetal, aborto espontáneo, muerte neonatal, anomalías congénitas).

77- Evaluar la involución uterina y la cicatrización de laceraciones o reparaciones.

78- Iniciar y apoyar la lactancia materna ininterrumpida [inmediata y exclusiva].

79- Enseñar a las madres cómo sacarse la leche y cómo guardarla.

80- Educar a la madre sobre el cuidado propio y del bebé después del parto, incluyendo signos y síntomas de complicaciones inminentes, y los recursos disponibles en la comunidad.

81- Educar a la mujer y a su familia sobre sexualidad y planificación familiar después del parto. Ofrecer tratamiento de primera

línea apropiado y oportuno para cualquier complicación detectada durante la exploración posparto (p. ej., anemia, hematoma, infección materna), y derivar para tratamiento adicional si fuera necesario.

82- Ofrecer tratamiento de emergencia de una hemorragia posparto tardía y derivar a la mujer si es necesario.

• **COMPETENCIA BÁSICA 6:** **Cuidado posnatal del recién nacido**

83- Ofrecer cuidados inmediatos al recién nacido, incluyendo pinzar y cortar el cordón umbilical, secar al bebé, limpiar las vías respiratorias y asegurarse de que se ha establecido la respiración.

84- Evaluar el estado inmediato del recién nacido (p. ej., mediante la puntuación APGAR u otro método de evaluación).

85- Favorecer y mantener la temperatura corporal del recién nacido cubriéndolo (manta, gorro), controlando el entorno y promoviendo el contacto piel con piel.

86- Comenzar medidas de emergencia para distrés respiratorio (reanimación del recién nacido), hipotermia hipoglucemia.

87- Ofrecer cuidados apropiados, incluido el "método canguro", a los bebés con bajo peso al nacer, y organizar la derivación en caso de complicaciones potencialmente graves o peso muy bajo al nacer.

88- Realizar una exploración física del recién nacido para detectar posibles condiciones incompatibles con la vida.

89- Realizar una evaluación de la edad gestacional.

90- Proporcionar cuidados rutinarios al recién nacido de acuerdo con las pautas y protocolos locales (p. ej., identificación, cuidados oculares, pruebas de detección, administración de vitamina k, inscripción del nacimiento en el Registro).

91- Colocar al bebé para iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento y apoyar la lactancia materna exclusiva.

92- Trasladar al recién nacido en peligro a instalaciones de cuidados de urgencia, si están disponibles.

93- Educar a los padres sobre los signos de peligro en el recién nacido y cuándo llevar al bebé a que reciba atención médica.

94- Educar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normales del bebé y el niño pequeño, y cómo satisfacer las necesidades diarias del niño normal.

95- Ayudar a los padres a acceder a los recursos disponibles en la comunidad para la familia.

96- Apoyar a los padres durante el duelo por la pérdida del embarazo, muerte fetal, anomalías congénitas o muerte neonatal.

97- Apoyar a los padres durante el transporte/traslado del recién nacido o durante periodos de separación del bebé (p. ej., admisión en la UCI neonatal).

98- Apoyar y educar a los padres que hayan tenido partos múltiples (p. ej., gemelos, trillizos) sobre las necesidades especiales y los recursos de la comunidad.

99- Proporcionar cuidados apropiados para bebés nacidos de madres VIH positivas (p. ej., administración de ARV y alimentación adecuada).

• COMPETENCIA BÁSICA 7: CUIDADOS RELACIONADOS CON EL ABORTO

100- Evaluar el periodo gestacional mediante preguntas sobre la FUM, exploración bimanual o análisis de embarazo en orina.

101- Informar a las mujeres que están considerando abortar acerca de los servicios disponibles para continuar con el embarazo y para aquellas que deseen proseguir con el

aborto, métodos para obtenerlo; apoyar a las mujeres en su decisión.

102- Tomar una historia clínica y social para identificar las contraindicaciones de medicamentos o de aborto por aspiración.

103- Educar y aconsejar a las mujeres (y a los miembros de su familia cuando sea apropiado) sobre sexualidad y planificación familiar después del aborto.

104- Ofrecer servicios de planificación familiar simultáneos como componente integral de los servicios relacionados con el aborto.

105- Evaluar la involución uterina; tratar o derivar a la paciente según sea adecuado.

106- Enseñar a la madre a cuidar de sí misma, incluyendo descanso y nutrición, y a identificar complicaciones tales como hemorragias.

107- Identificar indicadores de complicaciones relacionadas con el aborto (incluida la perforación uterina); tratar o derivar a la paciente según sea adecuado

Documento Técnico No 4 Marzo 2019

Desarrollo de contenido

Edgardo Abalos

Dirección y coordinación

Silvina Ramos

Tamar Finzi

Natalia Gualdoni

Alejandra Sánchez Cabezas

Ana Jemio