

CONSTRUIR UN ENTORNO CAPACITADOR PARA LAS MATRONAS LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN PARA RESPONSABLES POLÍTICOS

«La ausencia de una idea clara y compartida sobre lo que **constituye un entorno capacitador** es un gran obstáculo para poner en marcha una acción estratégica y concertada que pueda **proporcionarlo**»¹.

RESUMEN

Las matronas no se limitan a ayudar a las mujeres en el parto, sino que proporcionan atención accesible, equitativa y de gran calidad en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y del adolescente (SRMNAH) en los entornos más diversos durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, y respecto a todos los derechos de salud sexual y reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y otras autoridades mundiales, hay una necesidad urgente de atención SRMNAH prestada por matronas profesionales con experiencia que la mayoría de los sistemas sanitarios no ofrecen actualmente.

Las matronas son una solución fundamental y rentable para mejorar la experiencia y los resultados sanitarios de las mujeres y los recién nacidos, reducir las desigualdades en el acceso y la calidad de la salud y proporcionar la continuidad de la atención SRMNAH. Sin embargo, en la mayoría de los países hay barreras para el desarrollo y mantenimiento del **entorno capacitador** necesario para ampliar la continuidad de la atención dirigida por matronas. En este documento se define el entorno capacitador para las matronas como aquel que apoya la **infraestructura, profesión e integración sistémica** necesarias para que las matronas puedan ejercer eficazmente todas sus competencias. El documento identifica asimismo las políticas necesarias para mejorar el entorno capacitador y ampliar la atención dirigida por matronas.

Hay un interés creciente en promover una atención materna respetuosa y de gran calidad mediante la ampliación de los cuidados dirigidos por matronas. Los movimientos de justicia social, como los que luchan por la igualdad de género y la justicia racial han impulsado el llamamiento a la acción a favor de las matronas en todo el mundo². Este llamamiento comenzó con los informes sobre el *Estado de las Matronas en el Mundo* (2011 y 2014)^{3,4}, la serie de *The Lancet* sobre partería (2014)⁵⁻⁸ y *Midwives' Voices, Midwives' Realities* (La voz de las matronas, la realidad de las matronas, 2016)⁹, y culminó con la designación por parte de la Organización Mundial de la Salud de 2020 como el Año de la Enfermera y la Matrona¹⁰, la publicación de un estudio de modelización que documentaba el impacto de las

matronas para salvar vidas¹¹ y el *Estado de las Matronas en el Mundo 2021*¹². Es evidente que hay una mayor demanda de matronas.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye 17 nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuyo propósito es garantizar la cobertura sanitaria universal (UHC)¹³, y las matronas son esenciales para prestar la atención SRMNAH universal. UHC2030 es un movimiento afín que también depende de las matronas para construir sistemas sanitarios más fuertes a través de la colaboración, la promoción y la formación¹⁴. Con la perspectiva de 2030, es fundamental que los países aprovechen las competencias y contribuciones de las matronas para alcanzar los ODS, garantizar una cobertura sanitaria universal e impulsar las mejoras en la calidad de la asistencia sanitaria. En particular, establecer y sostener un entorno capacitador para la continuidad de la atención dirigida por matronas acelerará el progreso hacia el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades»; ODS 5: «Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas»; ODS 8: «Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos» y ODS 10: «Reducir la desigualdad en y entre los países»; así como promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionar acceso a todos a la justicia y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles¹³.

Como solución relativamente barata¹⁵, basada en la evidencia para reducir disparidades y mejorar los resultados, las matronas son la columna vertebral del sistema sanitario y las más indicadas para impulsar mejoras a gran escala para el bienestar y la salud de las embarazadas, las madres y los recién nacidos en todo el mundo. A pesar de ello, las matronas encuentran por todas partes obstáculos para ejercer todas sus competencias por falta de un entorno capacitador. Con un entorno capacitador robusto, la profesión de matrona podría ampliarse de forma que la continuidad de la atención dirigida por matronas sea el modelo dominante de la prestación de cuidados SRMNAH para salvar millones de vidas y lograr los ODS y la UHC. Dado que la profesión la ejercen mayoritariamente mujeres¹⁶, los Gobiernos deben adaptarse a la corriente actual a favor de la igualdad de género y reforzar la profesión de matrona con una inversión constante en el entorno capacitador para ampliar la continuidad de la atención dirigida por matronas.

MOTIVOS PARA AMPLIAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DIRIGIDA POR MATRONAS

Las matronas pueden solucionar los tres grandes problemas que presenta la atención SRMNAH actualmente: evitar la mortalidad materna, neonatal, los mortinatos y los resultados deficientes; eliminar las desigualdades en el acceso, la experiencia y los resultados de mujeres y recién nacidos, y reducir el coste y la excesiva medicalización de los partos.

Las matronas son expertas en el parto y alumbramiento fisiológicos, que se caracterizan por un inicio espontáneo y un progreso sin intervención médica rutinaria¹⁷. Al hacer hincapié en mantener la fisiología normal de la madre, las matronas han aprendido a ver el parto como un proceso más de la vida, lo que las diferencia de otros profesionales sanitarios. La promoción de la salud es inherente a la partería, además de prevenir y controlar las complicaciones en caso de emergencia. El análisis del informe *Estado de las Matronas en el Mundo 2021* (SoWMy) muestra que **las matronas integradas, con licencia y con formación completa, respaldadas por equipos interdisciplinarios y un entorno capacitador, pueden realizar aproximadamente el 90 % de las intervenciones esenciales de SRMNAH a lo largo de la vida**¹². Sin embargo, las matronas no llegan al 10 % del personal de SRMNAH mundial, a lo que hay que añadir que en el mundo faltan 900.000 matronas¹². Para que el impacto de las matronas en los resultados y experiencias del sistema sanitario sea significativo, deben contar con el apoyo de un entorno capacitador.

Desde el primer informe SoWMy en 2011, hay cada vez más pruebas que demuestran que invertir en matronas es rentable. No solo porque fomenta la experiencia positiva del parto, sino que mejora los resultados para la salud, garantiza que haya los profesionales necesarios para la atención SRMNAH, favorece unos cuidados inclusivos y equitativos para las mujeres y sus hijos, reduce el coste de la atención sanitaria y puede tener un impacto macroeconómico positivo^{12 18,19}.

La continuidad de la atención dirigida por matronas conlleva una mejora de los resultados y ahorro en los costes

Problemas

Muertes neonatales, muertes maternas y malos resultados

Desigualdad en el acceso, experiencia y resultados para las madres y los bebés

Alto coste de la excesiva medicalización de los partos



Soluciones



El acceso universal a las matronas salva vidas, reduce el sufrimiento y mejora los resultados



La integración de las matronas en el sistema sanitario reduce las desigualdades y mejora las experiencias



La continuidad de la atención dirigida por matronas conlleva ahorros en los costes

1. SALVAR VIDAS

La colaboración mundial y el esfuerzo de los países han conseguido reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal en casi todas las naciones en las dos últimas décadas^{12,20}. A pesar de este avance, se calcula que cada día se producen en el mundo 810 muertes maternas²¹, un mortinato cada 16 segundos²² y 2,4 millones de muertes neonatales al año²³. Cuando se estudia el porqué de estas tasas alarmantes de muertes de mujeres y recién nacidos, los expertos suelen citar dos situaciones extremas: una atención escasa que llega demasiado tarde o la que es exagerada (demasiada medicalización) y excesivamente prematura²⁴. El problema se define en términos de la cantidad de intervención médica prestada en lugar de la calidad de la atención recibida. Si bien es fundamental que las mujeres reciban atención cuando la necesiten, es igualmente importante que la atención se preste de forma que respete, proteja y fomente los derechos humanos²⁴, puesto que la calidad de la atención es lo que impulsa tanto la mejora de los resultados como que sea una experiencia positiva.

Incrementar el acceso a las matronas —quienes proporcionan la continuidad de atención de alta calidad en el parto— podría salvar millones de vidas cada año. Un estudio de modelización de *The Lancet Global Health* realizado en 2021 utilizó la herramienta sobre las vidas salvadas para calcular las muertes que podrían evitarse de aquí a 2035 si la atención dirigida por matronas se ampliara en los 88 países donde se produce la inmensa mayoría de muertes materno-infantiles y mortinatos. Los autores calcularon que, en comparación con la actual cobertura de la atención

dirigida por matronas, la cobertura universal de intervenciones dirigidas por matronas evitaría dos tercios (67 %) de las muertes maternas, neonatales (64 %) y mortinatos (65 %), salvando 4,3 millones de vidas cada año de aquí a 2035. Incluso un incremento modesto (10 % en la cobertura de partería cada cinco años) evitaría un 22 % de las muertes maternas, 23 % de muertes neonatales y 14 % de mortinatos, es decir, 1,3 millones de muertes anuales de aquí a 2035¹¹. Los autores reconocieron asimismo que, para ampliar la continuidad de la atención dirigida por matronas, estas deben trabajar en un entorno capacitador.

Una *Revisión Cochrane* demostró que, cuando las matronas eran las principales proveedoras de servicios sanitarios, la pérdida del feto o las muertes infantiles descendían un 16 %²⁵. En Estados Unidos, una mayor integración de las matronas en los sistemas sanitarios regionales de todos los ámbitos conllevó una tasa significativamente mayor de partos vaginales espontáneos, partos vaginales después de cesáreas y lactancia materna, así como tasas mucho menores de cesáreas, partos prematuros, recién nacidos con bajo peso y muertes neonatales²⁶. En países de rentas altas, los modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas han conseguido reducir las muertes neonatales y los partos prematuros²⁷. En Camboya, la intensificación de los esfuerzos durante las décadas de 1990 y 2000 desembocó en la construcción de casi 1500 instalaciones sanitarias que ofrecen servicios integrales de SRMNAH y en las que hay al menos una matrona. Desde entonces, la tasa de mortalidad materna en Camboya ha descendido de 488 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2000 a 160 en 2017¹².

2. REDUCIR LAS DESIGUALDADES Y MEJORAR LOS RESULTADOS

El incremento del número de matronas mejoraría el acceso a la atención dirigida por matronas para todos, en especial para aquellos grupos marginados social y económicamente. Una mayor integración de las matronas conlleva una tasa significativamente mayor de partos fisiológicos, menos intervenciones obstétricas, menos resultados neonatales adversos, mayores tasas de lactancia materna en el parto y a los seis meses, así como menores porcentajes de mortalidad neonatal en general y en grupos raciales y étnicos específicos²⁶. Respecto a otros modelos de atención, es menos probable que las mujeres que reciben un modelo de continuidad de cuidados dirigidos por matronas tengan una intervención (epidural, episiotomía, partos instrumentales)²⁸ y es más probable que queden satisfechas con la atención recibida sin mayor riesgo de sufrir daños^{18,29}. En comparación con la atención materna estándar prestada por diferentes matronas que trabajan en la comunidad, centros infantiles u hospitales, las mujeres con un mayor riesgo de parto prematuro que recibieron una continuidad de la atención por parte de una matrona principal refirieron una mayor percepción de confianza, seguridad y calidad de la atención³⁰.

En las comunidades con mayor riesgo de resultados adversos, la ampliación del acceso a las matronas integradas en el sistema sanitario puede mejorar tanto los resultados sanitarios como las experiencias de la atención recibida³¹. En Canadá, la atención dirigida por matronas para las mujeres de posición socioeconómica baja ha supuesto una incidencia significativamente menor de partos prematuros, recién nacidos con bajo peso y otros resultados adversos^{26,32,33}. En Estados Unidos, donde las mujeres negras tienen una probabilidad tres veces mayor de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres blancas³⁴, el acceso a las matronas en distintos contextos y densidades de matronas también fue significativamente menor que en los estados con una mayor proporción de partos de mujeres negras²⁶. En Australia, donde las familias de las primeras naciones reciben una atención materna e infantil de inferior calidad y con peores resultados, las mujeres aborígenes que recibieron atención de una matrona con casos asignados perteneciente a un grupo comunitario de profesionales de la partería (continuidad de la atención dirigida por matronas) asistieron a más consultas durante el embarazo, tuvieron menos probabilidades de alumbrar bebés prematuros y más de alimentarlos exclusivamente con leche materna después de recibir el alta hospitalaria³⁵.

El modelo de continuidad de la atención dirigida por matronas hace hincapié en la atención comunitaria, las relaciones estrechas, el bienestar antes y después del parto y en evitar las intervenciones innecesarias que pueden provocar complicaciones que pongan en peligro la vida³¹. Situar a las matronas junto a las comunidades mejora el acceso a una atención sanitaria de alta calidad para todos, permitiendo el parto en casa para mujeres de bajo riesgo que pueden tener problemas de transporte hasta las instalaciones sanitarias o que prefieran dar a luz en casa. Las matronas tituladas pueden solucionar la falta de atención materna que afectan de manera desproporcionada a las mujeres del mundo rural y bajos ingresos, muchas de ellas mujeres de color^{31,36}. El modelo de continuidad de la atención dirigida por matronas debe integrarse en el sistema sanitario, garantizando que las mujeres que necesitan cuidados adicionales de mayor nivel reciban atención de su matrona en colaboración con un obstetra^{18,19,37}.

Invertir en matronas reduce aún más las desigualdades de género puesto que permite incrementar el número de mujeres en la profesión sanitaria¹². La contratación de personas diversas para que formen parte del cuerpo de matronas es una oportunidad para incluir una representación social de la población a la que prestan servicio, algo fundamental para tener experiencias positivas de atención, sobre todo entre grupos marginales³⁸.

3. RENTABILIDAD

La inversión en matronas para conseguir resultados positivos es rentable para mujeres con cualquier tipo de riesgo³⁹ en diversos contextos. En Australia⁴⁰, la atención pública con matronas con casos asignados cuesta un 22 % menos que otros modelos de cuidados⁴¹. En Bangladés, una evaluación de valor demostró que el retorno de la inversión en el despliegue futuro de 500 matronas comunitarias se multiplicaba por 16⁴. En todos los contextos, las matronas fomentan el parto fisiológico con menos intervenciones médicas, inducciones del parto y cesáreas^{26,42}, reduciendo el coste de la atención en el parto^{43,44}. Un estudio de modelización de 58 países de renta baja y media con la herramienta sobre vidas salvadas demostró que incrementar solo la partería o integrarla con la obstetricia es más rentable que ampliar la obstetricia solamente y que cuando se incluía la planificación familiar, el modelo de partería era casi el doble de rentable que el modelo de obstetricia (2200 dólares frente a 4200 dólares por muerte evitada)⁴⁵.

Las mujeres que reciben atención de una matrona también pueden dar a luz en casa o en un centro de maternidad dirigido por matronas, lo que aumenta sus opciones de elegir el lugar donde recibir atención y reduce considerablemente el gasto sanitario que conlleva el parto en un hospital. Los partos de bajo riesgo en casa conllevan una reducción de las tasas de cesáreas, menos días de hospitalización y menos horas en unidades de cuidados intensivos, con el consiguiente ahorro de recursos de tiempo, personal y costes⁴⁶.

SOLUCIÓN: MEJORAR EL ENTORNO CAPACITADOR PARA LAS MATRONAS Y LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL DE CALIDAD

DEFINIR EL ENTORNO CAPACITADOR

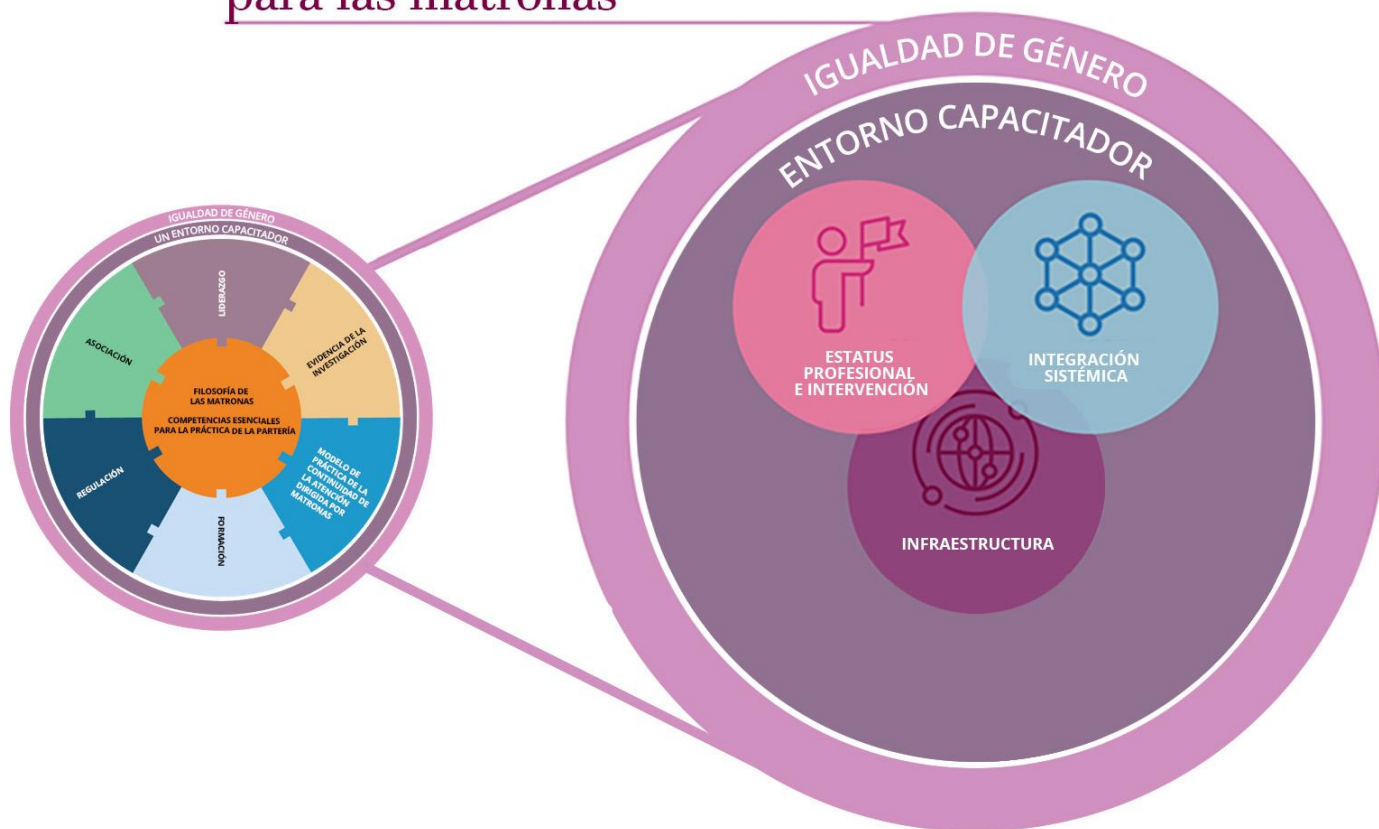
Un entorno capacitador para matronas es aquel que valora y respeta a las matronas y a las mujeres^{47,48}.

Un entorno capacitador significa que las matronas¹²:

- > pueden ejercer todas sus competencias;
- > son responsables de sus decisiones independientes dentro de un sistema regulador de los profesionales sanitarios que reconoce y apoya su autonomía y responsabilidad;
- > tienen acceso a un desarrollo profesional continuado, a itinerarios profesionales y mecanismos de apoyo a la profesión;
- > trabajan dentro de una infraestructura de salud funcional con recursos humanos, servicios de diagnóstico, equipos y suministros adecuados;
- > tienen acceso a consultas, colaboración y derivación oportunas y respetuosas, con sistemas de transporte y comunicación;
- > están a salvo de daños físicos y emocionales, y
- > reciben una compensación justa y equitativa, también en lo que respecta al salario y las condiciones de trabajo.

El entorno capacitador para ampliar la atención de calidad dirigida por matronas incluye, pero es diferente, del entorno capacitador para la calidad de la atención materna y neonatal⁸. Mientras que en el segundo, como la infraestructura, concierne a todos los trabajadores sanitarios, el entorno capacitador para matronas se necesita específicamente para superar los obstáculos propios a los que estas se enfrentan. El entorno capacitador para la atención dirigida por matronas se centra en promover la profesión de matrona y la integración sistémica. Un entorno capacitador para matronas debe basarse en un movimiento más amplio de defensa de la igualdad de género dada la composición de profesionales y clientes. Las categorías necesarias para construir un entorno capacitador se recogen en la tabla siguiente.

Crear un entorno capacitador para las matronas



Ámbitos de un entorno capacitador

Incluye las categorías siguientes:

IGUALDAD DE GÉNERO



Empoderamiento y respeto de las mujeres y parturientas:

Escuchar sus opiniones, apoyar sus derechos y respetar sus preferencias

Empoderamiento y respeto de las matronas:

- > Aumento de la contratación y entorno de trabajo respetuoso para las matronas
- > Reconocimiento y respeto de la autonomía y competencia profesional de las matronas
- > Consideración de las matronas como líderes de la comunidad y defensoras de los derechos de salud sexual y reproductiva, además de profesionales sanitarias

Seguridad social, física y psicológica:

- > Seguridad y protección en el lugar de trabajo y en los desplazamientos
- > Bienestar social de las matronas, incluida la salud mental y otros apoyos

INFRAESTRUCTURA

A



Disponibilidad de suministros y recursos:

- > Acceso a instalaciones de salud funcionales con camas, servicios de diagnóstico, equipo, medicamentos y suministros
- > Acceso a instalaciones básicas como aseos, agua y vestuarios higiénicos

Sistemas de transporte y comunicaciones:

Los sistemas de transporte y comunicaciones existentes facilitan unos itinerarios de derivación eficientes y respetuosos durante el continuo de atención

ESTATUS PROFESIONAL E INTERVENCIÓN



Autonomía profesional:

- > Las matronas tienen autonomía profesional y flexibilidad para poder controlar, organizar y priorizar su trabajo; reflexionan sobre el ejercicio profesional con compañeros y colegas, comparten ideas e información y optimizan la prestación de servicios
- > Las matronas pueden interactuar y contar con el apoyo del sistema sanitario de la misma forma que obstetras, enfermeras y otros profesionales sanitarios
- > Las matronas reciben apoyo para trabajar de forma independiente dentro de su ámbito de ejercicio y responsabilidad definido y protegido
- > Las matronas tienen acceso a un desarrollo profesional continuado, itinerarios profesionales y apoyo profesional

Visibilidad y demanda:

Crear una demanda a gran escala para garantizar la conciencia social y el reconocimiento de las matronas, de lo que hacen y de cómo pueden mejorar la atención

Equidad y respaldo financieros:

- > La equidad y respaldo financieros incluye la paridad salarial con los profesionales sanitarios de competencias y educación similares o que hacen un trabajo del mismo valor
- > Oportunidades de progreso profesional y salarial para las matronas
- > Financiación gubernamental, de organizaciones no gubernamentales o subvenciones para fomentar y habilitar un entorno capacitador

INTEGRACIÓN SISTÉMICA



Atención continuada en todos los niveles del sistema sanitario y otros sectores:

- > Integración de las matronas en todos los niveles del sistema sanitario
- > Sistemas y procesos eficaces y respetuosos de consulta y derivación a las matronas y otros profesionales sanitarios y a niveles de atención superiores
- > Integración de las matronas en las comunidades, el sistema educativo y otros sectores

Colaboración interdisciplinaria y desarrollo profesional:

- > Trabajo en equipo en el continuo de atención
- > Apoyo colegiado que incluya *coaching*, tutorías y oportunidades para recibir opiniones de compañeros y profesionales de la salud más experimentados
- > Oportunidades de formación permanente para el desarrollo profesional

Gobierno sistémico de las matronas:

- > Matronas en puestos de poder, liderazgo e influencia
- > Las matronas intervienen en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas

CAMBIOS POLÍTICOS PARA MEJORAR EL ENTORNO CAPACITADOR PARA LAS MATRONAS

Crear un entorno capacitador es esencial para ampliar satisfactoriamente los modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas que son fundamentales para mejorar el bienestar de las mujeres y los recién nacidos en todo el mundo. Para asignar eficazmente tiempo y recursos en la construcción del entorno capacitador, los responsables políticos deben priorizar entre las distintas áreas expuestas en el marco anterior y comprometerse con políticas que refuercen exclusivamente al cuerpo de matronas. Tal como se detalla en la Guía de comunicaciones (diapositivas 14-30), recomendamos la siguiente hoja de ruta para crear un plan de priorización para responsables políticos, donde socios para el desarrollo, líderes de matronas, otros encargados de tomar decisiones y partes interesadas del país hagan su propia evaluación de necesidades para reforzar este entorno capacitador. Los países priorizarán entonces las actividades del entorno capacitador y las organizarán según el **tiempo, coste, impacto y voluntad política**.

A medida que aprendemos más mediante las pruebas y la implementación de este documento normativo, la ICM sigue siendo el líder nacional y la organización de referencia para la provisión de servicios de asistencia técnica y consultoría para Gobiernos que quieren implementar el entorno capacitador para ampliar la continuidad de la atención dirigida por matronas.

HOJA DE RUTA

1 EVALUAR LA SITUACIÓN

Evaluar la situación actual de la atención dirigida por matronas dentro del país mediante el análisis de reseñas *Countdown 2030* (Cuenta atrás para 2030)⁴⁹, reseñas de países del *Estado de las Matronas en el Mundo 2021*⁵⁰ y otras fuentes.

2 REVISAR Y ANALIZAR

Revisar las actividades del entorno capacitador y completar el análisis de deficiencias para determinar qué actividades hay que reforzar en el país.

3 IDENTIFICAR LAS ACTIVIDADES

Identificar entre tres y cinco actividades centradas en la inversión y el refuerzo del entorno capacitador.

4 EVALUAR LAS ACTIVIDADES

Evaluar las actividades por tiempo relativo, coste, impacto potencial y voluntad política o implicación necesarios.

5 DESARROLLAR POLÍTICAS Y PLANES

Desarrollar políticas que se adapten a las prioridades identificadas, así como planes de acción presupuestados y plazos establecidos.

6

OBTENER APROBACIÓN

Seguir el proceso político del país para obtener aprobación.

ESTUDIOS DE CASOS

Algunos países están tomando medidas estratégicas para reforzar el entorno capacitador para las matronas. Estos pueden servir de ejemplo para que otros comprueben cómo pequeños cambios políticos pueden conseguir mejoras a gran escala en la educación, despliegue y práctica de las matronas.

Jefes de partería de servicios públicos o Jefes de partería nacionales

En 2019 y 2020, el National Health Service de Inglaterra y el Colegio de Matronas y Matrones de Chile designaron a los primeros jefes de partería, un puesto diferente del de jefe de enfermería⁵¹⁻⁵³. El jefe de partería es la matrona de mayor rango del país, responsable de ejercer el liderazgo profesional, estratégico y clínico para sus colegas que ejercen en el país^{53,54}. En Paraguay, Sandra Recalde, una matrona, es la directora nacional de Obstetricia del Ministerio de Salud Pública⁵⁵.

Despliegue de matronas en instalaciones sanitarias del sector público

Bangladés no tuvo matronas profesionales en instalaciones sanitarias del sector público hasta 2018, cuando el país puso en marcha un programa nacional para educar y desplegar matronas diplomadas en centros públicos. Un estudio de seguimiento con métodos mixtos publicado en 2020 reveló que las matronas del programa estaban muy motivadas y satisfechas con muchos aspectos de su trabajo actual y que tenían los conocimientos y competencias adecuados⁵⁶.

Marco de servicios de partería

El Marco de servicios de partería, desarrollado por la ICM, es un proceso basado en la evidencia y un conjunto de recursos para orientar a los países durante el proceso de mejora de sus servicios de SRMNAH mediante el refuerzo y la ampliación de la atención liderada por matronas. Seis países —Afganistán, Bangladés, Ghana, Kirguistán, Lesoto y Togo— probaron el MSF, identificando áreas de trabajo prioritarias y estableciendo grupos de trabajo técnicos para abordar las prioridades. El MSF abrió nuevos canales de comunicación entre la ICM, los ministerios de Salud nacionales y otras partes interesadas clave, ayudando a las asociaciones de matronas nacionales a obtener visibilidad entre los responsables de elaborar las políticas y tomar decisiones⁵⁷.

Grupo de trabajo de partería de ámbito nacional liderado por el Gobierno

En 2018, la India estableció el primer grupo de trabajo de partería de ámbito nacional liderado por el Gobierno. El grupo de trabajo reunió a las partes interesadas y permitió que las matronas desempeñasen un importante papel en el desarrollo de la política nacional. El grupo de trabajo también ofreció información fundamental para las primeras *Directrices sobre los servicios de partería en la India 2018* del Gobierno. Desde entonces se han creado subgrupos para abordar temas específicos como la revisión del plan de estudios para cumplir las normas internacionales⁵².

Incluir a las matronas en la defensa y promoción

Las matronas recibieron apoyo de la ICM y del Programa de liderazgo de matronas jóvenes de forma que pudieron contribuir a la respuesta a la COVID-19 en Malawi y Namibia, que inicialmente no incluía a las matronas. Las redes creadas a través de la ICM permitieron a las matronas estar presentes en la mesa de decisiones para responder a la pandemia de COVID-19¹².

Identificar y abordar las necesidades de las mujeres

La campaña mundial *Lo que quieren las mujeres*, dirigida por la White Ribbon Alliance, tenía como objetivo identificar qué tipo de atención materna y reproductiva querían las mujeres y exigir que se diera respuesta a sus necesidades. En 2016, se lanzó la campaña en la India, donde más de 100 socios colaboraron para oír a casi 150.000 mujeres de 24 estados. Desde entonces, la campaña ha llegado a muchos otros países como Kenia, Malawi,

México, Nigeria, Pakistán, Uganda y la República Unida de Tanzania. *Lo que quieren las mujeres* hace un llamamiento a los responsables de formular políticas y tomar decisiones a todos los niveles para que oigan las voces de las mujeres y actúen para mejorar los servicios de salud y sus resultados¹². El informe final, publicado en 2020, recogía un «aumento del número de enfermeras y matronas más competentes y mejor apoyadas» como la cuarta demanda principal entre 1,2 millones de respuestas a preguntas abiertas⁵⁸.

Identificar y abordar las necesidades de las matronas

A principios de 2020, la oficina de la Región Latinoamérica y Caribe del UNFPA hizo una encuesta *online* a matronas para estudiar el impacto de la pandemia en su trabajo e identificar la ayuda adicional que necesitaban. Con más de 1000 respuestas recibidas de 12 países, el UNFPA desarrolló una plantilla con la que documentar ajustes innovadores para la prestación de servicios para asociaciones de matronas profesionales del país, celebró videoconferencias con dirigentes de la asociación de matronas entre dos y cuatro veces al mes y, en algunos casos, dio subvenciones para apoyar el desarrollo profesional a distancia de las matronas durante la pandemia de COVID-19¹².

Integración de las matronas en las comunidades, el sistema educativo y otros sectores

Desde el año 2000 al 2017, las muertes maternas disminuyeron un 63 % en Marruecos⁵⁹. A medida que se incorporaban más matronas profesionales al personal sanitario, los partos se fueron haciendo más seguros. Actualmente, casi el 90 % de los partos en Marruecos son atendidos por matronas profesionales⁶⁰. En Marruecos, las matronas no se limitan a asistir a las mujeres durante el parto, sino que proporcionan cuidados preventivos a las madres y los niños, educación en salud a toda la familia, planificación familiar, vacunación, educación sanitaria y tratamiento de la menopausia, así como atención confidencial y no discriminatoria a mujeres y niñas marginadas⁶⁰.

Los Países Bajos tienen un sistema de atención materna que incorpora los cuidados de partería y el número de partos asistidos por una matrona suponen más del 75 % del total¹². La atención materna se organiza en torno a la atención primaria comunitaria, de forma que las matronas son las únicas profesionales sanitarias en el 57 % de los partos¹². El 72 % de las matronas de los Países Bajos trabajan como matronas comunitarias autónomas en atención primaria y el 28 % restante trabaja como matronas clínicas en hospitales bajo la supervisión de un obstetra⁶¹. Las mujeres consultan a una matrona cuando necesitan atención materna, por lo que la demanda de matronas se mantiene alta; la atención primaria materna la reciben en la comunidad y alumbran en su propia casa¹². Las mujeres también cuentan con una auxiliar que ayuda a las matronas durante el parto y se queda con la madre durante una parte del periodo posparto para garantizar la atención continuada y la derivación en caso de complicaciones⁶².

Modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas

En Nueva Zelanda, la continuidad de la atención dirigida por matronas (CADM) es el modelo típico de atención materna^{63,64}. En 1990, Nueva Zelanda rehabilitó la autonomía de las matronas y un itinerario de desarrollo de formación en partería con acceso directo para el registro profesional e inició la implementación de un modelo CADM⁶³. Cuatro de cada cinco madres (81,1 %) de Nueva Zelanda reciben atención dirigida por matronas, en comparación con un 5,5 % de mujeres que reciben atención dirigida por obstetras⁶⁵. Cada tipo de proveedor recibe el mismo salario del Gobierno de Nueva Zelanda, en base a los servicios prestados⁶⁵. Las matronas proporcionan cuidados a mujeres en todos los contextos, incluido el hogar, y siguen atendiendo a sus clientes

cuando las mujeres requieren cuidados adicionales, así como si la mujer decide tener o necesita dar a luz en un hospital⁶⁶. Algunas partes de Palestina⁶⁷, Reino Unido, Australia⁶⁸ Canadá, Suecia, Noruega, Países Bajos y Dinamarca¹⁹ también tienen un modelo CADM, pero no están completamente integrados como en el caso de Nueva Zelanda.

CONCLUSIÓN Y LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Las matronas son el medio más eficaz de conseguir los objetivos mundiales de salvar vidas, reducir la morbilidad y mejorar las desigualdades en el acceso, experiencia y resultados sanitarios. Hasta que la atención dirigida por matronas esté completamente integrada en los sistemas sanitarios y cuente con el respaldo de un entorno capacitador, las mujeres y los recién nacidos seguirán sufriendo experiencias traumáticas en el nacimiento, un parto hipermedicalizado y una morbilidad evitable. Los Gobiernos de todo el mundo deben priorizar el entorno capacitador para ampliar ya la atención dirigida por matronas y responder a las demandas de igualdad de género en la atención sanitaria. Al identificar, priorizar e implementar políticas específicas para el entorno capacitador, los sistemas sanitarios pueden empezar a hacer avances hacia una experiencia del parto más segura, equitativa y positiva para las mujeres en cualquier lugar del mundo.

DEFINICIONES

Matrona

Una matrona es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería basado en las Competencias esenciales para la práctica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM reconocido en el país correspondiente; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona» y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería⁶⁹.

Ámbito de ejercicio de la matrona

La matrona es reconocida como profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidados para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiada y la toma de medidas de emergencia.

La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, la salud sexual, la salud reproductiva y la atención infantil.

Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o unidades sanitarias⁶⁹.

Partería

La partería es la profesión que ejercen las matronas; solo las matronas practican la partería. Cuenta con un corpus de conocimientos exclusivo y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas de disciplinas compartidas con otras profesiones sanitarias, como la ciencia y la sociología, pero practicadas por las matronas dentro de un marco profesional de autonomía, asociación, ética y responsabilidad que le es propio⁶⁹.

Continuidad de la atención dirigida por matronas

Los modelos de continuidad de la atención dirigida por matronas (CADM), en los que una matrona conocida o un pequeño grupo de matronas conocidas ayuda a una mujer a lo largo del continuo de cuidados antenatales, intraparto y posparto, se recomiendan para las embarazadas en entornos con programas de partería que funcionan adecuadamente¹². El modelo de atención dirigido por matronas se centra en las mujeres y se basa en el respeto a la dignidad humana, la compasión y la promoción de los derechos humanos; y en la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida^{18,70,71}.

El CADM permite que cada mujer y su matrona (o pequeño equipo de matronas) se conozcan y establezcan una relación basada en la confianza, la igualdad, las decisiones informadas y la toma de decisiones y responsabilidades compartidas. Las relaciones se negocian entre las partes y son dinámicas y motivadoras para ambas¹².

Este modelo de continuidad de la atención dirigida por matronas proporciona educación, asesoramiento y cuidados previos al parto adaptados a cada persona; atención continuada durante el parto, el alumbramiento y el

periodo posparto inmediato, así como apoyo constante durante el puerperio. Promueve el parto como proceso normal y recomienda el menor número de intervenciones posible. En caso de complicaciones, las mujeres se derivan adecuadamente y la matrona sigue prestando cuidados en colaboración con el especialista médico^{18,72}.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a los siguientes colaboradores sus valiosos comentarios y asesoramiento en este proyecto:

Nuestra gratitud a las siguientes personas de la ICM: Sally Pairman, Shree Mandke, Franka Cadée y los miembros de la Junta de la ICM de las siguientes regiones: Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, África anglófona, África francófona, Europa y Latinoamérica.

También deseamos expresar nuestro agradecimiento a: Holly Powell-Kennedy, Petra ten Hoop-Bender, Robyn Churchill, Cristina Alonso, Courtney Massaro, Saraswathi Vedam, Eugene Declercq, Sarah Bar-Zeev, Kate Somers y Fran McConville.

Asimismo, queremos dar las gracias a las siguientes personas de Ariadne Labs por su contribución a la investigación, redacción y diseño gráfico: Rose Molina, Aizpea Murphy, Victoria Paterson, Katherine Semrau, Neel Shah y Courtney Staples.

Bibliografía

1. What constitutes an enabling environment for the poor to succeed in their own development? – The Movement for Community-led Development. <https://mclcd.org/1994/04/01/what-constitutes-an-enabling-environment-for-the-poor-to-succeed-in-their-own-development/>. Consultado el 25 de mayo de 2021.
2. Black Maternal Health Momnibus | Black Maternal Health Caucus. <https://blackmaternalhealthcaucus-underwood.house.gov/Momnibus>. Consultado el 25 de mayo de 2021.
3. United Nations Population Fund. *The State of the World's Midwifery 2011*. New York: United Nations Population Fund; 2011.
4. United Nations Population Fund, International Confederation Of Midwives, World Health Organization. *State Of The World's Midwifery 2014*. New York: United Nations Population Fund; 2014.
5. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215-1225. doi:10.1016/S0140-6736(14)60919-3
6. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-1157. doi:10.1016/S0140-6736(14)60790-X
7. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384(9949):1226-1235. doi:10.1016/S0140-6736(14)60930-2
8. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3
9. World Health Organization, International Confederation of Midwives, The White Ribbon Alliance. *Midwives' Voices Midwives' Realities: Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care*. Geneva: World Health Organization; 2016.
10. [Year of the Nurse and the Midwife 2020. https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020](https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020). Consultado el 29 de abril de 2021.
11. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;9(1):e24-e32. doi:10.1016/S2214-109X(20)30397-1
12. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization. *The State of the World's Midwifery 2021*. New York: United Nations Population Fund; 2021.
13. [Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs. https://sdgs.un.org/2030agenda](https://sdgs.un.org/2030agenda). Consultado el 5 de junio de 2021.
14. [Taking action for universal health coverage - UHC2030. https://www.uhc2030.org/](https://www.uhc2030.org/). Consultado el 5 de junio de 2021.
15. [Australian Institute of Health and Welfare. International health data comparisons, 2020. Remuneration of health professionals. https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/international-health-data-comparisons-2018/contents/remuneration-of-health-professionals](https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/international-health-data-comparisons-2018/contents/remuneration-of-health-professionals). Publicado en 2020. Consultado el 4 de junio de 2021.
16. Likis FE, King TL. Gender diversity and inclusion in midwifery. *J Midwifery Women's Health*. 2020;65(2):193-194. doi:10.1111/jmwh.13103
17. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM. *J Perinat Educ*. 2013;22(1):14-18. doi:10.1891/1058-1243.22.1.14
18. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
19. Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, et al. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed*. 2019;90(6-S):41-52. doi:10.23750/abm.v90i6-S.8621

20. Organization WH, United Nations Children's Fund (UNICEF). *Protect the Progress: Rise, Refocus and Recover: 2020 Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. World Health Organization; 2020.
21. WHO | Maternal mortality: Levels and trends. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>. Consultado el 22 de mayo de 2021.
22. A neglected tragedy: The global burden of stillbirths 2020 | UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>. Consultado el 22 de mayo de 2021.
23. Levels and Trends in Child Mortality: 2020 Report | Population Division. <https://www.un.org/development/desa/pd/news/levels-and-trends-child-mortality-2020-report>. Consultado el 22 de mayo de 2021.
24. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6
25. Ota E, da Silva Lopes K, Middleton P, et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;12:CD009599. doi:10.1002/14651858.CD009599.pub2
26. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192523. doi:10.1371/journal.pone.0192523
27. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD012505. doi:10.1002/14651858.CD012505.pub2
28. Yu S, Fiebig DG, Scarf V, Viney R, Dahlen HG, Homer C. Birth models of care and intervention rates: The impact of birth centres. *Health Policy*. 2020;124(12):1395-1402. doi:10.1016/j.healthpol.2020.10.001
29. Mattison CA, Dion ML, Lavis JN, Hutton EK, Wilson MG. Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*. 2018;45(3):322-327. doi:10.1111/birt.12352
30. Fernandez Turienzo C, Silverio SA, Coxon K, et al. Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PLoS ONE*. 2021;16(4):e0248588. doi:10.1371/journal.pone.0248588
31. Martin N. A Larger Role for Midwives Could Improve Deficient U.S. Care for Mothers and Babies — ProPublica. Lost Mothers: Maternal Care and Preventable Deaths. <https://www.propublica.org/article/midwives-study-maternal-neonatal-care>. Publicado el 22 de febrero de 2018. Consultado el 27 de abril de 2021.
32. McRae DN, Janssen PA, Vedam S, et al. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. *BMJ Open*. 2018;8(10):e022220. doi:10.1136/bmjopen-2018-022220
33. McRae DN, Muhajarine N, Stoll K, et al. Is model of care associated with infant birth outcomes among vulnerable women? A scoping review of midwifery-led versus physician-led care. *SSM Popul Health*. 2016;2:182-193. doi:10.1016/j.ssmph.2016.01.007
34. [Working Together to Reduce Black Maternal Mortality | Health Equity Features | CDC.](https://www.cdc.gov/healthequity/features/maternal-mortality/index.html) <https://www.cdc.gov/healthequity/features/maternal-mortality/index.html>. Consultado el 24 de mayo de 2021.
35. Kildea S, Gao Y, Hickey S, et al. Effect of a Birthing on Country service redesign on maternal and neonatal health outcomes for First Nations Australians: a prospective, non-randomised, interventional trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(5):e651-e659. doi:10.1016/S2214-109X(21)00061-9
36. Association of American Medical Colleges. *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2018 to 2033*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2020.
37. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife led units: transforming maternity care globally. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):44. doi:10.5334/aogh.2794

38. American College of Nurse-Midwives, Black Mamas Matter Alliance, International Confederation of Midwives. *Eliminating the Racial Disparities Contributing to the Rise in U.S. Maternal Mortality: Perspectives from the American College of Nurse - Midwives (ACNM), Black Mamas Matter Alliance (BMMA), and International Confederation of Midwives (ICM)*. American College of Nurse-Midwives; 2020.
39. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9906):1723-1732. doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3
40. Tracy SK, Welsh A, Hall B, et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:46. doi:10.1186/1471-2393-14-46
41. Callander EJ, Slavin V, Gamble J, Creedy DK, Brittain H. Cost-effectiveness of Public Caseload Midwifery Compared to Standard Care in an Australian Setting: a Pragmatic Analysis to Inform Service Delivery. *Int J Qual Health Care*. May 2021. doi:10.1093/intqhc/mzab084
42. Nove A, Moyo NT, Bokosi M, Garg S. The Midwifery Services Framework: The process of implementation. *Midwifery*. 2018;58:96-101. doi:10.1016/j.midw.2017.12.013
43. Callander EJ, Creedy DK, Gamble J, et al. Reducing caesarean delivery: An economic evaluation of routine induction of labour at 39 weeks in low-risk nulliparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020;34(1):3-11. doi:10.1111/ppe.12621
44. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*. 2003;110(8):717-724. doi:10.1111/j.1471-0528.2003.02045.x
45. Bartlett L, Weissman E, Gubin R, Patton-Molitors R, Friberg IK. The impact and cost of scaling up midwifery and obstetrics in 58 low- and middle-income countries. *PLoS ONE*. 2014;9(6):e98550. doi:10.1371/journal.pone.0098550
46. Callander EJ, Bull C, McInnes R, Toohill J. The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era. *Birth*. 48(2):274-282. doi:10.1111/birt.12538
47. Cadee F, Goodarzi B, Herbert E, et al. The Enabling Environment for Midwives. Presented at the: Global Midwifery Symposium; 2018.
48. Empowered Midwives Could Save More Lives. <https://www.newsecuritybeat.org/2019/08/empowered-midwives-save-lives/>. Consultado el 25 de mayo de 2021.
49. The Countdown country profile: a tool for action – Countdown 2030. <https://www.countdown2030.org/country-profiles>. Consultado el 8 de junio de 2021.
50. The State of the World's Midwifery 2021: Webappendices | UNFPA - United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/sowmy-webappendices>. Consultado el 8 de junio de 2021.
51. Chile Establishes National Chief Midwife Position. <https://internationalmidwives.org/icm-news/chile-establishes-national-chief-midwife-position.html>. Consultado el 28 de abril de 2021.
52. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF, International Confederation of Midwives. *Strengthening Quality Midwifery Education for Universal Health Coverage 2030: Framework for Action*. Geneva: World Health Organization; 2019.
53. NHS England » Chief Midwifery Officer. <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/chief-midwifery-officer/>. Consultado el 27 de mayo 2021.
54. World Health Organization. *Roles and Responsibilities of Government Chief Nursing and Midwifery Officers: A Capacity-Building Manual*. Geneva: World Health Organization; 2015.
55. O'Grady S. Health workers and U.N. agency raise alarm that women and girls are losing access to crucial care as pandemic drags on. *The Washington Post*. May 8, 2020.
56. Zaman RU, Khaled A, Sabur MA, et al. Experiences of a new cadre of midwives in Bangladesh: findings from a mixed method study. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):73. doi:10.1186/s12960-020-00505-8

57. Garg S, Moyo NT, Nove A, Bokosi M. The Midwifery Services Framework: Lessons learned from the initial stages of implementation in six countries. *Midwifery*. 2018;62:189-195. doi:10.1016/j.midw.2018.04.014
58. White Ribbon Alliance. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive And Maternal Healthcare from Women and Girls*. White Ribbon Alliance; 2020.
59. United Nations Population Fund, World Health Organization, UNICEF, WorldBank Group, United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, WorldBank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2019.
60. United Nations Population Fund. Maternal deaths declining in Morocco thanks to midwives, but more support needed. <https://www.unfpa.org/news/maternal-deaths-declining-morocco-thanks-midwives-more-support-needed>. Publicado el 14 de febrero de 2020. Consultado el 8 de junio de 2021.
61. Hollander M, de Miranda E, Vandenbussche F, van Dillen J, Holten L. Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0220489. doi:10.1371/journal.pone.0220489
62. World Health Organization Regional Office for Europe. Nursing and midwifery - Renate de Bie – a Dutch midwife shares her experiences of safe and peaceful home births. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/news/news/2020/01/renate-de-bie-a-dutch-midwife-shares-her-experiences-of-safe-and-peaceful-home-births>. Publicado el 31 de enero de 2020. Consultado el 8 de junio de 2021.
63. New Zealand College of Midwives. New Zealand Midwifery. <https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-in-new-zealand/>. Consultado el 17 de junio de 2021.
64. Ministry of Health New Zealand. Maternity care. <https://www.health.govt.nz/your-health/pregnancy-and-kids/services-and-support-during-pregnancy/maternity-care>. Consultado el 17 de junio de 2021.
65. Regulation and Funding of Alternative Maternity Care Providers. Library of Congress. <https://loc.gov/law/help/maternity-care/newzealand.php>. Publicado el 30 de diciembre de 2020. Consultado el 17 de junio de 2021.
66. New Zealand College of Midwives. *Continuity of Care in Aotearoa New Zealand: Partnership in Action*. (Dixon L, Guilliland K, eds.). New Zealand College of Midwives; 2019.
67. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care - An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine. *EClinicalMedicine*. 2019;10:84-91. doi:10.1016/j.eclinm.2019.04.003
68. Organización Mundial de la Salud. Midwife-led care delivers positive pregnancy and birth outcomes. <https://www.who.int/workforcealliance/media/news/2013/midwifecochrane/en/>. Consultado el 17 de junio de 2021.
69. Confederación Internacional de Matronas. Documento básico de la ICM: Definición Internacional de Matrona. 2017.
70. Confederación Internacional de Matronas. Declaración de postura: Atención dirigida por matronas; la primera opción de todas las mujeres. 2011.
71. Confederación Internacional de Matronas. Documento básico de la ICM: La filosofía y el modelo de atención de la partería. 2014.
72. Confederación Internacional de Matronas. Midwifery Services Framework 2020: A manual on how to implement MSF 2020. 2020.