AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
WASHINGTON, D.C. 20523

BIBLIOGRAPHIC INPUT SHEET

FOR AID USE ONLY
Batch 83

1. SUBJECT CLASSIFICATION

A. PRIMARY: Health — NH00-0000-G302

B. SECONDARY: Maternal and child health care--Latin America

2. TITLE AND SUBTITLE

Informe del grupo de estudio LatinoAmericano

3. AUTHOR(S)

(101) Latin American Working Party of the Int.Confederation of Midwives,Bogota,1975; Int.Confederation of Midwives,London

4. DOCUMENT DATE: 1975

5. NUMBER OF PAGES: 88p.

6. ARC NUMBER: ARC

7. REFERENCE ORGANIZATION NAME AND ADDRESS

ICM

8. SUPPLEMENTARY NOTES (Sponsoring Organization, Publishers, Availability)

9. ABSTRACT

10. CONTROL NUMBER

PN-AAP-530

11. PRICE OF DOCUMENT

12. DESCRIPTORS

Family planning
Gynecology
Health education
Latin America
Medical education
Medical personnel
Midwife
Meetings
Obstetrics
Personnel development

13. PROJECT NUMBER

14. CONTRACT NUMBER

CSD-3411

15. TYPE OF DOCUMENT

AID 890-1 (6-74)

CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS

INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO LATINOAMERICANO

Eenro 16 - 24 de 1975

GRANT USAID

EN COOPERACION CON EL GRUPO DE ESTUDIOS DE LA CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS, CONJUNTAMENTE CON LA FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESOLUCION

Siendo 1975 el Año Mundial dedicado a la Mujer, debemos propender a que en nuestros países, se intensifiquen las acciones de Salud destinadas a la Mujer y el Niño, las cuales deben ser de óptima calidad, de tal modo que cada uno de nosotros, de acuerdo con las realidades de los países busque la forma de aplicarlo.

Grupo de estudio Latinoamericano

Informe

INDICE

I — INTRODUCCION 5

II — PRELIMINARES 6

III — OBJETIVOS 7

IV — PARTICIPANTES 9

V — GRUPO DE ESTUDIO 13

VI — INFORMES CONSOLIDADOS DE LOS GRUPOS DE DISCUSION 15

VII — RECOMENDACIONES 19

VIII — ALOCUCIONES 20

IX — CONFERENCIAS 25

Este informe fue impreso
bajo la dirección de:
LOLA ORTIZ M.

I INTRODUCCION

Las razones fundamentales para la implantación de la Planificación Familiar pueden clasificarse en tres grupos principales: Mejora de la Salud, respecto de los derechos humanos y control de la población.

La acción de los Gobiernos y otros Organismos está basada comúnmente en una combinación de estas razones (Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, Nº 476).

La Confederación Internacional de Obstetrices (CIO) afirma que cada individuo y cada pareja deben estar en situación de comprender perfectamente el trabajo del sistema reproductivo y los métodos del control de la fertilidad para mediante su comprensión llegar a ejercer individualmente el control de la fertilidad.

De ésto se deduce lógicamente que la obstetriz, ese miembro del equipo sanitario que trabaja tan estrechamente en contacto con madres, niños y familias, es un elemento de la mayor importancia para transmitir los conocimientos sobre métodos de control de la fertilidad a la pareja y al individuo.

Es más que evidente que el número de hijos, así como su espaciamiento ejerce una influencia directa sobre la calidad de la salud Materno Infantil y familiar. También está claro que las familias y especialmente las madres, tratan por todos los medios posibles de ejercer un control personal sobre su capacidad de reproducción. Es por lo tanto importante que todos los miembros del equipo de salud Materno Infantil especialmente la obstetriz posea la suficiente preparación para ayudar a las parejas y a los individuos a que adquieran los conocimientos y las habilidades que requiere la utilización de métodos para el control de su capacidad de reproducción.

Al ayudar a los países a estudiar la manera de abordar la reestructuración de los programas de estudios de las obstetrices, la CIO espera fervientemente que se incluya la planificación familiar en los programas de estudios de todas las categorías de obstetrices. La obstetriz ocupa un lugar estratégico ya que está en contacto con las madres embarazadas y con sus familias en un momento muy crítico y a menudo muy receptivo. Es miembro del equipo de salud muy respetado y como tal goza de una gran influencia ya que trabajé en áreas urbanas o en las rurales.

II PRELIMINARES

El Grupo de Estudios de la Confederación Internacional de Obstetrices y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (CIO/FIGO) celebró del 16 al 24 de Enero de 1975 un Grupo de Estudio en Bogotá, Colombia, para obstetrices, enfermeras obstétricas y médicos obstetras de 12 países de América Latina. Este fué el séptimo de una serie de grupos de estudio de este tipo celebrados en todo el mundo y cuyo objetivo central ha sido:

> "Continuar el mejoramiento del cuidado maternal e infantil y la calidad de la vida de la madre y del niño, mediante la integración de la Planificación Familiar entre los servicios prestados por obstetrices de todas las categorías en el desarrollo de su rol expandido".

Al Grupo de Estudio Latinoamericano asistieron delegados de:

> Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Paraguay, México, Uruguay y República Dominicana.

Además asistieron consultores y observadores enviados por:

> Organización Panamericana de Salud (OPS).
> Universidad de Chile.
> Pathfinder.
> Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil de Perú.
> Asociación Chilena de Protección de la Familia.
> Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana.
> Confederación Internacional de Obstetrices.
> Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Con la finalidad de explicar el objetivo del Grupo de Estudio, solicitar ayuda y asistencia oficial y establecer las necesidades de cada país, la Coordinadora Profesional de la CIO señorita Kate Lorig y la Directora Regional de Campo señorita Lola Ortiz, visitaron 10 países antes de celebrarse la reunión.

III — OBJETIVOS

Para los participantes del Grupo de Estudio:

1. Intercambiar información sobre la presente situación de los servicios de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar en sus respectivos países.

2. Intercambiar información sobre las funciones y la formación de todas las categorías de obstetrices en sus respectivos países.

3. Identificar problemas comunes y necesidades en el campo de la Salud Materno Infantil especialmente en nutrición, Planificación Familiar, Ginecología y Educación en materia de salud, concentrando sus esfuerzos sobre todo en llegar a aquellos sectores de población más desprotegidos.

4. Estudiar las formas de ampliar las funciones de las categorías de obstetrices en las distintas categorías para remediar las necesidades identificadas.

5. Definir las áreas del nuevo contenido académico que debería integrarse en la formación de cada categoría de personal obstétrico.

6. Estudiar la acción necesaria para conseguir la extensión de las funciones del personal obstétrico, acción que puede adoptar diversas formas:

   — Política gubernamental.
   — Legislación.
   — Trabajo con otros organismos profesionales.
   — Modificación de los programas de estudios.
   — Formación continuada.
   — Trabajo con las empíricas.

7. Buscar un nombre común para la obstetriz profesional.

8. Planear una acción de seguimiento adecuada a adoptar en cada país.

IV — PARTICIPANTES

DELEGADOS

ARGENTINA

Dr. Nasib Oscar Mhani
El Peregrino 3180
Buenos Aires 16
República Argentina

Srta. Germaine Croscling
Cabello 3791, 2º K
Buenos Aires
República Argentina

BOLIVIA

Dr. Benjamín Aramayo Oblitas
Casilla Correo 1700
La Paz – Bolivia

Srta. Julia Ortiz
Centro de Salud "Sucre"
Casilla 1900
Sucre – Bolivia

Sra. Teresa Díaz de Sardán
Casilla 414 - Bolívar s/n
Sucre – Bolivia

BRASIL

Dr. Paulo R. B. Canella
Avenida N. S. Copacabana 680/807
Río, G. B. Copacabana
Brasil

Srta. Zilda Nogueira Rodríguez
Rua Roberto Dias Lopes, 80, Ap. 302
Leme
Guanabara – Brasil

CHILE

Dr. Mario Herrera Moore
Las Fresas 4810
Santiago – Chile

Sra. Leticia Lorenzetti Silva
Hospital del Salvador, Servicio de Obstetricia
Salvador 206
Santiago – Chile

Sra. Jemina Rodríguez Osorio
Casilla 10381
Santiago – Chile

COLOMBIA

Dr. Hernando Navas Angel
Diagonal 86 Nº 30-53
Bogotá – Colombia

Srta. Ruth Mariana Mejía B.
Servicio de Salud de Nariño
Pasto, Depto. de Nariño
Colombia

ECUADOR

Dr. Guillermo Baquero Medrano
París 855
Quito – Ecuador

Sra. Elsa Piedad Erazo Vallejo
Rocafuerte Nº 1905
Quito – Ecuador

PERU

Dr. Félix Pérez Retes
Alfredo Roldán 173
Lima 27 – Perú

Srta. Consuelo Montoya de Solar
Moreyra y Rigios 739
Pueblo Libre
Lima – Perú

Sra. Raquel Huamen de Centeno
Avenida Venezuela 1632 - Breña
Lima – Perú

PARAGUAY

Dra. Alcira Báez de Cárdenas
Servicio de Maternidad Cruz Roja Paraguaya
Dr. Andrés Barbero 33
Asunción – Paraguay

Sra. Modesta Ayala de Piris
Edificio Patria, 5° Piso
Tacuarí y 25 de Mayo
Asunción – Paraguay

Srta. Jóvita Vera
Edificio Patria, 5° Piso
Tacuarí y 25 de Mayo
Asunción – Paraguay

MEXICO

Dr. Alberto Alvarado Durán
Agrarismo 208-903
Colombia Escandón
México 18 D. F.
México

REPUBLICA DOMINICANA

Srta. Angela Margarita Báez
Calle María de Toledo 157
Santo Domingo
República Dominicana

Srta. Luz Martina Matos L.
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
División de Enfermería
Santo Domingo
República Dominicana

URUGUAY

Dr. José Carlos Fagnoni B.
Br. Gral. Artigas 3080 - 82
Montevideo – Uruguay

Sra. Juanita González A. de Laud
Canelones N° 1801, Ap. 2.
Montevideo – Uruguay

Sra. Mabel Delgado de Honty
Espinillo 1486
Montevideo – Uruguay

VENEZUELA

Dr. Darío Merchán López
Apartado 20224, San Martín
Caracas – Venezuela

Srta. Margarita Barrios
Hospital Gral. "Dr. Alfredo Van Grieken"
Coro, Estado Falcón
Caracas – Venezuela

Srta. Carmen León
Calle Cantaura, Edificio Libertador - Apto. 15
Urbanización Los Cedros
Caracas 105 – Venezuela

CONSULTORES

Presidente Grupo de Estudios CIO/FIGO
Mr. John Tomkinson

140 Priory Lane
London S. W. 15 5JP
England

Vice-Presidente de la CIO:

Sra. Dra. Olga Julio de Mellado
Guayaquil 25
Santiago – Chile

de Estudios CIO/FIGO

Delegada de América Latina para el Grupo
Sra. Dra. Piedad H. de Echeverría
Casilla 1411
Martínez Mera 342
Quito – Ecuador

Directora Regional de Campo América Central:

Sra. Dra. Haydée Gómez de Padilla
Enfermería Materno Infantil
Ministerio de Salud
San José – Costa Rica

Representante de OPS en Colombia:
Dr. Eduardo Sarué
Delegado de OPS
Ministerio de Salud Pública
Calle 16 Nº 7-39
Bogotá – Colombia

Asesora de OPS para América Latina:
Srta. Agnes Lima
OPS/OMS
Casilla 2117
Lima – Perú

Planificación Familiar:
Srta. Oriele Zencovich
Valentín Letelier 96, Oficina 95
Santiago – Chile

Nutrición Materno Infantil:
Dr. Franz Pardo
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Bogotá – Colombia

Educación Sexual:
Dra. Cecilia Cardinal de Martin
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Bogotá – Colombia

La Planificación Familiar en la Educación Básica:
Sra. Ceneyda M. de Jaimes
Escuela de Enfermería
Universidad del Valle
Cali – Colombia

Además asistieron Consultores y Observadores enviados por las siguientes entidades:

Pathfinder:
Dr. Werner Bustamante
Avenida Apoquindo 2735, Dpto. 1004
Santiago – Chile

Universidad de Chile:
Dr. Luis Tisne Brousse
Casilla 4123
Santiago – Chile

Asociación Chilena de Protección de la Familia:
Sra. Mirta Rivera
Asociación Chilena de Protección de la Familia
Valentín Letelier 96, Oficina 95
Santiago – Chile

Interés Personal:
Sra. Leonora Olaya Rodríguez
Diagonal 41, Nº 48-87
"La Esmeralda"
Bogotá – Colombia

Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil de Perú:
Dr. Juan Denegri Arce
Patricio Iriarte 257 - Santa Catalina
Lima – Perú

Asociación Uruguaya de Planificación Familiar:
Sra. Mildred Ríos de Cobo
Talcahuano 3343
Montevideo – Uruguay

PERSONAL DE LA CIM

Director de Campo:
Mr. Roger J. Fenney
39 Harrington Gdns
London S. W. 7
England

Directoras Regionales de Campo:
Sra. María Julia Withington
Casilla Correo 485
San Carlos de Bariloche
Prov. de Río Negro
República Argentina
Srta. Lola Ortiz M.
Apartado Aéreo Nº 27932
Bogotá – Colombia

Coordinadora Profesional:
Srta. Kate Lorig
c/ol. C. M.
47 Victoria Street
London S. W. 1 H OEQ
England

Secretaria Intérprete:
Srta. Marisa Roldán
19 Ryecroft St.
London S. W. 6
England

V — GRUPO DE ESTUDIO

INFORME

El Representante del Señor Ministro de Salud Pública de Colombia, Doctor Norberto Martínez, Jefe de la División Materno Infantil y Dinámica de Población del Ministerio de Salud dió la bienvenida a los participantes y declaró inaugurado el Grupo de Estudio.

El Doctor Eduardo Sarué, Representante de OPS en Colombia, presentó el panorama de los problemas con estadísticas de Salud de América Latina y recordó a los participantes las recomendaciones para la atención Materno Infantil y Planificación Familiar que hicieran los Ministros de Salud de Chile contenidas en el Plan Decenal para las Américas.

En representación de la Confederación Internacional de Obstetrices, dirigió la palabra la Vicepresidenta señora Olga Julio quien hizo una breve historia y los logros alcanzados por la organización y aseguró éxitos en el logro de los objetivos propuestos por el grupo de estudios.

En el segundo día por la mañana las obstetrices hicieron breves presentaciones de los programas específicos en los que ellas participan.

Resultó de interés la charla dada por la obstetriz peruana utilizando ayudas audiovisuales para la educación en materia de nutrición a las madres de bajos ingresos. Presentó modelos de alimentos clasificados a base de papel triturado que ella misma elaboró.

Por la tarde los participantes visitaron *Profamilia,* filial de IPPF en Colombia. Allí recibieron orientación sobre la necesidad de programas de Planificación Familiar en América Latina y se les habló acerca del trabajo clínico de las enfermeras en los programas de Planificación Familiar en Colombia. Dichas presentaciones fueron acogidas con acalorada discusión. Hubo necesidad de aclarar las diferencias entre Planificación Familiar y Control de la Población.

Se aclaró que para la mayor parte de los países de América Latina la Planificación Familiar es el derecho voluntario de los padres a planificar su familia de tal manera que tengan sus hijos cuando lo deseen.

Algunas obstetrices y médicos pusieron en duda el hecho de que las enfermeras fueran capaces de prescribir píldoras e insertar DIUS sin riesgo, a lo cual los médicos de *Profamilia* expusieron los logros con el trabajo de las enfermeras preparadas para esta actividad.

El sábado en la mañana los médicos presentaron charlas científicas.

Los temas fueron:

La Técnica de Laparoscopia, Educación Sexual, Las Prostaglandinas, Investigación en Nutrición. Todas las charlas tuvieron buena acogida y suscitaron un animado diálogo.

Particularmente interesante resultó el informe del Doctor Frans Pardo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar quien habló de las Investigaciones que han llegado a demostrar la importancia de una buena alimentación durante el último trimestre del embarazo.

Por la tarde tuvo lugar la primera de las cinco discusiones de grupo. El tema fué el siguiente: *"Obstáculos y sugerencias para la participación de la obstetriz en el desarrollo del programa de atención materno infantil y planificación familiar en zonas urbanas y rurales"*. Se dividió a los participantes en tres grupos procurando que cada uno de ellos tuviera un representante de cada país.

En esta primera discusión de grupo se dedicó mucho tiempo a intercambiar ideas sobre la profesión de obstetriz.

Muchos países poseen un gran número de obstetrices desempleadas y de obstetrices que no realizan las funciones para las que están preparadas. En algunos países se limitan las actividades de la obstetriz por parte de los gobiernos. También provocó discusión la participación de las enfermeras en este grupo de estudio. Se explicó que éste era un estudio técnico sobre atención materno-infantil y planificación familiar y que por lo tanto todas las personas delegadas tenían los mismos derechos.

Tras la discusión se reunieron los Moderadores, Relatadores y Asesores de cada grupo para elaborar el siguiente informe consolidado.

VI — INFORMES CONSOLIDADOS DE LOS GRUPOS DE DISCUSION

INFORME CONSOLIDADO NUMERO I

TEMA: "Obstáculos y sugerencias para la participación de la obstetriz en el desarrollo de programas de atención Materno Infantil y Planificación Familiar".

1. *Definición de funciones y ubicación de la Obstetriz.*

Se recomienda que dada la realidad y necesidad de salud de nuestros países en vía de desarrollo:

a. La Obstetriz cumpla el rol para el cual ha sido preparada.

b. Se creen las estructuras administrativas para que la obstetriz se incorpore y forme parte de las directivas de los organismos estatales y otros responsables de la atención Materno Infantil, tanto en los equipos de salud como en los comunitarios.

c. Se solicita la inclusión de obstetrices en los cuerpos administrativos de los Ministerios de Salud, en todos los niveles de su estructura para su integración completa a los equipos de salud.

2. *Recursos necesarios para la incorporación de la Obstetriz.*

a. La provisión de suficiente número de camas obstétricas para que toda madre vea satisfecho su derecho de disponer de recursos hospitalarios.

b. Lograr seis consultas prenatales como mínimo.

c. Implantar los recursos necesarios para incorporar la obstetriz a la atención del recién nacido.

d. Facilitar la participación de la obstetriz en los servicios de planificación familiar, en los países que la aceptan.

e. Solicitar un mejoramiento de la situación económica social de la obstetriz latinoamericana de acuerdo con su formación universitaria y su proyección a la comunidad.

3. *Oferta y demanda de la atención obstétrica.*

En razón de la excesiva demanda de atención obstétrica en nuestros países, y existiendo un amplio porcentaje de la población materna abandonada se solicita que se habiliten a todas las obstetrices disponibles para la atención directa de las mujeres y promover la destinación de recursos para la creación de escuelas de obstetricia.

4. *Relaciones profesionales e interprofesionales.*

Se recomienda mantener a cada profesional en el campo de acción para el que está capacitado y reconocido, a fin de lograr las mejores relaciones interprofesionales en el equipo de salud.

5. *Docencia*:

a. Se sugiere la incorporación de las obstetrices en la docencia universitaria de su especialidad y en los programas de adiestramiento de personal en servicio.

b. Contemplar la necesidad de efectuar cursos de post-grado, para mantener sus conocimientos actualizados.

c. Promover la creación de becas de competencia a nivel nacional e internacional.

6. *Programático.*

Se sugiere que la obstetriz participe en la formulación, ejecución, y evaluación de todo programa de asistencia materno infantil, realizada a nivel nacional, departamental, provincial y local.

7. *Otros.*

Se solicita a OMS y otros organismos internacionales invite a la CIO a participar cuando se traten temas de formación que tengan relación con la atención materno infantil.

El cuarto día los participantes estudiaron las funciones y actividades de las obstetrices. Se presentaron charlas que trataron de las nuevas funciones encomendadas a las obstetrices como son:

Planificación Familiar, la Ginecología y la Supervisión.

La charla sobre Ginecología produjo mucha discusión, muchos médicos opinaron que las obstetrices no están preparadas para diagnosticar y tratar la patología ginecológica. Por otra parte la obstetriz ecuatoriana que presentó la charla explicó que las obstetrices de su país han recibido un adiestramiento especializado y envían al especialista los casos que ellas no pueden tratar.

El segundo tema discutido fue: *"La elección de un nombre común para las obstetrices de América Latina"*.

En la discusión acerca del nombre para la obstetriz, dos grupos eligieron el nombre de *"Obstetriz"* y un grupo el de *"Matrona"*.

En el quinto día se inició el trabajo de una reunión general en la que se aprobó la siguiente recomendación:

"Se propone el nombre de OBSTETRIZ como denominación común para todas las actividades oficiales, relacionadas con los organismos internacionales, respetando y manteniendo a nivel local el nombre tradicional en cada país, en atención a que el cambio de denominación de este profesional pueda derivar en problemas de diferente índole".

Los participantes continuaron discutiendo en grupos la segunda parte del tema Nº 2 las nuevas funciones de la obstetriz. El grupo aceptó como funciones de la obstetriz: educación sexual y planificación familiar en todos sus aspectos en aquellos países en que está aceptada.

Una de las divergencias de opinión ocurrió en la discusión del papel de la obstetriz en la administración de anestesia.

INFORME CONSOLIDADO NUMERO 2

TEMA: "Sugerencia para la incorporación de nuevas actividades al papel de la matrona según niveles de atención y en relación a otro personal que trabaja en el área infantil y planificación familiar".

1. Las nuevas actividades que puede realizar la obstetriz dependerán de la situación y política de salud materno infantil de cada país.

Para una mayor cobertura en la atención materno infantil y bienestar familiar, se recomienda ampliar las funciones de la obstetriz en actividades relacionadas con planificación familiar, nutrición, ginecología, tales como:

a. Compartir la responsabilidad en la formulación, ejecución y evaluación de los programas de atención de la mujer y el recién nacido al nivel nacional, regional, local y rural.

b. Nuevas actividades a todo nivel:

I – Planificación Familiar:
Educación.

Prescripción, control y seguimiento de métodos anticonceptivos reversibles.
Investigación.

II – Nutrición:
Valoración del estado nutricional de la madre y el recién nacido.
Educación nutricional aplicada a su condición socio-económica haciendo énfasis en la lactancia materna.
Prescripción de alimentación complementaria a la madre y el recién nacido.

III – Ginecología:
Detección eventual de patologías ginecológicas y su remisión al médico, haciendo énfasis en la pesquisa del cáncer cérvico, uterino y mamario.

IV – Atención de morbilidad materno infantil no complicados y de emergencias en ausencia del médico, según normas y procedimientos establecidos.

V – Participar en programas de educación sexual.

VI – Suministrar anestesia en casos obstétricos, en ausencia del médico anestesiólogo, bajo la responsabilidad del médico obstetra.

Sexto día habiendo llegado a una decisión respecto a las funciones de la obstetriz se pasó el día miércoles discutiéndose las maneras de integrar esas nuevas funciones de la obstetriz en la educación básica y post-básica, para lo cual se escucharon diversas charlas que daban ejemplo de cómo se había incorporado la planificación familiar a los programas básicos y post-básicos en Chile, Colombia, Ecuador y República dominicana.

En la discusión de grupos se llegó rápidamente a un acuerdo de que las nuevas funciones se incorporen al currículo. Sin embargo, existen obstáculos para esa integración. En algunos casos las obstetrices no participan como docentes y por lo tanto ejercen poca influencia en el contenido de dichos programas. En otros casos, las universidades se oponen totalmente a la enseñanza de la planificación familiar.

INFORME CONSOLIDADO NUMERO 3

TEMA: "Manera de incorporar nuevas áreas, incluyendo la planificación familiar a los programas de formación básica y educación continuada de las obstetrices, Legislación tocante a estas nuevas áreas".

1. De acuerdo a las nuevas funciones de la obstetriz aprobadas en el tema anterior.

   — Planificación familiar.
   — Ginecología.
   — Nutrición.
   — Anestesia.
   — Docencia e investigación.

   Se recomienda incorporar a los currículos de las Escuelas de Obstetricia los conocimientos, habilidades y destreza necesarias para cumplir estas actividades, de acuerdo a la situación de cada país.

2. Se recomienda que existan cursos de Postgrado programados y regulares, de capacitación, nivelación y actualización en las diferentes áreas de acuerdo a los currículos vigentes y a las necesidades de cada país y que la obstetriz comparta la responsabilidad en la planificación, ejecución y evaluación de estos cursos.

3. Se acuerda que los obstáculos para incorporar estas nuevas actividades serían:

   a. Política de salud de algunos países.

   b. Falta de organismos colegiados de obstetrices en algunos países.

   c. Falta de recursos financieros suficientes.

   d. Falta de comunicación y coordinación entre los organismos responsables de salud y las universidades de cada país.

Para superar estos obstáculos se recomienda:

a. Promover la creación de colegios de obstetrices.

b. Solicitar a los gobiernos y/o a las instituciones correspondientes, proveer los recursos humanos financieros necesarios para hacer realidad la capacitación de las obstetrices en las nuevas actividades recomendadas.

c. Promover las condiciones necesarias para establecer una mejor comunicación y coordinación entre los organismos de salud y las universidades.

d. Promover que la dirección de las escuelas de obstetricia estén a cargo de obstetrices, previo concurso de antecedentes.

Séptimo día, el último tema fue el que suscitó mucha discusión. En la mañana se presentaron charlas sobre los programas para empíricas que se llevan a cabo en tres países. Luego la Srta. Agnes Lima, Consultora de OPS, expuso el panorama de los programas que existen en América Latina.

Algunos participantes opinaban que las empíricas no ayudan a mejorar el nivel de salud de la madre y el niño, otros sugieren que no debe adiestrarse a la empírica mientras existan obstetrices desempleadas.

Finalmente algunos participantes creen que un profesional que trabaje con empíricas contribuyen al descenso del nivel de atención materno infantil.

INFORME CONSOLIDADO NUMERO 4

TEMA: "Actividades que debe desarrollar la empírica en la atención materno infantil y planificación familiar".

1. La aspiración de este grupo es que, respetando la dignidad de la mujer, de todos los niveles socio-económicos, se atiende a que sean atendidas por profesionales utilizando en sus programas de atención materno infantil, todas las obstetrices graduadas, que existen en gran desocupación o que en algunos países no estén realizando sus funciones específicas.

2. Si después de haber incluído a todo el personal capacitado para la atención de la madre y el niño, en vista de que es una realidad la existencia de población dispersa en muchos países lo que incide en base de erradicar el empirismo y para mejorar la atención materno infantil, en aquellos lugares en que existe la empírica y que se carezcan de profesionales sería perentorio que la obstetriz orientara, adiestrara y supervisara a la empírica para el mejor desempeño de su práctica.

VII — RECOMENDACIONES

Siendo el octavo día el último del Grupo de Estudio los participantes se reunieron en pequeños grupos por última vez para discutir planes para el seguimiento y las siguientes recomendaciones:

1. Sugerir a los Gobiernos la total utilización de los recursos profesionales disponibles, a fin de evitar el éxodo de las obstetrices y otros miembros del equipo de Salud.

2. Recomendar a los Gobiernos que en los países donde haya profesionales obstetrices desocupadas o que no estén realizando sus funciones específicas, se creen las plazas necesarias para que progresivamente se vaya eliminando la empírica.

3. Sugerir a las universidades crear escuelas regionales de obstetrices, para ir incrementando en esas zonas los profesionales del equipo de salud necesario para cubrir la demanda, al más breve plazo.

4. Solicitar a todos los Gobiernos que mediante convenios docentes asistenciales, se implante la obligatoriedad de internado rural para obstetrices.

5. Se recomienda, que se suprima la denominación de "partera" que se ha dado a nivel internacional a estas personas, por corresponder a un título universitario otorgado por algunos países, a las obstetrices.

En el acto de clausura del Grupo de Estudios dirigieron la palabra el doctor John Tomkinson Presidente del Grupo de Estudio y el doctor Norberto Martínez expresaron su satisfacción por el trabajo realizado y recordaron a los participantes la necesidad de trabajar con las empíricas si es que se quiere ayudar en la atención materno infantil. El doctor Martínez recordó al Grupo que muchos habían nacido a la luz de una vela y asistidos por la empírica y que a ninguno se les ha ocurrido preguntar qué título tenía la persona que los ayudó a nacer.

En representación de los participantes la señora Juana González agradeció la oportunidad que se les brindó de intercambiar experiencias y por las atenciones recibidas.

Alocución del doctor Norberto Martínez, Jefe de la División Materno Infantil y delegado del señor Ministro de Salud Pública en la ceremonia de apertura.

Dr. John Tomkinso, Presidente del Grupo de Estudios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Eduardo Sarué, Representante en Colombia de la Organización Panamericana de la Salud.

Dr. Federico Joffre, Representante en Colombia de la Unicef.

Distinguidos participantes en el Grupo de Estudio Latinoamericano de Matronas y Enfermeras Obstétricas.

Señoras y Señores:

Por honrosa designación que me ha hecho el Señor Ministro de Salud Pública, Doctor Haroldo Calvo Núñez, dirijo la palabra a este selecto auditorio en la ceremonia de apertura del Grupo de Estudio Latinoamericano de Matronas y Enfermeras Obstétricas, con el propósito de dar la bienvenida a los participantes y de manifestar a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Confederación Internacional de Matronas, la complacencia del Ministerio de Salud Pública por la escogencia de Bogotá como sede de este importante evento.

La salud materna e infantil de los países de América Latina, condicionada en alto grado por el nivel de desarrollo económico y social de nuestros países, está caracterizada por altas tasas de morbilidad y mortalidad, baja cobertura de los servicios, escasez y deficiente distribución de recursos. Esta situación agravada por un ritmo de crecimiento demográfico acelerado y por el costo de la atención médica en constante aumento, plantea a los Gobiernos un gran obstáculo, para llevar a las madres y a los niños los beneficios de la salud y del bienestar.

La responsabilidad del sector salud de dar atención a la maternidad y de asegurar que la función reproductiva se desarrolle en las mejores condiciones de salud, nos llevará a tomar medidas de carácter preventivo, cuya finalidad sea la de asegurar a las gestantes y a los recién nacidos un ambiente más favorable que les permita desarrollar plenamente su potencial biológico. Es necesario entonces, buscar alternativas que permitan extender la atención sin disminuir la calidad de los servicios.

La asistencia a las maternas, ya sea dada por médico, enfermera, matrona, auxiliar de enfermería; promotora rural de salud o partera empírica, no puede quedar circunscritos únicamente a atender un parto en condiciones más o menos adecuadas, o realizar un control prenatal o una consulta de puerperio; debe extenderse a las etapas pre o interconcepcional de la vida, preparando a la juventud para el ejercicio de la función reproductiva, promoviendo en ellos una adecuada y razonable actitud hacia las responsabili-

dades que implica la paternidad y la vida en familia.

La educación para la vida familiar, el comportamiento más racional, de las parejas sobre el tamaño de la familia y el espaciamiento de los hijos, harán más estable la unión familiar, evitará el embarazo indeseado, mermará la ilegitimidad, contribuirá a reducir el desamparo del menor y en última instancia, será un valioso aporte el mejoramiento del nivel de salud materna e infantil de nuestros pueblos.

En nombre del Ministerio de Salud y con la convicción de que este Grupo llegará a concienzudas conclusiones y recomendaciones en beneficio de la madre y el niño, me es grato declarar instaladas las sesiones de este evento.

Mil gracias.

Palabras pronunciadas por el doctor John Tomkinson, en la sesión de inauguración el día 16 de enero de 1975, en el salón de conferencias del Hotel Continental de la ciudad de Bogotá.

Doctor Martínez, señoras y señores:

Mi nombre no figura en el programa de hoy, por lo que les pido sean indulgentes y me concedan unos minutos para que les hable como Presidente del Grupo de Estudios de la Confederación Internacional de Matronas y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Las invitaciones que han recibido para asistir a este Grupo de Estudio, se la he enviado yo.

Quiero decirles tres cosas:

En primer lugar doy las gracias al Doctor Martínez por su estimulante alocución, además, sé muy bien que sin su colaboración e interés personal esta reunión no hubiera podido tener lugar; y al mismo tiempo que le doy las gracias, personalmente doy las gracias también a todas aquellas personas del Ministerio de Salud de Colombia que al trabajar con ustedes nos han ayudado tanto.

En segundo lugar doy la bienvenida a las matronas, matronas-enfermeras, y médicos de tantos países de América Latina que han tenido que salvar largas distancias, a menudo en medio de incomodidades para asistir a este Grupo de Estudio y les digo que estoy seguro de que éste será un éxito.

En tercer lugar, quiero que quede bien claro que el mayor bien que se puede sacar de este Grupo de Estudio es conseguir que cada participante aprecie los problemas y diferencias existentes no solamente entre los diferentes países sino, lo que es quizás más importante, entre los intereses profesionales de médicos y matronas del mismo país. Buenos cuidados en maternidad quieren decir trabajo en equipo. La mujer embarazada y su hijo no deben sufrir a causa de las rivalidades y competiciones que se den en los cuidados de maternidad.

Que nuestra finalidad común, "La mejora del bienestar de la madre y del niño y la disminución de la mortalidad materna y perinatal así como de las complicaciones", nos unan a todos.

Quiero que este Grupo de Estudio sea todo un éxito y estoy seguro de que lo será si todos hablamos abierta y sinceramente acerca de los problemas que en tanto que individuos hayamos observado. Espero que todos a su vez vengan a hablarme de sus dificultades y a decirme cómo cree cada uno de ustedes que se podría obtener mayor unión entre matronas y médicos.

No nos disputemos entre nosotros sino al contrario, formemos un equipo que supere las verdaderamente grandes riesgos que existen en el momento de la especialidad de medicina y enfermería que son las que nos atañen.

Mensaje del Congreso Internacional de matronas e historia del Grupo de Estudios

ñora Olga Julio de Mellado,
cepresidenta de la C.I.M.

En el 15º Congreso Internacional de Matro-
s que tuvo lugar en Chile en 1969 fue presen-
lo el Informe del primer Grupo de Estudios
cual tuvo lugar en Copenhague. Entonces era
la Presidenta de la CIM y en nombre de las
ıtronas latinoamericanas manifesté el deseo de
e un Grupo de Estudio semejante tuviera lu-
r para las matronas y obstetras de nuestro
ntinente. Tras aquella petición el Grupo de
tudios de la Confederación Internacional de
.tronas y de la Federación Internacional de Gi-
:ología y Obstetricia, gracias a la generosidad
la Agencia Estadounidense para el Desarrollo
.ernacional ha celebrado muchos Grupos de
tudio por todo el mundo Más adelante les ha-
ré del Grupo de Estudios.

De los países aquí representados, las ma-
nas de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Pe-
y Uruguay son miembros de la Confedera-
n Internacional de Matronas, gracias a las
tas circulares que regularmente se envían de
oficinas principales de la CIM todas estas
.tronas conocen bien nuestro trabajo. Espero
e antes de que me marche de Bogotá algunas
las delegadas no miembros me pedirán infor-
.ción sobre la afiliación a la CIM ya que se-
n dice el proverbio "La unión hace la fuerza".

La CIM celebró su cincuentenario con oca-
n del 16º Congreso Internacional celebrado en
ıshington D. C. en 1972; en realidad nuestras
.ividades a escala mundial comenzaron en
54, año en que se celebró en Londres el Pri-
r Congreso Mundial de Matronas. En aquel
ngreso el desaparecido doctor Nicholson J.
stman, eminente obstetra americano pronun-
un excelente y enardecedor discurso inaugu-
en el que nos habló de la situación mundial
erente a los cuidados materno-infantiles.

Aquel discurso fue como un desafío para to-
s las matronas especialmente para nuestra or-
nización recientemente renovada cuyas activi-
les estaban en suspenso desde el comienzo de
segunda guerra mundial. Decía que en ciertos
ses el 90 por ciento de mujeres no recibía
stencia profesional durante su ciclo de ma-
nidad y eran atendidas durante el parto por
a partera empírica, o por familiares, o sim-
plemente por mujeres del pueblo de cierta edad. Por lo que se refiere a la situación actual la CIM es bien consciente de que todavía el 70% de las mujeres son atendidas durante el parto por esta categoría de personal y todos sabemos que nuestro propio continente no está totalmente cubierto por personal profesional de la atención materno-infantil, matronas en particular.

El doctor Eastman decía, que las matronas profesionales deben estar dispuestas a hacer todo lo que esté en su poder para mejorar la formación y ejercicio de las matronas en beneficio de madres e hijos y con el mismo fin deberían aceptar a otro tipo de personal que ha recibido poca o ninguna formación. Esto puede aplicarse a todas las partes del mundo. La CIM se conmovió ante las condiciones descritas por el doctor Eastman y estableció contactos con la Organización Mundial de la Salud sugiriendo tipos de acción con objeto de mejorar la suerte de las madres embarazadas y los cuidados materno-infantil en general.

Afortunadamente la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) pensaba de la misma manera y en su Asamblea General de Viena en 1960 creo el Grupo de Estudios. Tras esta Asamblea el Secretario General de FIGO solicitó la colaboración de la CIM y el fallecido Profesor W. C. W. Nixon que había sido nombrado Presidente de este Grupo de Estudios hizo una visita a Miss Bayes, la secretaria ejecutiva, en las oficinas principales para estudiar la composición del Grupo de Estudios el cual ha seguido operando hasta la fecha.

Comenzar un proyecto con el fin de mejorar los cuidados materno-infantiles en todo el mundo no era asunto fácil.

Nuestro primer esfuerzo común fue en favor de la formación y ejercicio de las matronas y enfermeras de maternidad de todo el mundo. Tras intensa investigación se publicó en 1966 *"Maternity Care in the World"* (los cuidados de maternidad en el mundo) con información de 174 países, equivalente al 75% de la población mundial. A propósito: en dicha publicación están incluídos los países aquí representados. Era esta la primera vez que se realizaba un estudio sobre la formación y ejercicio de las matronas la escala internacional.

El Grupo de Estudios es un organismo muy representativo compuesto de un número igual de matronas y de obstetras de todas partes del mundo. La Organización Mundial de la Salud solicitó representación y lo mismo hizo IPPF (Federación Internacional de Paternidad Planificada) y recientemente la Federación Internacional de Pediatría y UNICEF.

"Maternity Care in the World" fue presentado al 14º Congreso Internacional de Matronas celebrado en Berlín en 1966 y tuvo una buena acogida. Ya a partir de 1957 el Comité Ejecutivo de la CIM había considerado en varias ocasiones las ventajas de las familias menos numerosas en lo que afecta a la mejora de la salud materno-infantil pero hubo que esperar hasta el Congreso de Berlín en 1966 para que se aprobara una Resolución según la cual debería integrarse la planificación familiar a la formación de las matronas como un medio para mejorar la salud materno-infantil. Quizá les interese saber que a pesar de nuestras fuertes discusiones a través de los años la CIM ha sido de hecho la primera organización internacional en recomendar que en la formación y ejercicio de las matronas fuese incluída la planificación familiar en su sentido más amplio. Esta Resolución ofrece un interés muy particular para mí ya que en aquella reunión fuí elegida Presidenta de la CIM. La Resolución fue enviada a los gobiernos y miembros de países de la CIM, de la OMS y otras organizaciones internacionales, así como a otros gobiernos que estaban en relación con nosotras.

La CIM vió sin embargo que esto no era suficiente y solicitó la ayuda del Grupo de Estudios con objeto de emprender una acción más eficaz. El Grupo de Estudios formuló entonces diez recomendaciones que fueron incluídas en el informe *"Maternity Care in the World"*, algunas de las cuales estaban ya en vigor en ciertos países.

Respondiendo a la petición de la CIM el Grupo de Estudio acordó actuar de acuerdo con la recomendación que declara que deberían existir en la formación de las matronas unos requisitos básicos fijos de forma que se consiga un nivel mínimo común. Con esta intención se celebró en marzo de 1969 una conferencia europea en Londres a la que asistieron 21 países. A pesar de no ser aquella una conferencia sobre planificación familiar expresamente el tema apareció en muchas de las ponencias. A la conferencia siguió un Grupo de Estudio para Europa en septiembre del mismo año el cual tuvo lugar en Copenhague. Europa fue nuestro primer campo de acción porque nos dimos cuenta de que no podíamos emprender otro estudio *mundial* en aquel momento. A raíz de esto se publicó el "Informe del Grupo de Estudio de los países europeos sobre la formación de las matronas" en el que se reiteraba que la planificación familiar debería ir incluída en la formación y ejercicio de las matronas; se presentó el informe al 15º Congreso Internacional de Matronas celebrado en Santiago de Chile en aquel mismo mes. En la Asamblea General de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia celebrada en Nueva York en abril de 1970 los obstetras, tras estudiar el informe europeo decidieron que se continuara este tipo de estudio a escala internacional pero continente por continente. Debido a circunstancias fuera de nuestro control no hemos podido celebrar antes un Grupo de Estudio en América del Sur.

El Grupo de Estudios no estaba por entonces en situación de emprender esos estudios por razones financieras por lo que fue necesario solicitar ayuda económica para poder seguir adelante.

Tras considerables negociaciones la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (US-AID) concedió a la CIM una generosa subvención para que pudiéramos seguir nuestros estudios en diferentes partes del mundo. Ahora pues podemos realizar estos mediante Grupos de Estudio como el que ahora estamos celebrando.

Aunque todos ustedes la llevan impresa en sus programas nuestra *Finalidad* admite repetición. Es la siguiente: "Continuar el mejoramiento del cuidado materno-infantil y la calidad de la vida de la madre y el niño, mediante la integración de la planificación familiar entre los servicios prestados por matronas y otro personal de diferentes categorías, en el desarrollo de su rol expandido". Creo que aquí conviene dar realce a la frase "los servicios prestados por personal de diferentes categorías en el desarrollo de su rol expandido" lo cual me lleva otra vez a lo que antes dije referente a la disponibilidad y provisión de planificación familiar en su sentido más amplio.

Este aspecto de la planificación familiar es el más importante para los obstetras, pediatras, matronas y enfermeras, en una palabra para el equipo de maternidad y es de gran importancia

el que *todas* las categorías de personal que asiste a partos reciban instrucción sobre planificación familiar y los servicios existentes. Es esencial que al hablar de *todas* las categorías se incluye a las parteras empíricas ya que en muchas partes del mundo estas personas van a formar parte quizá durante cierto tiempo del equipo de salud materno-infantil. Las parteras empíricas podrían por lo menos ser motivadoras de planificación familiar por lo que necesitan una atención especial y una supervisión organizada.

Si queremos reconocer esta categoría de personal debemos identificarlas, animarlas a que se registren y darles algunas formación para que el trabajo que desarrollen ofrezca garantías higiénicas y clínicas y podrán cooperar en la motivación de las parejas rurales para que se informen y busquen orientación sobre el espaciamiento de embarazos.

Las parteras tradicionales en muchas áreas particularmente de Africa y partes de Asia son muy estimadas en las comunidades a las que sirven y tienen gran influencia sobre sus habitantes.

Esta consideración podrá adquirir mayor valor mediante un reconocimiento oficial.

El trabajo que realizan es de extrema importancia en su propia localidad y para la nación en general. El personal profesional, en interés de los cuidados materno-infantiles y de la calidad de la vida de la madre y del niño debe aceptar, ayudar e instruir a aquellas que poseen poca o ninguna formación para desarrollar sus actividades en maternidad hasta que llegue el momento en que puedan ser sustituídas por personal profesional. Una matrona ya no es alguien que actúa independientemente sino que es un miembro del equipo compuesto por obstetras, pediatras, matronas auxiliares, enfermeras y parteras empíricas, los padres y sus familias. Utilicemos pues este personal existente para administrar los mejores servicios materno-infantiles posibles, incluyendo el espaciamiento de embarazos, hasta que llegue ese momento en que los cuidados profesionales estén a disposición de todos.

El año pasado fue el Año de la Población y este año el "Año Internacional de la Mujer". El exceso de población trae malestar social, desempleo, carestía de productos alimenticios. Estas condiciones se aplican a todos los países y territorios del mundo entero y son siempre las madres las que más sufren a consecuencia de ello.

Las madres solteras tienen problemas suplementarios en el sentido de que no cuentan con el apoyo del marido. Una familia donde falta uno de los miembros de la pareja no es ideal para la madre o el niño

Tratemos por todos los medios a nuestro alcance a favorecer el bienestar familiar en el mundo.

Después de la reunión del "Grupo de Estudio Europeo" se han celebrado otros: en Ghana para los países de Africa Occidental de habla inglesa; en Costa Rica para los países centroamericanos; en Camerún para los países de Africa Central de habla francesa; en Kenia para los países de Africa Oriental de habla inglesa; en Barbados para países y territorios del Caribe y un segundo Grupo de Estudio para los países oeste-africanos de habla francesa tuvo lugar en Kakar, Senegal.

Pero todavía queda mucho por hacer ustedes están aquí para hacerlo y aportar su contribución personal y llegar a conclusiones con objeto de elaborar recomendaciones las cuales, con la buena voluntad de todos los responsables serán implementadas para mejorar la atención materno-infantil y la calidad de la vida de la madre y del niño en cada uno de sus países.

Tras la calurosa bienvenida del señor Representante del Ministro de Salud de Colombia me permito en nombre de la CIM y especialmente de Maryione Bayes, secretaria ejecutiva, darles también nuestra bienvenida y asegurar a cada uno de ustedes que en el caso de necesitar apoyo en sus esfuerzos por hacer progresar en su país la atención materno-infantil y la planificación familiar, podrán contar siempre con el crecido reconocimiento de la CIM y del Grupo de Estudios.

Nuestro próximo Congreso Internacional de Matronas tendrá lugar en Lausana, Suiza, del 21 al 28 de junio de 1975. El tema será "La matrona y la familia en el mundo de hoy" y será tratado de manera exhaustiva lo cual nos brindará la oportunidad de estudiar a fondo el mejoramiento de la vida familiar mediante la planificación familiar.

En un mundo que decrece cada día la sobrevivencia de familias sanas y felices es esencial para el crecimiento de todos los países y solamente podremos llegar a nuestra finalidad haciendo partícipes de nuestro conocimiento a todos los demás.

IX — CONFERENCIAS

Síntesis de la presentación del doctor H. Eduardo Sarue, Representante de la OPS - OMS en Colombia

1. El problema de salud de América Latina es extremadamente grave para 2/3 de la población, la que está constituída por las muertes, la mayoría de las cuales son evitables, pues derivan de trastornos controlables del embarazo, parto y puerperio, desnutrición e infecciones agudas del aparato respiratorio y digestivo de los niños (incluídas las parasitosis).

2. La gravedad del problema no está debidamente atendida porque los escasos recursos de salud que disponen los países están concentrados en áreas urbanas donde vive un tercio de la población (con excepción de los países del cono sur). Dichos recursos tienen baja productividad y dejan al descubierto las poblaciones rurales dentro de las cuales una parte no despreciable reside en áreas inaccesibles, no tienen capacidad de pagar y culturalmente no utilizan los servicios oficiales.

3. Los problemas de salud de dichos grupos de población no pueden resolverse a base de personal profesional y es indispensable que los escasos profesionales disponibles trabajen en equipos humanos que incluyan personal técnico y auxiliar.

4. Los países de América se han comprometido formalmente a expandir las coberturas a los grupos de población más afectados por medio del "Plan Decenal de Salud para las Américas" para la década de 1970. Se espera que dicha expansión de cobertura sea el mejor mecanismo para hacer el mayor impacto sobre la salud en el menor tiempo y con el menor costo capaz de ser financiado por nuestros países, que tienen bajos niveles de ingreso per-cápita.

5. Los servicios de salud a las personas son incapaces de producir impacto en la salud, a menos que estén asociados con servicios de salud al medio ambiente, cuya hostilidad es imprescindible reducir drásticamente.

6. Los Gobiernos han declarado que reconocen que el impacto sobre la salud podrá lograrse solamente si las acciones de salud están coordinadas con las acciones que desarrollan otros sectores tales como Agricultura, Comunicaciones, Obras Públicas, Educación, etc.

Preparación psicoprofiláctica durante una década y un año en Sucre - Bolivia (1961-1971)

Señora Teresa D. de Sardán - Obstétrica.

El Antiguo Testamento refiere que Dios al echar a Adán y a Eva del paraíso dijo a ésta: "multiplicaré tus penas y con dolor parirás a los hijos" y este anatema, fuente inagotable de inspiración de los grandes artistas sirvió para convertir las contracciones de las labores de parto en lo que hoy siempre se ha dado llamar "dolores del parto".

La ciencia actual, con los últimos descubrimientos hechos acerca de las causas que motivan el dolor, está en condiciones de prevenir y evitar los síntomas dolorosos del parto mediante una educación psicoprofiláctica sistemáticamente. Pero, estos progresos científicos, datan de menos de cien años, mientras que la población va aumentando desde hace milenios, cargando a la mujer con una secuela de prejuicios que le hacen aceptar la maternidad como una función heróica, supeditada a las palabras bíblicas que ya hemos enunciado, y ella en su ignorancia cree que vienen a constituir una especie de maldición que no podrá jamás soslayar.

Ahora que muchos de los peligros y dificultades han sido superados, debemos orientarnos, no solo para salvar más vidas, sino para que la felicidad reemplace a la agonía del temor. Debemos enriquecer la vida de la mujer, que es la llamada a reproducir nuestra especie. La alegría de una nueva vida debe ser la perspectiva de la maternidad, en vez del temor a la muerte que la ensombreció desde los comienzos de la civilización.

La tenebrosa melancolía que suele originar el anuncio de la maternidad, ha sido hoy reemplazada por un anhelar impaciente y libre de los temores del momento que marca el más alto mandato de la vida. Hoy las manos temblorosas de las mujeres, no deben elevarse ya en busca de la liberación de los dolores que las agobian; porque la ciencia de la obstetricia se encuentra ubicada en un nuevo plano y la maternidad se ofrece como un don de suprema dicha a todas las mujeres que tengan el deseo de aceptar el estado sagrado y feliz alcanzado por criatura humana.

El educar a la mujer durante la gestación en la idea de que el parto es un proceso natural, indoloroso; enseñarle lo que en realidad constituye la esencia del acto obstétrico, despejando de ella cualquier posible temor, y finalmente, el entrenarla para su mejor colaboración *activa* en el parto, constituyen la esencia de la preparación psicoprofiláctica.

Actualmente en Bolivia, el parto sin temor es una conquista científica, un derecho definitivamente adquirido por las mujeres modernas y está siendo implantado como en la mayoría de los países del mundo, para asegurar el bienestar de la madre y del niño al nacer, mejorar la especie y facilitar al mismo tiempo la labor de la obstetra frente a los casos de historia.

En este sencillo trabajo, quiero exponer las experiencias adquiridas durante una década y un año de labor constante, cuyos resultados los considero muy satisfactorios, tal como la evidencia incluídas a continuación.

El número de madres atendidas y que han seguido estos cursos de preparación psicoprofiláctica alcanzan a 439, llegando casi en su totalidad, a culminar con un parto completamente normal y sin molestias, cual consta por el número de cartas enviadas por las señoras que fueron beneficiadas con las bondades del tratamiento impartido.

PREPARACION PSIQUICA

La importancia de la influencia de las emociones durante el embarazo y el parto, ha sido reconocido durante los últimos años por la medicina somática.

La necesidad de proteger a la mujer del temor, se realiza mediante una educación adecuada, que tienda:

Primero, a evitar la ignorancia;

Segundo, eliminar el temor; y

Tercero, distraer la atención durante las labores del parto.

Primero: *Evitar la ignorancia.*

Para desterrar dogmatismos, prejuicios y supersticiones existentes desde la más remota antigüedad, es necesario hacer conocer a la futura madre, todo lo referente a la anatomía y fisiología de los órganos encargados de la reproducción, mediante clases científicas y objetivas, didácticamente preparadas, cuyos objetivos son: desarrollar las capacidades de observación y reflexión, e impartir el conocimiento de los diferentes temas, cuidadosamente seleccionados.

Para reforzar lo anteriormente dicho incluyo a continuación dos planes de clases tipo, los que daré lectura y citaré solamente, los temas a desarrollarse durante el tratamiento.

Los temas de las clases teóricas dictadas a lo largo de la segunda mitad del embarazo son los siguientes:

1. Organos genitales femeninos (plan de lección tipo).
2. Ciclo menstrual.
3. Fecundación.
4. Planificación Familiar.
5. División del Huevo.
6. Desarrollo del embrión y del feto.
7. Anexos ovulares.
8. Utero o matriz.
9. Pélvis ósea.
10. Mecanismo del parto.
11. Labores del parto (Borramiento, 1º de dilatación, 2º de dilatación, período expulsivo y alumbramiento).

Las clases prácticas se realizan una vez por semana y las teóricas dos: generalmente de horas 18 a 19 y los días lunes, miércoles y viernes.

En las más de las veces asisten acompañadas por sus esposos y así comparten la enseñanza que luego tendrán que poner en la práctica.

Al final de cada clase se varía con nociones elementales de higiene, dieta u otras recomendaciones para el embarazo, así mismo se dan charlas sobre puericultura haciendo hincapié en la alimentación complementaria del niño en su primer año de vida; se deja además 10 minutos para que las pacientes puedan preguntar sobre cualquier duda que tuvieran, ya que se ha acostumbrado, en nuestro medio a predisponerlas al temor con prejuicios infundados.

Para toda esta enseñanza; se cuenta con abundante material didáctico y audiovisual, así como los materiales necesarios para facilitar tanto la enseñanza teórica como la práctica, ya sea en el consultorio o en la clínica.

Segundo: *Eliminar el temor.*

Debemos comprender que el temor es una emoción de intensidad variable.

El temor no es necesariamente algo anormal; se trata de un estado protector natural y no tienen ninguna relación con la cobardía, pero, el temor engendra angustia y tensión nerviosa; éstas a su vez, debilitan y agotan la corteza cerebral y permiten que el estímulo proveniente de las paredes del útero, sean percibidas en forma de dolor. Madres, esposos y amistades deben reconocerse, por lo tanto, como agentes productores de *temor* en la mente de la mayoría de las mujeres jóvenes y con ello deben ser también preparados en el conocimiento de que el parto es un proceso natural que nada tiene que ver con el dolor.

Aparte de las fuentes de información de carácter íntimo, las mujeres no pueden escapar a la influencia del público en general. Leen diarios, libros, escuchan radio y ven películas y en todas y cada una de estas vías, se encuentra la misma atmósfera: "El parto es un martirio, es esencialmente doloroso y peligroso para la vida de la madre" Esta idea de que el parto es un fenómeno doloroso, asociada a nuestra cultura desde tiempo inmemorial, ha creado un reflejo condicionado, adquirido por el aprendizaje y la repetición, se ha visto también que cuando las mujeres dan a luz solas y tranquilas, al cuidado de su médico u obstetra, se muestran menos patéticas que cuando lo hacen en medio del ambiente familiar. Por tanto, hay que evitar, en todo lo posible, cualquier tendencia al temor que la futura madre pueda abrigar. El miedo es contagioso y nosotras, las obstetras, debemos estar alertas contra ese morbo que a veces pretende apoderarse de nosotras mismas; pues de lo contrario, éste se reflejará en nuestras pacientes; lo que debe darse a toda parturienta, es completa confianza y seguridad, en cuanto a su capacidad personal; debe tener la certeza de que

su matriz está en condiciones óptimas para realizar el trabajo a ella encomendado; así mismo, deberá tener plena confianza en la habilidad del médico u obstetra que está con ellas durante el parto; esta confianza se le irá ganando en el transcurso de su preparación.

El temor desencadena un estado de tensión o contracción en el cuello del útero o matriz dificultando la dilatación del cuello y provocando dolor, el que a su vez engendra el temor; así se establece un círculo vicioso, temor-tensión-dolor.

Tercero: Distraer la atención:

Desde 1912, los discípulos del gran fisiólogo ruso Pawlow, pensaron que el dolor de la labor del parto, resulta de un reflejo condicionado, creado por el temor de sufrir; su método de preparación al parto sin temor, enfoca la creación de nuevos reflejos e inhibición de los reflejos ya existentes.

Veamos:

A manera de desviar la percepción de la creación del temor, durante los cuatro períodos de trabajo de parto, se enseña a que la parturiente realice diferentes ejercicios respiratorios.

1. Al comenzar la contracción, relajar los esfínteres, hacer una inspiración profunda, retener el aire y echarlo suavemente como si fuera a inclinar la llama de una vela a unos 30 cm. de distancia.
2. Respiración jadeante, vulgarmente conocida, como de perro, que se la puede realizar con la boca o nariz, aconsejándose esta última, que ocasiona menos molestias a la garganta.

Relajación.

La relajación es un acto consciente y dirigido por la mente. Nosotras podemos poner en actividad nuestros músculos o conseguir la cesación completa de ellos, aprendiendo a relajar. Es necesario aprender a hacerlo durante el embarazo, ya que en el momento del parto es imprescindible realizarlo sistemáticamente durante las contracciones.

Hay dos posiciones cómodas para la relajación: La primera se opera estando las mujeres extendidas con las piernas medio plegadas y sostenidas por almohadones, y la segunda, la posición lateral de Sims. En cualesquiera de las posiciones indicadas se aconsejará practicar durante la gestación, una media hora por la mañana y media por la noche. El control se realizará por lo menos una vez por semana.

La técnica de la relajación debe aprenderse por las siguientes razones:

1. Porque la mujer que aprendiendo a relajarse es una persona que ha conseguido ya un dominio sobre sí misma y por consiguiente en el momento del parto es una parturienta que ayuda a que su dilatación se realice del mejor modo posible.
   "Ayuda a abrir la puerta al niño".
2. Porque la relajación, al disminuir su tensión nerviosa, supone una recuperación formidable de fuerzas.
3. En el momento del parto, cuando una mujer se encuentra perfectamente relajada, la contracción de un determinado músculo da lugar a una sensación, que es interpretada por el cerebro como una contracción muscular simplemente y no como un dolor, lo que para la eficacia del tratamiento psicoprofiláctico tiene una importancia considerable.

Preparación física:

El entrenamiento físico, tiene verdadero interés; si el embarazo es normal y la mujer tiene buena salud, puede muy bien hacérsele seguir un entrenamiento físico durante la segunda mitad del embarazo. Al comienzo, se debe recomendar que sean ejercicios sencillos sin esfuerzo, cuyos objetivos serán, movilizar las articulaciones de la pelvis, fortalecer los músculos rectos del abdomen, elastizar la piel del perné y tener absoluto dominio sobre los esfínteres (anal, vaginal y uretral). La posición más cómoda para realizar estos ejercicios es la de cúbito dorsal, cualquier otra, en posición de pie, podría dar lugar a desequilibrios de sustentación muy comunes durante la gestación.

Sincrónicamente con el ejercicio físico se entrena una inspiración lenta seguida de una expiración prolongada (vaciar completamente los pulmones). Los indoneses, han insistido, con razón en la aplicación de ejercicios que permitan acrecentar la capacidad respiratoria, porque durante el embarazo y el parto, aumentan las necesidades de oxígeno.

Periódicamente se aconseja medir la capacidad toráxica de cada gestante, con un espirómetro.

Otro movimiento para la flexibilidad de la columna vertebral es el siguiente; las mujeres siempre acostadas con los miembros inferiores flexionados y apoyando en los talones levantan la pelvis y vuelven a recostar desencorvando la espalda. Estos movimientos muy útiles, evitan las contracciones lumbares tan frecuentes en las embarazadas.

Otro ejercicio, sentada a modo de sastre, ejercitan a contraer y relajar los esfínteres, también combinando con la inspiración y la expiración.

Las mujeres bien entrenadas, hacia el final de su preparación, hacen con facilidad los movimientos combinados entre articulación, músculos y respiración; lo cual permite a muchas mujeres conservar hasta el final del embarazo no solo su andar normal sino su actividad habitual.

Durante las prácticas también se detendrán a observar sus contracciones, tocándolas, recorriendo toda su superficie, midiendo su duración e intensidad, luego ésto se hará un hábito para cuando ellas tengan que hacer su diagrama en el momento del parto.

Para las mujeres llegadas al final del embarazo se incluye en las sesiones o clases un ensayo del parto. Después de recordar los síntomas que anuncian haber llegado el momento, se les indica la actitud que deben asumir durante las contracciones, de la primera fase de borramiento y primero de dilatación (de 1 a 5 cm.); es decir, relajar los esfínteres, inspirar, retener el aire y echarlo a medida que pasa la contracción. En el segundo de dilatación, cuando las contracciones ya duran más de 45 segundos y tienen un intervalo de 10' es necesario el jadeo con la nariz (respiración muy superficial), durante las contracciones, en los intervalos tratar de distraer la mente y permanecer tranquilas.

También se enseña a las mujeres y se les acostumbra a la máscara de oxígeno que será utilizada durante el último período.

Cuando la dilatación es completa, la expulsión comienza. Se enseña a la mujer a expeler bien, es decir a realizar el ejercicio en varios tiempos, primero en posición obstétrica, asirse de los muslos en cuanto se presente la contracción, hacer una gran inspiración, no soltarla hasta que termine el empuje y sea el final de la contracción y entre las contracciones distenderse lo más completamente posible.

En estas circunstancias, terminada la preparación psicoprofiláctica, la gestante es una persona que ansía la llegada de poner en práctica todo cuanto ha aprendido durante las clases, está exenta de temor; infunde tranquilidad y confianza a sus allegados, porque para ella el parto ya no es una aventura sino algo conocido y que está segura que cuanto tiene que ocurrir en el momento del parto lo conoce tan bien como su obstétrica. De este modo, sueño con la alegría de asistir en pleno conocimiento al feliz momento de recibir con todo su amor el fruto de sus entrañas.

Tal como hicimos notar en las recomendaciones de la clase tipo de *Planificación Familiar;* paralela a la educación psicoprofiláctica se dará la educación sobre planificación familiar, dejando a libre elección de los esposos, el método que más les convenga, siempre bajo el control de su médico y obstetra.

Ustedes colegas, como profesionales que son, sabrán apreciar, estoy segura, este tratamiento que hasta ahora personalmente me ha dado un gran número de satisfacciones. Procuremos entre todos liberar a la mujer de uno de sus más grandes problemas, convirtiendo el cáliz amargo del parto, en el gozo supremo al que aspira toda mujer al ser madre. Esta inmensa alegría se ve reflejada en el "Tesoro de mi vida" que es un álbum de cartas de todas las pacientes que han seguido el Método Psicoprofiláctico, esto respaldará el éxito que había mencionado antes; si me permiten y para no cansarlas mucho, terminaré este humilde trabajo dando lectura a dos de ellas.

CUADRO No. 1.

Gestantes sometidas al tratamiento psicoprofiláctico por los grupos de edad.

1961 - 1971

Menos de 20 años 35; Entre 20 y 29 años 270; Entre 30 y 39 años 125; Sobre 40 y más 9.

De lo expuesto anteriormente, se incluye que el mayor número de pacientes atendidas, clasificadas son entre los 20 a 29 años, siguiéndole las de 30 a 39 años, disminuyendo considerablemente en las de menos de 20 años; y aún

más, en las de 40 años. Lo que coincide con el mayor poder de fecundidad de las mujeres de esta edad.

CUADRO No. 2.

Embarazadas que acudieron al tratamiento psicoprofiláctico según su profesión.

Lab. de casa 226; Estudiantes 54; Oficinistas 15; Comerciantes 22; Empleadas 5; Costureras 11; Bioquímicas 8; Enfermeras 6; Dentistas 2; Abogadas 2.

De la anterior estadística, analizada objetivamente, se deduce que las amas de casa constituyen una mayoría entre las asistentes al curso psicoprofiláctico, seguramente el mayor tiempo disponible que poseen. El segundo porcentaje está constituído por las maestras, quienes han tomado este servicio no obstante los beneficios que les ofrece la Caja Nacional de Seguridad Social, y a los cuales deben renunciar para asegurar el bienestar y salud del binomio madre e hijo.

CUADRO No. 3.

Embarazadas que se sometieron al tratamiento psicoprofiláctico según su paridad.

Primigestas 168; Multíparas 271.

El porcentaje correspondiente a multíparas 61.73% es mucho más elevado que el que corresponde a primigestas, que alcanza el 38.27%; lo que nos demuestra, que las señoras que tuvieron las primeras experiencias de partos dolorosos, han querido beneficiarse con este nuevo método, que les permite perder la desconfianza existente y vencer el temor, con una educación física y psíquica convenientes.

CUADRO No. 4.

Gestantes en las que se impartió el tratamiento psicoprofiláctico de acuerdo al tiempo de preparación.

Primigestas, Segundigestas después de cesárea, con 4 meses de preparación 154, Multíparas con dos meses de preparación 209, Casos de emergencia 76.

El tiempo de preparación es mayor en las primigestas y segundigestas y después de cesárea, porque es indispensable un tratamiento psíquico más intenso, motivo por el cual se tiene 4 meses para tal objeto. Quienes llenaron este índice, son 154 pacientes con un porcentaje de 35.08%, en tanto las multíparas, con dos meses de preparación, llegan a un total numérico de 209, que equivale a un 47.61%.

Solamente se atendieron 76 casos de emergencia, donde se les dió directivas para un mejor desenvolvimiento en el trabajo de parto, a este grupo pertenecen 76 pacientes o sea, un total de 17.31%.

CUADRO No. 5.

Embarazadas en las que se practicó el tratamiento psicoprofiláctico de acuerdo a sus antecedentes obstétricos.

Partos espontáneos (Cesáreas) 409; partos distócicos 30.

El número de pacientes que se presentaron a seguir el tratamiento psicoprofiláctico después de haber tenido antecedentes distócicos (cesárea previa), alcanza a 30 o sea un 6.83% de todos los casos atendidos, puesto que el 93.17% corresponde a partos espontáneos.

De los datos obtenidos en forma comparativa con el cuadro Nº 4, podemos observar que el número de distócicas, ha disminuído en un 36.67%, ya que se ha podido comprobar, que apenas 11 señoras en diez años de tratamiento psicoprofiláctico, fueron sometidas a intervención, con la salvedad de que de estas 11 señoras, 5 no cumplieron con el tiempo requerido por el tratamiento.

CUADRO No. 6.

Peso y sexo de niños nacidos de mujeres que se sometieron al tratamiento psicoprofiláctico.

Entre 2.000 y 2.500 gr. 17; Entre 2.500 y 3.500 gr. 246; Entre 3.500 y 4.000 kg. sobre 4.000 gr.; Sexo Masculino 238; Femenino 201.

El porcentaje mayor de peso en el recién nacido corresponde a los niños que pesan entre 2.500 gr. con un 56.04. A continuación se presentan los de 3.500 a 4.000 grs. con un 30.98 predominando el sexo masculino con un 54.21% y en menor cantidad las mujercitas que llegan al 45.79%.

CUADRO No. 7.

Por la dinámica uterina observada.

Normal 355; Hipodinamia 49; Hiperdinamia 19; Disnamia 16.

La dinámica uterina normal, ha prevalecido en un 80.86% de los casos atendidos; la hipodinámica alcanzó a 11.16%, la hiperdinamia, a 4.33% y la disnamia apenas a 3.65%. Resultados que son muy alentadores dentro de nuestro trabajo, preparación y atención de las pacientes.

CUADRO No. 8.

Duración del trabajo de parto en señoras que acudieron al tratamiento de psicoprofiláctico.

De 6 a 10 hras. 16-269; de 10 a 16 hrs. 163; de 16 a 24 hrs. 1; más de 24 hrs. 6.

En este cuadro, donde podemos apreciar mejor los beneficios del método psicoprofiláctico, ya que en el 61 28%, han correspondido a una duración de trabajo de 6 a 10 horas; un 37.21% de 10 a 16 hrs; un 0.23% de 16 a 24 hrs. y un 1.37% a más de 24 hrs. Por lo expuesto se demuestra que la duración del trabajo del parto es reducida, debido a la ayuda eficaz con que colabora la parturienta en un ambiente de paz y seguridad psíquicas.

CUADRO No. 9.

Conducta observada por las parturientas durante los diferentes períodos de trabajo de parto.

De un total de 439 pacientes preparadas, llegaron al parto normal 428 o sea un 97.49%, en tanto que sufrieron distocias, únicamente 11, que corresponde al 2.51%, lo que demuestra las bondades del método enseñado y que en relación al cuadro Nº 5, ha sufrido una disminución de 36.67%, sobre los casos anotados en antecedentes obstétricos.

En lo que respecta a la conducta observada por las pacientes en el momento del parto, los resultados son muy satisfactorios.

Conducta buena de 332 con 77.57%
Conducta excelente 57 con 13.32%.
Conducta regular de 23 con 5.37%
Conducta mala 16 con 3.74%

Las parturientas que dieron resultados excelentes, son aquellas que en ningún momento de los cuatro períodos de trabajo de parto se desacondicionaron.

Papel de la Matrona en la Educación Sexual de la Comunidad.

Dra. Cecilia Cardinal de Martin
Directora Programa de Educación Sexual

Los entendidos en el asunto de la educación sexual, la han definido, partiendo de puntos básicos e ideas comunes, de diversas maneras, acentuando o aportando los matices propios de su formación o manera especial de pensar.

Se presentan como ejemplo tres definiciones que giran alrededor de la misma idea.

1. Educación Sexual es proveer la información necesaria con la actitud necesaria, para que el individuo pueda adquirir los valores y las actitudes que les permitan realizar su auto-determinación y vivir su propia sexualidad de una manera equilibrada, positiva y creadora dentro de su época, su cultura y su sociedad" (1).
2. "Educación Sexual es aquella parte del proceso educacional que permite los conocimientos y desarrollar actitudes y valores para vivir la sexualidad" (2).
3. "Educación Sexual es la parte de la educación general que transmite los conocimientos necesarios, para que el individuo pueda adquirir libremente los valores que le permitan aceptar y vivir su sexualidad en forma consciente y responsable" (3).

De todas maneras y defínase como se defina la educación sexual, como educación bien entendida es Formadora, Permanente, Liberadora y Concientizadora.

La educación sexual pues, significa adquisición de valores y comportamientos (bajo el signo de la auto-determinación), reconocimiento de nuestra condición sexual y de la de los demás,

concientización sobre la importancia y trascendencia de lo sexual y finalmente responsabilidad basada en el libre examen de las circunstancias vitales, propias y ajenas.

Quiénes; ¿qué grupos de personas deberán llevar a cabo la tarea de hacer educación sexual?

La respuesta a este interrogante varía, según lo hagamos ayudados por el concepto semántico, de profesión u oficio o de circunstancias.

Podríamos responder: Educación igual a educador, maestro, escuela etc. O podríamos continuar al infinito sin estar mal encaminados.

La sexualidad siendo una dimensión del ser humano, se relaciona con todos los campos que conciernen al ser humano. Tiene que ver con lo físico, lo psíquico, lo cultural y lo temporal.

En principio todo ser humano educa a otros seres humanos por medio de sus actitudes.

Así todos somos y hemos sido educadores sexuales informales. Pero particularizemos después de generalizar. Es natural que un educador sexual "formal" debe tener ciertas características personales: (capacidad de comprensión, universalidad de pensamiento, empatía), para mencionar algunas y un entrenamiento adecuado.

Tienen las matronas, enfermeras obstétricas u obstetrices estas cualidades? La respuesta es necesariamente ambigua: Si y No.

Muchas tendrán las cualidades o características personales anotadas arriba, y todas un entrenamiento parcialmente adecuado, en lo que se refiere a los aspectos físicos y algunos psíquicos de la sexualidad.

Examinemos ahora la posibilidad de que la matrona puede convertirse en educadora sexual. La respuesta es ciertamente positiva porque imagino que hay algo que la hizo escoger esta profesión, algo que como en el caso de todos los trabajadores de la salud, la hizo querer acercarse a lo visual y a lo dinámico. De manera que ese algo le facilita recorrer los pasos iniciales en su formación y actitud como educadora sexual. Así mismo su entrenamiento, complementado con el aspecto integral de la sexualidad humana, facilita su formación en este campo. Formación que debería comenzar desde los primeros años de facultad, o por medio de cursos de especialización, reciclaje o refrescamiento para las matronas ya graduadas.

Vale la pena finalmente detenerse a considerar si la matrona quiere o puede hacer educación sexual y cuál sería su papel como tal en la comunidad?

Los pocos contactos con matronas, verdaderos contactos, no en el sentido de oposición o de defensa de posiciones hacen entrever que la matrona, una vez conocidos el significado de la educación sexual y sus posibilidades si quiere asumir ese papel. Parece ser que la matrona ha intuído que su papel no debe limitarse a participar en el proceso del "nacer" sino del "ser". Ha visto que su campo no es solo el caso aislado, la sala hospitalaria sino la comunidad, es decir la labor social, en resumen quiere proyectarse más allá de los rígidos límites impuestos y servir más de lo que hasta ahora le ha sido dado hacerlo. Puede por lo demás hacerlo por su prestigio y su cercanía a la comunidad, siempre que ella y los demás trabajadores de salud, donde se incluyen naturalmente los médicos obstetras, comprendan que estamos aquí como servidores de la comunidad y como miembros de un equipo que trabaja por y para la comunidad.

La educación sexual que permite mejorar las relaciones entre los sexos, entre el propio sexo y el complementario, que permite dignificar y mejorar en cierta manera la condición humana, que es en una palabra libertad y desarrollo humano, es una tarea más para ser emprendida por la matrona.

Resta solamente hacer de la voluntad acción. He aquí el resto y la tarea que se propone ahora. Tarea que traerá beneficios a nuestras compañeras empeñadas en mejorar el nivel de vida y la dignidad de los pueblos latinoamericanos.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín de Cecilia "Filosofía de la Educación Sexual". Memorias Primer Seminario Latinoamericano de Educación Sexual - 1971, Quito.
2. "Reunión Regional de Especialistas en Educación Sexual". Informe Final. UNESCO - Santiago, 1971.
3. Exbecarios de SIDA de América Latina y el Caribe. "Educación Sexual". - América Latina y el Caribe - Pablo Marangoni, 1974.

Comentarios sobre algunos aspectos de la atención Materno Infantil y Planificación Familiar en el Paraguay

Históricamente la planificación familiar es un hecho reciente en el Paraguay.

El funcionamiento metódico de las primeras clínicas datan de 1966; fueron clínicas privadas localizadas en su mayor parte en la capital que han ido proyectándose paulatinamente hacia las periferias de la ciudad y algunos centros rurales.

Mientras tanto el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social organizó el programa oficial de planificación familiar y estructuró el Departamento de Protección Familiar para administrar el programa y que aún no cumplió su tercer aniversario.

Estas circunstancias históricas determinaron en gran medida su situación actual.

El primer término; las controversias y oposiciones al programa de planificación familiar ya se hallaban debilitadas en todas partes.

En consecuencia, permite estructurar una política nacional con serenidad.

Finalmente, la cobertura del programa es aún baja pero se encuentra en una etapa de expansión.

El programa de Protección Familiar por su contenido de atención integral a la familia; inclusive planificación familiar cuyo objetivo fundamental es el espaciamiento de los embarazos, ofrece muy pocos vulnerables a las críticas.

Protección Familiar es un servicio integrado al sistema de atención de salud pública y opera en estrecha coordinación con los otros servicios en la complementación de las prestaciones de salud.

En esta área, los problemas importantes podrán inferirse probablemente de los resultados a largo plazo y como el lapso transcurrido desde la iniciación, se presentarán algunas dificultades que podría o no convertirse en verdadero problema en el futuro.

La información masiva es limitada, en parte por la reducida capacidad de absorber las demandas de los servicios y en parte por precaución en alentar las controversias en algunos grupos poblacionistas y antipoblacionistas.

Las controversias son potencialmente activas, particularmente por manifestaciones periodísticas y políticas ocasionales, generalmente de poca trascendencia.

Esta situación se está abordando a través de un programa de información educativa en los diferentes niveles, abarcando políticos, economistas, religiosos y líderes de la comunidad que gradualmente va posibilitando una franca comunicación entre los diversos sectores de la actividad.

El problema de atención en el área materno-infantil es primordialmente en relación a las altas tasas de mortalidad materna (5.7 por mil nacidos vivos) y de mortalidad infantil (94.1 por mil).

La necesidad de atención oportuna, completa y continua de madres y niños es dificultada por un complejo de factores sociales, económicos y culturales que del modelo tradicional de programas de atención materno-infantil ya es ineficaz para abordarlo en forma efectiva.

Al permanecer por cerca de dos décadas como primeras causas de muerte la hemorragia en la parturienta y las diarreas y enfermedades agudas de las vías respiratorias en los niños, plantea serios interrogantes al sistema tradicional de atención materno-infantil. Por otra parte aunque existen estimativas, se ignora la verdadera magnitud en que los abortos practicados en la clandestinidad aumentan las tasas de las muertes maternas.

Intimamente relacionado con las prestaciones de servicio está la insuficiente disponibilidad y utilización inadecuada de los recursos humanos en salud.

Protección Familiar, como programa nuevo cuenta con personal capacitado, sin embargo, en la medida que el programa crece, va disminuyendo la disponibilidad de recursos humanos capacitados, particularmente los de enfermería.

Mientras puede plantearse varias alternativas de solución, pero siempre teniendo presente la buena calidad de atención a que tienen derecho los pacientes.

En efecto, se propondrán aquellas soluciones que impliquen no solo una mayor cobertura sino mantener o mejorar la calidad de atención.

PERDIDAS DE SEGUIMIENTO

En el Departamento de Protección Familiar, siendo nuevo el programa, se estima que existe un alto índice de retención de pacientes, aún así, se computa como pérdidas de seguimiento alrededor de 16% en tres años.

Conforme a los propósitos del Departamento, se considera que las pérdidas de seguimiento tienen un valor relativo, pero como se carece de un estudio completo de la situación se traslada la inquietud al campo de las suposiciones.

En el caso de una paciente que haya recibido alguna atención en el programa, probablemente tiene la información, aún en forma elemental, sobre planificación familiar y también la experiencia con algún método contraceptivo. Luego, en el caso que deje de concurrir al consultorio, la paciente no estaría muy desprevenida.

En la práctica, el seguimiento de pacientes revela como causas de discontinuidad del tratamiento, entre otras, tales como:

Desea tener otro hijo.
Cambio de lugar de residencia.
Influencia desfavorable de allegados.
Información distorsionada por creencias.
Trato descortés en el consultorio.
Embarazo no planeado.

El servicio de planificación familiar tiene una buena aceptación y una gran demanda entre las usuarias, sin embargo en ocasiones, la práctica es frustrada por el cónyuge menos expuesto a las informaciones.

En efecto, se señalan dos factores que han favorecido mucho la influencia en la capacitación y retención de pacientes.

a. La pareja o ambos cónyuges deben ser el objeto de las actividades educativas realizadas en el programa.

b. Evidencias del verdadero respeto a la dignidad humana mediante un trato considerado y cortés con la paciente.

Por otra parte, una entrevista de buena calidad con la pareja o la paciente en el consultorio, realizado por profesional capacitado ayuda a remover múltiples dificultades que inciden en las pérdidas de seguimiento.

La nutrición de la madre gestante y la forma de difundir su enseñanza a madres de bajo nivel socio económico

El embarazo constituye un período en la vida de la mujer, durante del cual acusa un particular stress siendo el problema de nutrición el que tiene mayor importancia. El influjo que ejerce la alimentación sobre la mujer embarazada es evidente el puerperio, favoreciendo la lactancia y posibilitando el recién nacido un buen estado de nutrición.

Las dietas defectuosas que observan a veces las mujeres embarazadas puede tener varias causas: Económicas, ignorancia, hábitos difíciles de conseguir, idiosincrasia alimentaria, consejos erróneos dados por personas no idóneas.

La alimentación de la madre antes de la concepción es más importante que durante el embarazo.

Del estado de nutrición de la madre depende en gran parte el éxito del embarazo.

La dieta inadecuada observada por la madre antes de la concepción, tiene efectos nocivos sobre la salud del feto especialmente en la multípara.

Si el estado de nutrición de la madre antes de la concepción es marcadamente deficiente, aunque la alimentación durante el embarazo, tiende a corregir aquella deficiencia, los beneficios clínicos no son siempre seguros, siendo probable las complicaciones, ejemplo gestosis.

El embarazo magnifica ciertos estados mórbidos latentes en la madre, los cuales pueden revelarse durante este período con los caracteres de una enfermedad determinada.

La normalidad del hijo depende en gran parte de la alimentación de la madre, y algunas alteraciones orgánicas que aquel puede presentar en el momento del nacimiento, tales como peso deficiente o exagerado, anemia, raquitismo, desarrollo, aumento constante de los procesos metabólicos, mantenimiento de los depósitos de ciertos nutrientes imprescindibles para conformar los requerimientos durante el período prenatal.

El embarazo modifica los procesos fisiológicos normales de la mujer y sitúa el organismo en un estado prediponente. Existen normas generales que indican la cantidad de nutrientes que debe ingerir una gestante.

La alimentación durante la lactancia deberá ser esencialmente materna, pero hay que considerar que la calidad de la leche en cada mujer varía dependiendo de factores varios entre ellos, insuficiente cantidad de líquido ingerido, menor cantidad de proteínas en los alimentos influye en el medio social de la pareja modificaciones de la salud psíquica y física en la madre que lacta debe producir 700 calorías/litro y 7.4 de carbono; 1.74 de proteína y 4.2 de grasa. Por estas razones la obstetriz debe utilizar toda cobertura del tiempo que está junto a la madre para llegar a ella con los medios didácticos más sencillos y fáciles de asimilación para enseñarle nutrición, especialmente el visual; logrando que nuestras madres en especial la de bajo nivel socio-económico pongan en práctica los conocimientos expuestos.

Estamos plenamente convencidos que utilizando la educación lograremos elevar el standar de salud de la madre y por medio de una buena utilización del presupuesto familiar y refexión para la pareja sobre: el número de hijos que debe tener con la garantía de una vida de alegría.

LAS PROSTAGLANDINAS

Dr. Washington Wells M.
Dr. Mario Herrera M.

En 1930 se comprobó por Kurzobock y Lieb; la acción estimuladora en la musculatura lisa, que poseía el líquido seminal. Se pensó que estas substancias eran producidas por la próstata y Von Euler en Suecia las denominó prostaglandinas.

Bergstrom las aisló posteriormente y descubrió su estructura: Lípidos ácidos de 20 carbonos; derivados del ácido prostanólico y presentes en pequeñas cantidades en la gran mayoría de los tejidos. En 1965 se logró su bio-síntesis.

Se conocen actualmente 13 prostaglandinas que se diferencian en cuatro grupos (E F.A. y B). En relación a su grado de insaturación se clasifican en E_1, E_2, E_3, y F_1, F_2 y F_3. En clínica se emplean básicamente la F, y el prostin F_2 para uso intraamniótico.

Las prostaglandinas pueden emplearse por diferentes vías; endovenosas en fleboclisis; intraamniótica, extra ovular a través de sonda; vaginal en supositorios, oral; en pellets intracervicales. En nuestra experiencia, recientemente la hemos empleado inyectando directamente en el cuello uterino con resultados contravertibles.

A. – *Prostaglandinas F_2 como inductora de aborto en huevo muerto y retenido en fleboclisis.*

El "missed abortion" es un cuadro obstétrico de difícil situación. El empleo de las prostaglandinas en feboclisis en ampolletas de 5 ml. que contienen 25 mgrs. de PF_2 disuelto en suero fisiológico 500 cc. resulta apropiada. La frecuencia del goteo es de 12 gotas/minutos, los 30 primeros minutos; lo que significa 25 mg./minutos de prostaglandinas. Posteriormente incrementamos esta cantidad a 50 mg./minutos es decir 24 gotas, durante un lapso de 23 horas y 30 minutos.

Habitualmente el aborto se produce en un lapso de tiempo más breve.

Los autores recomiendan una dosis máxima de 80 mgrs. de PF_2.

Con excepción de un caso todas las pacientes correspondieron a embarazos de segundo trimestre. El promedio de tiempo de inducción fue 10 horas y 17 minutos y la cantidad de la droga empleada en promedio fue de 12 (3 fracasos y 9 éxitos).

B – *Prostaglandinas en fleboclisis en embarazos de término.*

Se usó en 7 pacientes, 5 con feto muerto (mortinatos) y 2 embarazadas con feto vivo, portadoras de un embarazo prolongado. Tuvimos éxito en la inducción de 5 pacientes y fracasamos en 2; ambas correspondieron a fetos muertos. En todo caso a pesar que en los partos con niño vivo; el resultado fue favorable; estimamos mejor el empleo de prostaglandinas en estas circunstancias por las irregularidades en las contracciones uterinas; y los períodos en hipertomía que producen.

C – *Inducción de aborto en huevo muerto y retenido y aborto terapéutico vía extraovular.*

La experiencia se realizó empleando Prostin F_2, la ampolleta de 5 ml. que contiene 25 mgrs. de prostaglandinas se coloca disolviendo 1,5 ml. en 20 ml. de suero fisiológico y de esta mezcla se extrae 1 cc. que equivale a 370 microgramos de Prostin. A través de un catéter de polietileno de 1.5 mm. insertados a través del cérvix extraovularmente se inyecta 1 cc. cada hora. En caso de que la respuesta contráctil, no sea adecuada; se puede duplicar la dosis de 2 cc.

La casuística nuestra es aún pequeña, los casos de aborto terapéutico fueron tres pacientes, en dos correspondió a madres con Ruebeola, adquirida en el primer trimestre del estado grávido.

La tercera un caso de trosomía 21 a, repetición oligofrénica.

Las embarazadas portadoras de huevo muerto; en que se empleó la técnica extraovular fueron cinco. El éxito se alcanzó en cuatro de ellas, fracasó en una. La dosis de prostaglandinas usadas fueron menores, los efectos colaterales menos marcados y el tiempo promedio, fue de ocho horas.

En la paciente oligofrénica se empleó fleboclisis y el resultado fue negativo. En los casos del aborto terapéutico por infección viral, se tuvo éxito inductor y expulsión del producto en ambos.

Nuestra impresión es favorable al empleo, esta vía. La duda se plantea en relación al efecto, que pueda tener como coadyuvante la colocación de la sonda de polietileno, estimulando la dilatación cervical. Es probable que ambos efectos se sumen y hagan más expedita la resolución de estos casos.

D — *Vía intracervical directa de prostaglandina*

La infección en el cuello del útero a las 6 y 12 en dosis única de 5 mgrs. de prostaglandinas; la empleamos en dos pacientes. Un caso de "Missed Abortion" y un aborto terapéutico por Rubéola. Exito abortivo en el primero y fracaso en la segunda paciente Las reacciones colaterales fueron violentas; a las clásicas conocidas se agregó intenso MSh abdominal, hipertomía mantenida y sensación de angustia grave.

Por el momento abandonamos esta vía; creemos que es necesario diluir las dosis en pequeñas cantidades; hasta conocer la cantidad umbral útil.

E — *Fleboclisis en paccientes con Mola.*

Tres casos con excelente resultado. Expulsión completa del aborto molar. Los raspados de control negativos.

Recientemente iniciamos la investigación con el empleo de la vía intraamniótica. No tenemos experiencia alguna con la prostaglandina en supositorios vaginales; en pellets y en tabletas orales.

Globalmente considerada nuestra casuística; podemos señalar que el porcentaje de éxito fue de 75% (8 fracasos y 24 éxitos).

Es interesante consignar entre los fracasos las tres mujeres oligofrénicas, en que se empleó el procedimiento inductor; la respuesta contráctil uterina fue prácticamente nula. Otro factor significativo es la brusquedad de la dilatación

cervical, ella no se efectúa gradualmente. Esto plantea, que luego de varias horas de uso de prostaglandinas el estado del cuello uterino, no permite predecir qué ocurrirá con el resultado final.

Comentario.

Nuestra casuística de 32 pacientes, aunque escasa, nos permite recomendar el uso de la prostaglandina; en la resolución de algunas eventualidades obstétricas. Creemos que está indicado en el "Missed Abortion" y en el aborto terapéutico del segundo trimestre del embarazo.

Las molestias y efectos colaterales desagradables consistentes en cefaleas, diarreas, vómitos, náuseas, reacciones locales, eritemas, dolor precordial, rubor epigastralgias, sensación de calor, ruidos intestinales, visión borrosa, fabrículas, etc. son más evidentes con el uso de la vía intravenosa por fleboclisis y intracervical.

La combinación de oxitocina previa y prostaglandina permite reducir la dosis de esta última, disminuyendo los efectos desagradables. Lo mismo ocurre con la vía extraovular a través de la sonda.

Estas substancias actúan en la reproducción humana, intervienen en el transporte de espermios, fertilización del óvulo y en la retención tumbárica del óvulo fecundado. Actúan en la expulsión de la decidua menstrual, en razón de las contracciones que produce. Tiene un efecto luteolítico local de primera magnitud y con la progesterona, aparece en un balance de contrapartida.

Por otra parte la prostaglandinas intervienen en el funcionamiento de otros sistemas, nervioso, digestivo, respiratorio, cardiovascular, renal y endocrino. En la actualidad se estudian antagonistas de las prostaglandinas; para inhibir sus efectos. El campo de investigación en relación a estas maravillosas substancias, recién comienza a abrirse.

BIBLIOGRAFIA

1. Bigdeman y Col. Ame Obs and Gynec. 106-567, 1970.
2. Caspo y Col. Ame y Obs and Gynec 112 1061,, 67, 1972.
3. Herrera Mario y Col. Rev Chilena Obst. y Ginec. V 38 Nº 3, 1973.
4. Herrera Mario y Col Rev Chilena Obst. y Ginec. V 38, Nº 4, 1973.
5. Karim S. M. M. Lancet 2 (7832) 794, 1973.
6. Spellacy M.D. Am y Obs and Gynec. 3-2, 240, 1971.

Rol de la Matrona chilena en Planificación Familiar

1. *Planteamientos Generales.*

El papel que juega el bienestar familiar en el desarrollo de una nación es vital, ya que en su seno mismo se encuentra el factor potencialmente productor, elemento indispensable para el despegue económico, científico, tecnológico y social de un país. Este factor lo constituye el binomio Madre-Hijo y por lo tanto, de él depende el destino y progreso de una nación.

Múltiples son las determinaciones del bienestar familiar pero la más importante es la salud de sus componentes y en forma muy especial la de la mujer, ya que desde el momento mismo que una mujer nace, su desarrollo y estado de salud comienza a gravitar, en potencia, en el desarrollo y salud de sus hijos.

Nuestros indicadores de salud en los últimos diez años nos permiten apreciar un cierto grado de mejoría, pero lamentablemente aún no hemos logrado acercarnos al de los países desarrollados, razón por la cual los daños de salud de la mujer y el niño chileno siguen siendo un problema importante y un desafío para el equipo de salud.

Nuestro Gobierno ha abordado este problema estableciendo como primera prioridad la atención del binomio Madre-Hijo, dándole especial importancia, entre otros, a la prestación de servicios en Planificación Familiar, especialmente a los grupos más débiles desde el punto de vista social y económico como un medio de contribuir al bienestar familiar.

Como una medida para concretar esta política se ha formulado un programa de Atención de la Mujer y Perinatal en el que se contemplan las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de madres y niños e integradas igualmente las acciones obstétricas, ginecológicas, de regulación de fecundidad y atención perinatal del niño.

Este programa ha sido normalizado a nivel ministerial y ejecutado por el Servicio Nacional de Salud, organismo que atiende al 70% del total de la población y por el Servicio Médico Nacional de Empleados, quien atiende al 25% restante.

En el cumplimiento del propósito u objetivo principal de este programa, el cual es: Disminuir la morbi-mortalidad obstétrica, ginecológica y perinatal, la profesional matrona juega un importantísimo rol y de ella depende, en gran parte, el logro de este objetivo.

2. *Condicionantes del Rol de la Matrona en Planificación Familiar.*

Antes de definir el rol de la matrona, es indispensable determinar en forma previa aquellos factores que hacen posible su participación en los programas de planificación familiar y la efectividad de sus acciones en éstos. Los factores a que hacemos mención son:

2.1. *Status social que goza la matrona en la sociedad chilena.*

La sólida preparación científica-humanística que la matrona posee, hace posible que ella puede proporcionar una atención a la madre y el niño de excelente calidad profesional y humana en el campo de la obstetricia, ginecología y neonatología. Goza además de gran prestigio dentro de la comunidad, la cual deposita en ella su confianza y respeto. Este permite que la matrona tenga una situación privilegiada para realizar acciones preventivas en pro del bienestar familiar con excelentes resultados y gran receptibilidad por parte de la comunidad.

2.2. *Política oficial de salud.*

Ya hemos dicho que el propósito del Programa de Atención de la Mujer y Recién Nacido, es disminuir la morbi-mortalidad obstétrica, ginecológica y perinatal. También hemos dicho que este Programa constituye la primera prioridad en las acciones de salud.

Por lo tanto, todos los esfuerzos están dirigidos a proporcionar a la mujer y al niño una

atención integral, oportuna, igualitaria, humana, universal, cuantitativa y cualitativamente eficiente en el campo de la ginecología, obstetricia y neonatología.

Ahora bien, Chile es un país en desarrollo y en reconstrucción. Los recursos humanos y materiales son insuficientes, especialmente las horas médicas. En nuestro caso, el instrumento horas obstétricas existentes no permiten proporcionar atención médica en planificación familiar a toda la población de mujeres en edad fértil.

En lo que se refiere a las horas matronas, el problema no reviste la gravedad del caso anterior porque esta profesional es, quizás, la mejor distribuída en el país, encontrándosele incluso en los lugares más apartados, entregándoles a la comunidad la atención en saud. Es así, como ella atiende alrededor del 80% del total de partos con atención profesional, desempeñando un importante papel de colaboración en el 20% del resto de los partos que constituyen las complicaciones de éste. Atiende, además, alrededor del 66.6% del total de las consultas maternas y de planificación familiar.

Ante esta situación nuestras autoridades de salud, conscientes de la necesidad de satisfacer la creciente demanda expontánea de regulación de fecundidad; de la calidad técnica y profesional de la matrona y de la distribución de ella a lo largo del territorio nacional; de la necesidad de un mejor aprovechamiento de los recursos existentes; del desafío a que se enfrentan, cual es mejorar los niveles de salud de la mujer y el niño chileno han tomado importantes medidas para afrontar el desafío y cumplir el propósito que se han fijado.

Estas medidas son numerosas, pero las más importantes para nuestro estudio son aquellas que tienen relación directa con Planificación Familiar. Entre ellas están:

a) la simplificación de la tecnología anticonceptiva; y

b) la autorización a la profesional matrona, previa capacitación adecuada para la prescripción y utilización de anticonceptivos supervisión médica.

Hay que señalar que esta delegación de funciones constituye un respaldo legal para las acciones que realiza la matrona en planificación familiar. Esta delegación cuenta además con la opinión favorable de las autoridades de salud, Colegio Médico, Sociedad de Obstetricia y Ginecología Chilena, Colegio de Matronas, quienes con un alto espíritu patriótico han comprendido que primero que nada están los intereses de la mujer y el niño chileno que los intereses profesionales y que es más importante otorgar una adecuada atención en salud que no entregarla por no invadir campos profesionales.

Para los efectos legales el Servicio Nacional de Salud emitió una resolución en la cual delega las funciones ya mencionadas con la debida reglamentación necesaria y estableciendo claramente los requisitos indispensables para ejecutarla. Por otra parte, el Colegio de Matronas en resguardo del prestigio de la profesional está tomando las medidas pertinentes para que este ejercicio se realice dentro de las más estrictas normas de la ética profesional.

Con este paso se logrará cubrir una cobertura adecuada en planificación familiar, aprovechando al máximo el recurso hora-matrona quien prescribirá, controlará la anticoncepción, pesquisará oportunamente patologías y del recurso hora-médica cumpliendo una mayor cobertura en la atención de las complicaciones en planificación familiar y de las patologías ginecoobstétricas.

3 — *Rol de la matrona chilena en Planificación Familiar.*

Analizados ya aquellos aspectos que determinan el rol de la matrona chilena en planificación familiar, entraremos a describirlos.

Ya hemos dicho que esta profesional tiene una sólida preparación científico-humanista, por lo tanto está capacitada para otorgar atención en salud binomio madre-hijo en el campo de la obstetricia, ginecología, neonatología y planificación familiar.

No entraremos en una descripción más exhaustiva de ella, por razones obvias, como tampoco hablaremos aquí del rol que ella juega en el Programa de Atención de la Mujer y Recién Nacido, del cual la planificación familiar es elemento inseparable para el logro del bienestar familiar y que por lo tanto no puede ser considerada como un elemento aislado o independiente del contexto general de la salud de la mujer.

Que quede claro que por razones de tiempo sólo hablaremos del rol que cumple la matrona en las actividades de planificación familiar. Esquematizando suscintamente los campos donde desempeña su función la matrona, podríamos decir que ella cumple los siguientes roles en planificación familiar:

3.1. *Rol Administrativo.*

En las normas técnicas de atención de programa está estabecido que la responsabilidad de la planificación, ejecución y evaluación de éstos, recae en el equipo de salud materna. Dicho en otras palabras en todos los niveles de acción (nacional, regional, zonal y local) el médico obstetra y la matrona son los responsables de todas las etapas del cumplimiento del programa. Evidentemente que esta responsabilidad estará en relación directa con la función de estos profesionales. Es decir, en los niveles locales serán responsables de la planificación, ejecución y evaluación. En los niveles de asesoría la actividad ejecutora estará ausente, pero la supervisión y asesoría de ellos será mucho más intensivo.

De lo anteriormente expuesto, podemos deducir claramente que la participación de la matrona en la organización o planificación, supervisión y evaluación de los programas de planificación familiar no solo es activa e importante, sino que indispensables y constituyen un factor insustituíble de colaboración con los jefes de Programa Materno.

Ellas participan activamente en la determinación de los recursos necesarios para la ejecución de las acciones, en el registro estadístico y en la evaluación de ellas, como también en la supervisión del personal de auxiliares de enfermería y de servicio a su cargo; en la organización del trabajo del equipo y en la coordinación con otros servicios asistenciales. Vale decir, que la coordinación de las actividades de planificación familiar entre pacientes y el programa en conjunto, depende en gran medida del rol administrativo que desempeñe esta profesional.

En relación a los suministros, si bien es cierto que no dependen de ella, colabora eficientemente al logro de ellos.

La estructura de los dos servicios que otorgan la atención al 90% de la población, contempla en su organización a nivel nacional cargos de matronas asesoras nacionales quienes dentro de sus funciones deben colaborar en la normalización supervisión y evaluación permanente de los programas de planificación familiar. Estructura y funciones similares existen a nivel regional y de áreas. En los niveles locales la actividad de normalización está ausente pero la ejecución de programas toma gran valor y el registro estadístico de las acciones adquiere gran importancia.

3 2 *Rol funcional o clínico.*

Indiscutiblemente, en este aspecto el rol de la matrona adquiere más valor e importancia.

Las acciones están orientadas en primer lugar a la pesquisa de la pareja que siente la necesidad de atención en planificación familiar, ya sea orientándola a través del control mismo del embarazo, del niño desnutrido, en las maternidades después de un parto de una gran multipara o niños con problemas de salud, a la mujer que se ha provocado un aborto, etc.

Pesquisada la pareja, es la matrona quien le proporciona la información y orientación necesaria, ayudándola a determinar el anticonceptivo, si lo que desea es espaciar el tiempo entre un niño y otro o derivando a la mujer al ginecólogo para el tratamiento de infertilidad.

De acuerdo a nuestras normas técnicas de una concentración normalizada de tres consultas al año por cada mujer, la matrona debe proporcionar dos consultas y el médico una. Vale decir que el 66 6% del total de las consultas lo realiza la matrona.

En lo que se refiere a prescripción de métodos ya hemos dicho que también lo ejecuta la matrona, con algunas limitaciones, como es el caso de alteraciones o patologías o en los casos que merezcan alguna duda al examen previo, o en aquellas matronas que no están capacitadas o autorizadas asistenciales en que se cuenta con suficientes horas médicas para hacero. La inserción y retiro de DIU está sujeta a las mismas condicionantes anteriores.

Hay que señalar que es bastante considerable el número de matronas que en la actualidad lo realizan, sin que hasta la fecha haya habido problema alguno de complicación

En la primera consulta, después del examen previo o en los controles posteriores realiza toma de muestra del PAP y el test de Schiller. La mayor parte de las tomas de muestras de PAP son ejecutadas por matronas A través de los exámenes que ejecuta, pesquisa patologías y las deriva oportunamente al médico para su tratamiento. Realiza también, tratamiento de patologías menores como leucorreas, por ejemplo.

En los controles supervisa el método y los efectos secundarios que éstos puedan producir. Informa e instruye a la pareja para resguardar su salud. Registra todas las condiciones de la usuaria y las actividades o tratamientos que ella recibe. Orienta a la pareja ante problemas sexuales y otorga en todo momento una atención integral eficiente, de acuerdo a las necesidades de la paciente. Mantiene un sistema de control de fichas que permite hacer un seguimiento de los casos. En la atención precoz del cáncer cérvico uterino, además de practicar la toma de PAP, mantiene una coordinación adecuada y realiza un seguimiento oportuno de la paciente a fin de que reciba su tratamiento. En aquellos lugares en que los servicios de patología están centralizados, es una eficiente colaboradora del médico.

El cumplimiento de su rol en el campo clínico es ejecutado manteniendo siempre el más estricto respeto por la persona humana y con clara conciencia de la importancia de su acción en pro de la salud de la madre y el niño.

3.3 *Rol de la matrona en docencia.*

Hablamos de rol de matrona en docencia y no en educación porque consideramos que este término engloba las acciones de información, motivación, comunicación y adiestramiento.

La necesidad de adiestrar al personal en salud es cada vez más creciente ya que es imprescindible contra personal debidamente preparado y calificado en planificación familiar para mejor rendimiento de los programas. Por otra parte, es necesario satisfacer la demanda de información sobre planificación familiar de la comunidad y, además, de mantener adecuada difusión de los elementos de que dispone la familia chilena para proteger su bienestar.

Por estas razones la matrona realiza su rol docente a:

3 3 1. *Nivel de información y difusión.*

En las organizaciones comunitarias (Centros de madres, colegios, clubs, centros juveniles, instituciones en geenral, etc.), la matrona entrega permanentemente información sobre paternidad responsable, técnicas anticonceptivas, orientación para resguardar la salud de la mujer, educación sexual, etc Estas actividades las realiza ya sea organizando cursillo, participando en cursos o colaborando con charlas que se le solicitan. En su quehacer profesional, por normas programáticas, entrega diariamente información individual y a grupos de usuarias del programa. En este caso su información está en relación a la necesidad de la pareja o grupo según sea la situación.

3.3.2. *Nivel de formación de pre-grado.*

En las universidades la matrona cumple un importante papel de formadora de profesionales matronas y por lo tanto ella estará entregando, en conjunto con el médico y otros docentes los contenidos teóricos relativos a la planificación familiar y paternidad responsable, supervisa además, en conjunto con las matronas clínicas las experiencias prácticas en este tema de la alumna.

La organización de algunas universidades chilenas han estructurado las unidades académicas en Departamentos y, por consiguiente, en varias sedes universitarias existen matronas en los Departamentos de Obstetricia y Ginecología o en los de Salud Pública. Estas unidades académicas son las encargadas de entregar la docencia a las carreras de la salud, vale decir entonces, que la matrona no solo participa en la docencia en planificación familiar de las alumnas de obstetricia, sino que también en los alumnos de otras carreras, como lo son Enfermería y Medicina.

3.3.3. *Nivel de Post-grado.*

En nuestro país, la institución pionera y rectora de la preparación de post-grado es la Asociación Chilena de Protección de la Familia,

la cual en colaboración con la sede Norte de la Universidad de Chile, ha realizado desde 1965, 45 cursos latinoamericanos y nacionales en planificación familiar para médicos, matronas y otros profesionales de salud. Solo en los últimos años las universidades se han integrado a esta actividad.

En estas acciones la matrona también desempeña un rol importante, ya que colabora en la supervisión y adiestramiento, a nivel de los campos clínicos, en la tecnología de la anticoncepción. En la actualidad, una matrona es la encargada del Programa de la División de Adiestramiento de la Asociación Chilena de Protección de la Familia.

3.3 4. *Nivel de educación en servicio*

En el perfeccionamiento e instrucción del personal auxiliar de enfermería, de servicio y administrativos a su cargo, como también a otros profesionales que trabajan en Centro Asistencial, la matrona participa en la planificación familiar, obteniéndose excelentes resultados, de tal modo que se ha logrado en un considerable número de áreas de salud, una integración real de todo el equipo en pro del bienestar familiar.

3.3 5. *Nivel investigación*

La investigación sobre anticonceptivos en nuestro país se ha desarrollado en una forma satisfactoria, ya que existen excelentes equipos de investigación como el dol doctor Jaime Zipper mundialmente conocido por sus excelentes aportes a la tecnología anticonceptiva.

Dentro de estos equipos existen matronas que participan en la investigación en forma directa y otras que colaboran en la toma de datos, seguimientos de pacientes, seguimiento de anticonceptivos, etc. es decir en una forma más pasiva.

Es en este nivel en el que la matrona aún no se ha integrado en forma definitiva, sino en pequeños grupos de trabajo, pero esperamos que en el futuro su acción en investigación sea más intensa.

Rol de la Matrona en Planificación Familiar
Administrativo
Funcional o clínico
Docente

— Planificación
— Evaluación
— Supervisión
— Información
— Prescripción de anticoncepción
— Control anticoncepción
— Educación para la salud
— Educación sexual
— Pesquisa patología
— Seguimiento pacientes
— Pre-grado
— Post-grado
— Educación en servicio
— Información e instrucción
— Estudios de casos
— Estudios de métodos
— Estudios de tecnología
— Citopatología

A grandes rasgos hemos planteado las acciones que la matrona chilena realiza en planificación familiar. No quiero terminar sin antes expresar que la participación activa de este profesional en los programas ha sido posible y cuenta siempre con el valioso respaldo de los médicos obstetras, los cuales constantemente les están brindando la asesoría, el estímulo y el reconocimiento a la labor que realiza, situación que ha hecho posible que el equipo de atención materna sea una unidad indestructible y de acción permanente en pro de la salud de la madre y el niño chileno, y por ende, de nuestra comunidad.

El rol de la obstetriz en Ginecología - Detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Piedad Erazo Vallejo
Federación Nacional de Obstetrices
del Ecuador - Quito

La salud y bienestar de la madre, es la base fundamental de la salud y bienestar de la familia.

La mujer para consultar sus problemas íntimos busca un nivel psicológico similar, de allí el rol de la obstetriz en ginecología y en la atención integral de la mujer. Por esta razón, es una obligación ineludible el familiarizarse con los problemas gineco-obstétricos, su diagnóstico y tratamiento, dando primacía al estudio y detección de lesiones premalignas del cuello uterino.

La preparación y entrenamiento que la obstetriz ecuatoriana posee, la inicia en su vida universitaria realizando cursos completos en ésta y en todas las asignaturas, junto con los estudiantes de medicina general, incluyendo clínicas y terapéuticas ginecológica, con amplio material bibliográfico y prácticas desde los primeros años de estudio (cuatro) en centros especializados.

Cuando ya profesional enriquece sus conocimientos a través de cursos, seminarios nacionales y extranjeros, conferencias, demostraciones, información literaria, etc.

Pero su éxito consiste en adaptar sus conocimientos al medio en que actúa, en el que aplica sus observaciones y criterios personales; para esta razón cuenta con la colaboración necesaria de centros asistenciales, institutos, laboratorios, etc., en muchos de los cuales trabajan obstetrices especializadas.

En esta oportunidad deseo enfocar un problema ginecológico muy común en nuestro país, y creo que en muchos otros de Latinoamérica y es el de las secreciones vaginales producidas por hongos y tricomonas; es un problema que se relaciona directamente con la higiene íntima de la mujer; y la falta de información sobre sus consecuencias; desconozco si se han llevado a cabo programas amplios y completos sobre este tópico, o alguna investigación con la cual se hayan establecido estadísticas sobre su frecuencia y variedad. Por esta razón y siendo la obstetriz una profesional que goza del libre ejercicio, en la ciudad o en el campo, está más cercana a estos problemas femeninos, por lo tanto estamos en condiciones de hablar y exponer las cosas con honradez; la higiene íntima de un elevado porcentaje de nuestras mujeres es deficiente y en muchos casos nula, el motivo, la falta de educación.

Para establecer un estudio comparativo de lo que ocurre en algunos medios rurales y en la ciudad, expondré las investigaciones que hemos realizado un grupo de obstetrices en la población de "Santo Domingo de los Colorados", ubicada en las estribaciones de la cordillera noroccidental andina, a 700 metros de altura sobre el nivel del mar, y con clima semitropical y un promedio aproximado de 28 000 habitantes, se ha escogido esta zona para las investigaciones por la alta incidencia de estos problemas, pues siendo un paso obligado entre la sierra y la costa, sus habitantes se constituyen en los principales portadores de estas afecciones; para realizar esta labor, nos hemos ayudado con un equipo completo de personal especializado, incluyendo médicos, enfermera, laboratoristas, etc., y hemos llegado a establecer la siguiente estadística aproximada: de 100 mujeres que se examinan, 90% tienen secreción vaginal; de 100 mujeres son secreciones el 60% corresponde a tricomoniasis; 20-30 a hongos, el tanto por ciento restante corresponde a inespecíficas y otros factores. Observando las costumbres de esta población, se ha llegado a comprobar de que este elevado índice se debe a la costumbre de emplear el agua de sus ríos en estado natural para su higiene íntima y todos sus menesteres siendo esa la consecuencia directa de la falta de educación de la gente. Esto ocurre en un medio rural, en las ciudades grandes como en nuestra capital, ubicada en la zona interandina central, a 2.000 metros de altura sobre el nivel del mar, con un promedio de 700.000 habitantes, y un elevado índice de población migratoria, los problemas de toda índole y en especial los de la salud pública, se complican cada vez más; la frecuencia de las afecciones genitales que estamos considerando se relaciona directamente con diversos factores de nivel socioeconómico y cultural; en este medio la estadística aproximada es la siguiente: de 100 mujeres que se examinan las 70 sufren de secreción va-

ginal, de 100 mujeres afectadas 30 a 35% tienen tricomoniasis; de 100 mujeres con tricomoniasis el 90% corresponde a un nivel socio-económico y cultural menos que regular y 405 de los casos totales de secreciones corresponde a moniliasis; de éstas, el 20% son de pacientes con un nivel socio-cultural y económico de bueno a muy bueno. El tanto por ciento restante se refiere a casos reportados como inespecíficos, mixtos, y otros factores; los reporteros como inespecíficos correspondan casi siempre a venéreas mal curadas, la mayoría por automedicación.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento de estas afecciones, está dado por la experiencia clínica, ayudada sobre todo por laboratorio; con bases fundamentales la profesional aplica bajo su absoluta responsabilidad el tratamiento que cree adecuado desde la primera consulta que realiza la paciente.

Detección temprana de cáncer de cuello uterino.

De las muchas responsabilidades asumidas por la obstetriz moderna, ninguna es tan importante como esta faceta de su actividad profesional. Descartando el cáncer de mama, el del cuello uterino es la neoplasia más frecuente en la mujer.

Pocos sistemas han sido y son tan debatidos como los concernientes a este tema, pues en el momento en que una madre de familia que meses antes ha sido declarada "sana" por el especialista muere de cáncer, el público tiene la clara sensación de nuestra impotencia.

El simple examen del cuello es insuficiente desde el punto de vista del diagnóstico.

Debemos grabarnos el concepto de que el cáncer del cuello en su etapa preinvasora, no sangra, no sobresale, no da flujo, no da síntomas, es idéntico a la mucosa sana o semeja una erosión simple, si se logra el diagnóstico en este período, el éxito de su tratamiento es completo, pero si sangra ha pasado a una etapa que prácticamente significa una papeleta de defunción a plazo variable. Al respecto debe darse una voz de alarma contra los excesivos tratamientos de toda lesión de cuello, sobre todo a lo que respecta a las cauterizaciones. Hay el concepto de que en cuello cauterizado no se ha encontrado cáncer, lo cual no es verdad. El cuello uterino solo debe ser cauterizado previo diagnóstico; no debe hacerse de este método un sistema de tratamiento que entra más en el plano comercial que en el de Salud Pública, y es nuestra obligación moral y legal el hacernos merecedoras de la confianza que el público deposita en nosotros.

Métodos.

La introducción de la citología vaginal en la práctica ginecológica, ha impreso un cambio muy significativo en la detección temprana del cáncer de cérviz, y en el diagnóstico de sus precursores, el carcinoma y la displasia. Se basa en el examen de Paptest, o método de papanicolao, ideado con el fin de buscar células antípicas y cancerosas en el tracto vaginal femenino y en el resto del organismo humano. Todo lo concerniente al método, está ampliamente descrito en el trabajo realizado por la citóloga de "Solca" señorita obstetriz Bélgica Tehanga, una de las pocas profesionales especializadas en esta rama y la más distinguida de ellas, el trabajo ha sido enviado con esta monografía para el conocimiento de todas ustedes.

La prueba de Schiller, se basa en el hecho de que las células del epitelio escamoso normal contienen gran cantidad de glucógeno, el cual no existe en los carcinomas escamosos tempranos del cuello uterino, al aplicar una solución débil de yodo, el epitelio normal se tiñe de color pardo caoba, (Schiller positivo), las zonas afectadas de carcinoma quedan totalmente sin teñir. La fórmula que más emplea es la siguiente:

Yodo 3,0 g., Yoduro potásico 6,9 g., Agua destilada 100 g.

La biopsia, la conización, la colposcopia, son métodos que se emplean ya para el diagnóstico del cáncer.

Terminó esta exposición con el tema: *"El cáncer podrá ser derrotado"*. Del 20 al 26 del pasado mes de octubre, se realizó en Florencia, Italia, el II Congreso Internacional del Cáncer. Allí el doctor César Guillermo Cruz Sánchez, catedrático de la universidad de Lima, Perú, hizo la siguiente exposición:

"El cáncer no se inicia con el trastorno de una célula o de un grupo de células, es una enfermedad general causada por un disturbio físico-químico susceptible de ser detectado en la sangre circulante, mucho más antes de su detección en el órgano en que se ha localizado, a este período comprendido entre el disturbio en

la sangre y su localización se llama "zona silenciosa", que comprendería cuatro períodos o fases asintomáticas que se llaman "fase bioquímico-hemáticas". La primera fase está dada por el aumento en la sangre de una sustancia autógena que se origina en el tejido retículo endotelial que todos la tenemos como la glucosa por ejemplo, es químico-tóxica alergizante, urticariante, dolorígena, y cuya concentración normal en la sangre es de 0,5 miligramos; al aumentar su proporción se producen alteraciones físico-químicas que determinan una disminución del metabolismo celular; esta primera fase permitiría que se adapten a vivir en la sangre ciertos organismos huéspedes saprófitos o patógenos que están dispersos al principio en el plasma, constituyendo la segunda fase, la tercera estaría dada por la invasión de estos organismos a los hematíes, última etapa de la "zona silenciosa" sería la ubicación del cáncer en los tejidos, que es cuando se lo identifica con los métodos expuestos anteriormente.

Esta "zona silenciosa" que correspondería a la incubación del cáncer puede durar hasta 20 años, o en otros casos menos como ocurre con la tuberculosis galopante.

En la primera etapa es posible que el organismo pueda neutralizar por sus propios medios la excesiva concentración de la substancia autógena, en la segunda la enfermedad puede quedar estacionaria".

Agrega el doctor Sánchez: "es posible diagnosticar el cáncer durante esta "zona silenciosa" y curarlo aún en sus etapas más avanzadas, por medio de colorantes naturales frescos extraídos del fruto inmaduro del achiote, y que se llama "Bixinaza", esta substancia al impregnarse en las células, permite estudiar el comportamiento biológico de estructuras y elementos figurados de la célula animal, nunca antes vistos especialmente en los glóbulos rojos de la sangre periférica humana, para esto basta extraer una gota de sangre de uno de los dedos, extenderla en una lámina de vidrio y aplicarle el colorante, acción que se la realiza como la de rutina de tomar la presión arterial u otra, tanto en sanos como en enfermos; a la persona sana que se examina se le puede garantizar la salud para un año más. El fármaco que neutraliza el agente productor del cáncer se denomina "cruzxilinato", cuya producción es un secreto que ya está patentado en los Estados Unidos, y que tras 20 años de investigación, espera su refrendo universal para el bien de la humanidad. La substancia autógena desencadenante del cáncer se denomina "cruzxilina".

El rol de la Partera como Supervisora

Julia Withington
(Argentina)

Entre las diversas funciones asumidas por las parteras que participan en los programas de atención materno-infantil y planificación familiar, la supervisión es una actividad de primordial importancia para el continuo desarrollo del personal a su cargo y por ende al mejoramiento de los servicios que se prestan.

En distintos trabajos sobre el rol de la partera y las funciones que ésta debe realizar (1), se hace destacar la necesidad de que la preparación de la partera esté acorde a sus funciones, por lo tanto, la responsabilidad de supervisar trae aparejado tener amplios conocimientos en la práctica de atención directa, en administración en educación y en investigación.

"El personal profesional en salud debe ser preparado en supervisión y cómo distinguirla de inspección, dice el doctor Bennerman (2) miembro del Grupo Multidisciplinario de Estudio sobre educación y práctica de las obstetrices y enfermeras-obstetrices.

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud en el trabajo sobre "Planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras" (3), describen las funciones a desempeñar este personal y en un párrafo mencionan lo que puede resultar de una buena supervisión:

1) Instrucción del personal subordinado y prestación del asesoramiento, la orientación, y el apoyo necesario para que ese personal pueda:

Comprender bien las normas y los objetivos pertinente.

* Considerar la asistencia en material de planificación de la familia como parte de la asistencia general de enfermería.
* Saber las funciones que ha de desempeñar.
* Saber desempeñarlas.
* Cumplir el cometido asignado.
* Conocer su propio grado de eficiencia así como los sectores que es preciso mejorarla.
* Tener la oportunidad de exponer las necesidades propias.
* Tener posibilidades de ascenso mediante un sistema de adiestramiento en el servicio y enseñanza continuas.
* Participar en conferencias multidisciplinarias de carácter clínico.
* Mantener un equilibrio adecuado entre las actividades de planificación familiar y otras actividades de enfermería y partería.
* Comprender la importancia del acopio de los datos en que ha de basarse toda evaluación.
* comprender la importancia de la exactitud del sistema de registro.
* Participar en la evaluación continuada y en el mejoramiento de los principios, normas, funciones y métodos pertinente.

Principios de Supervisión.

Así como cada uno de nosotros nos regimos por principios para el vivir de cada día, también necesitamos formularnos ciertos principios para llevar a cabo la tarea de supervisar. El doctor Van Dersal (4) propone los siguientes para tener éxito en la supervisión.

1. "Las personas necesitan comprender lo que se espera de ellos.
2. Las personas necesitan se les reconozca el buen trabajo.
3. Las personas necesitan guía para hacer su trabajo.
4. El trabajo deficiente necesita de una crítica constructiva.
5. Las personas necesitan tener oportunidad de demostrar que pueden aceptar mayores responsabilidades.
6. Es necesario estimular el desarrollo individual.
7. Las personas necesitan trabajar en un ambiente seguro y saludable".

Actividades en supervisión.

Meyer (5) en su trabajo ¿Qué es supervisión?, cita a Kron en las actividades que se realizan al supervisar y explica algunas de las técnicas, a las que podríamos agregar otros comentarios cuando dice:

"Supervisión es: Planificar, dirigir, guiar, enseñar, observar, estimular, corregir y recomendar".

La supervisión debe ser programada así permitimos que el supervisado esté preparado para informar sobre los resultados de su trabajo y los problemas que desea discutir.

Si los distintos profesionales del equipo de salud realizan la supervisión en conjunto, se logrará un mejor equilibrio en la solución de problemas y se evitará la repetición de entrevistas con el supervisado.

Siempre debemos dejar constancia, por escrito, de los resultados de la supervisión, incluyendo información como: la enseñanza impartida, lo observado, recomendaciones, etc.

Si se trata de un informe pertinente a un servicio o a un establecimiento, el mismo debe quedar a disposición de todo el personal afectado.

"Cuándo se supervisa? - Continuamente".

Necesario tener presente la disponibilidad de recursos, tanto humano como material (transporte, viáticos).

En algunos lugares puede influir también el clima.

Pero, lo importante es no faltar a la cita, ya que esto puede causar desaliento y pérdida de interés en la realización de las tareas, al no tener el debido apoyo.

"A quién se supervisa? - A todo trabajador".

Es necesario conocer bien a las personas que se supervisa, así sabremos qué tiempo dedicarle, con qué frecuencia hay que entrevistarlo y cuál será el momento y el lugar adecuado.

"Cómo supervisamos? - Pacientemente, con tacto, imparcialmente".

El uso del lenguaje debe ser acorde a la del supervisado, para así poder obtener una buena comunicación.

La enseñanza será en términos claros y sencillos.

Al dar instrucciones trataremos de que estas se limiten a pocas por vez. También tendremos que saber aceptar y solicitar sugerencias.

"Para qué supervisamos?

Para que cada trabajador pueda hacer su trabajo". Y se sienta un miembro útil dentro de la sociedad y sepa valorar sus aptitudes dentro del equipo a que pertenece.

Supervisión de las parteras empíricas.

Hace ya algunos años que las autoridades de salud en distintos países de este y otros continentes, vieron la necesidad de desarrollar programas de orientación y control de las parteras empíricas, por considerar que las mismas son las que proveen cuidados al mayor número de madres y de los niños, y además son personas muy aceptadas dentro de su comunidad.

Ya en 1966, la Organización Mundial de la Salud (6) recomendaba a las autoridades sanitarias el "Registro de las comadronas tradicionales a fin de supervisar y mejorar su trabajo".

En el año 1969 la Organización Panamericana de la Salud, publicó una "Guía de orientación y supervisión de parteras empíricas, para enfermeras y obstetrices" (7), que ha sido de gran ayuda para la elaboración de los programas. Algunos países nos podrán informar de los resultados obtenidos.

La supervisión de la partera empírica que ha recibido adiestramiento es sumamente importante y no siempre fácil de realizar; especialmente en las áreas rurales, debido a las distancias, falta de transportes, malos caminos, por mencionar algunos. Por lo tanto, cuando se programa realizar el adiestramiento de un grupo de empíricas hay que asegurar la continuidad del aprendizaje a través de la supervisión por parte de la partera o la auxiliar que tendrá a cargo el cursillo.

Para terminar, solo nos quedaría hacer unos comentarios sobre técnicas que presentan alguna complejidad:

— En la supervisión directa no siempre es fácil ver actuar a la partera durante el trabajo de parto de una madre, por lo que se hace necesario que la denuncia del parto se haga inmediatamente, y, así poder evaluar la condición de la madre y del niño lo antes posible.

— Es conocido que en algunas regiones nos encontramos con parteras empíricas analfabetas, lo que dificulta a veces la enseñanza de ciertas técnicas, entonces cuando tendremos que valernos en el uso de signos, colores u otros medios para algunas interpretaciones.

— Las reuniones periódicas son de gran importancia y si algunas de ellas comienza a faltar, es necesario citarla o visitarla después de un tiempo prudencial.

— Ofrecer un certificado después de cumplir con la asistencia a un cursillo ha causado inconvenientes en algunos lugares, ya que pueden utilizarlo para demostrar que están autorizadas a realizar cualquier tratamiento y también pueden ejercer libremente.

Conclusión:

La partera juega un rol importante como supervisora y como tal, necesita conocer y hacer conocer las funciones del personal a su cargo; saber cómo estimularlo a su mejoramiento continuo a través de la enseñanza guiada y por sobre todo poseer la debida experiencia y conocimiento del trabajo que ha de supervisar, en todos sus aspectos.

BIBLIOGRAFIA

1. **Zapenas, Mabel:** Role of the Nurse-Midwive in Family Planning - Washington, OPS/OMS, August-September, 1966
2. **Organización Mundial de la Salud:** Los servicios de enfermería y obstetricia en la planificación familiar, traducción de OPS, Washington WHO+NURS/69, 79, 1973
3. **Bennerman, R H O :** Maternity care in the developing countries, Londo, Midwives Chronicle and Nursing Notes, March, 1973
4. **Organización Mundial de la Salud.** La planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras, Ginebra, cuadernos de Salud Pública Nº 53, 1974
5. **Meyer, Alice T** Qué es la supervisión? Washington, OPS/OMS, Informes de Enfermería Nº 9 Tomo III, 1971
6. **Van Dersal, William:** The successful supervisor in Government and Business, New York, Harper and Row, 1968
7. **Organización Mundial de la Salud.** Comité de Expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia a la madre, Ginebra, Informe Técnico 331, 1966.
8. **Organización Panamericana de la Salud:** Guía de orientación y supervisión de parteras y empíricas Washington, Informes de Enfermería Nº 12, 1969

Plan de Estudios de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de Chile

TRANSCRIPCION

Decreto Nº 1166
Santiago 18 de Marzo de 1971

Facultad de Medicina. Aprueba planes de Estudios de las Carreras de Obstetricia y Puericultura y Tecnología Médica.

Con esta fecha la Rectoría de la Universidad ha expedido el siguiente decreto:

Vistos· Lo dispuesto en el Artículo 13, Letra F del Estatuto Orgánico de la Enseñanza Superior y lo acordado por el H. Consejo Superior de la Universidad en sesión celebrada en 27 de enero del presente año.

DECRETO

1. Apruébese el siguiente plan de Estudios para la Carrera de Obstetricia y Puericultura.

I SEMESTRE

Anatomía	45 Horas
Biología	60 "
Química y Bioquímica	60 "
Psicología	30 "
Bioestadística	30 Horas
Higiene Ambiental	30 "
Des. Soc. Contemporánea	30 "
Antropología Socio-Cultural	30 "

II SEMESTRE

Embriología	30 Horas
Anatomía	45 "
Crecimiento y Desarrollo	30 "
Histología	30 "
Microbiología	66 "
Psicología Evolutiva	30 "
Principio y Método de Enseñanza	30 "
Filosofía de las Ciencias	30 "
Demografía y Salud	30 "

III SEMESTRE

Met. de Invest. Científica	30 Horas
Fisiopatología	30 "
Fisiología	60 "
Obstetricia	45 "
Enfermería Obstétrica	30 "
Enf. Puericultaura Fisiológica	30 "
Puericultura Fisiológica	45 "
Psicología Social	30 "

Fundamentos Enfermería	60 Horas
Farmacología	30 "
Nutrición	45 "
Educación Sanitaria	30 "

IV SEMESTRE

Met. de Inve. Científicas	45 Horas
Fisiopatología	30 "
Obstetricia Fisiológica	45 "
Enfermería Obstétrica	30 "
Puericultura Patológica y Prem.	65 "
Enf. Pueritra Fisiológica	30 "
Sociología	30 "
Enf. Médico Quirúrgica	60 "
Etica Profesional	20 "
Farmacología	30 "
Sexología	30 "

V SEMESTRE

Obstetricia Patológicas	40 Horas
Enf. Obst. Patológica	30 "
Enf. Trasmisibles	30 "
Salud Pública	60 "
Planificación Familiar	30 "
Epidemiología	30 "

VI SEMESTRE

Obstetricia Patológica y Ginec.	45 Horas
Enf. Obstétrica	30 "
Princ. Adm. y Adm. Sanitaria	60 "
Obst. Psicosomática y Legal	30 "

VII y VIII SEMESTRE

NOTA: Se ha dejado 90 horas en el I Semestre para actividades y Curso electivos de 45 horas en el II Semestre, 30 en el III y 15 en el IV y V/VI y VII Semestre.

Prácticas de la carrera de Obstetricia y Puericultura

II SEMESTRE

Orientación a la carrera	4 semanas
Esterilización	1 semana

III SEMESTRE

Contacto con el paciente y ambiente hospitalario	4 semanas

IV SEMESTRE

Control embarazo	4 semanas
R. N. Inmediato	6 "
Medicina	2 "
Cirugía	4 "
Primeros Auxilios	2 "

V SEMESTRE

Consultorio emergencia	8 semanas
Partos	10 "

VI SEMESTRE

Ginecología	2 semanas
Puerperio y Puericultura	6 "
Salud Pública	6 "
Planificación Familiar	4 "
Estudio de Familia	80 horas

VII SEMESTRE

Prenatal complicado	4 semanas
Cirugía Maternidad	4 "
R. N. Patológico y Prematuros	8 "
Pepais grávido puerperal	6 "
Estudio de Familia	80 horas

VIII SEMESTRE

Partos	6 semanas
Administración	8 "
Práctica Rural	8 "

Experiencia de Planificación Familiar

Objetivos de la Práctica:

Conocer y aplicar las técnicas educativas y el material didáctico más recomendable para dar educación, de acuerdo a los intereses y condiciones de desarrollo del educando.

Desarrollar habilidades para orientar, prescribir y controlar los métodos anticonceptivos.

Desarrollar habilidad para detertar patología y efeltos colaterales de los métodos anticonceptivos.

Conocer y aplicar las diferencias técnicas usadas en Planificación Familiar.

Comprender la importancia de estas técnicas como parte del Programa de Salud Integral de la Mujer.

Valorar la importancia del rol de la Matrona y la responsabilidad que le compete en la problemática planificación de la familia.

Actividades:

Administrativas: Orientación, control y mantención de material y equipo. Manejo de personal, manejo de fichero, estadística, confección de documentos.

Educativas - Individual: Consultorio, Maternidad.

Grupos: En grupos organizados del consultorio y de la comunidad.

Técnicas: Motivo de la consulta, Anamesis (para determinar método apropiado).

Información, Selección del método, Prescripción del método.

— Inserción de dispositivos.

— Toma de medida Rances.

Seguimiento o Control:

— Tacto ginecológico y visualización del cuello.

— Pesquisa de síntomas de patología más frecuente para referir al médico.

— Tratamiento de la patología menor (dolor, hemorragias).

— Toma de muestras de: citología cervical, papanicolao (diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino y su seguimiento).

— Flujos vaginales u otros.

Datos Generales de la Experiencia:

Campo Clínico: Consultorio Materno-Infantil.

Duración: 4 semanas - 80 horas.

Distribución alumnos: 3 por consultorio.

Supervisión:

A cargo de la Matrona del Consultorio y Matrona Docente de la Carrera.

Evaluación del Estudiante:

— Examen teórico práctico ponderado en 25%

— Test de conocimientos 20%

— Pauta valorativa 40%

— Presentación 15%

Evaluación de la experiencia:

— Individual escrita.

— En grupos oral.

Programa de Sexología y Planificación Familiar

I - Asignatura o Complejo Disciplinario: Sexología y Planificación Familiar.

Curso o Nivel Curricular en que se imparte:
III Año.

Duración: 50 Horas.
Semestre: Primer Semestre.
No. de Semanas: 18
Nº de Alumnos: 42
Dpto. Responsable: Materno-Infantil.
Profesor Encargado: Dr. Jorge Robinovich T.
Nivel Académico del Pro: Profesor Auxiliar.

II - Propósito:

Lograr que el alumno conozca la temática sexual y desarrolle una actitud de flexibilidad socio-cultural y una conciencia crítica frente a los problemas sexuales y de planificación familiar de la comunidad.

III - Objetivos Específicos:

a. *Cognoscitivos*:

1. El alumno conocerá la sexualidad humana.
2. El alumno conocerá la dinámica de los Programas de Educación Sexual y Planificación Familiar, aplicables a los distintos niveles de la comunidad.
3. El alumno conocerá los distintos métodos anticonceptivos.

b. *De habilidades y destrezas*:

1. El alumno será capaz de seleccionar los contenidos en T. Sexual de acuerdo a los intereses y condiciones de desarrollo del educando y manejo de técnicas educativas y del material didáctico más recomendable.
2. El alumno será capaz de desarrollar habilidades para enfrentar en forma responsable, técnica y humana, el problema de la procreación consciente.
3. El alumno será capaz de orientar, prescribir, controlar y detectar la patología y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos.

c. *De hábitos y actitudes*:

1. Valorar la importancia del proceso educativo, dirigido al comportamiento sexual de la comunidad.
2. Valorar la importancia del rol de la matrona en la problemática sexual y de planificación familiar de la comunidad.

IV — MATERIA: Planificación Familiar

Contenidos	Método	Horas	Objetivos Específicos
1. Paternidad responsable.	Clase	2:00	Valorar la importancia de los aspectos cualitativos, sobre los aspectos cuantitativos de la población.
— Explosión demográfica y sus problemas.	Diapositivas Película		
2. Generalidades de los anticonceptivos. — Definición. — Clasificación.	Clase	1:00	Ser capaz de seleccionar los métodos de base fisiológica de los folclórico.
3. Métodos tradicionales. — Basados en la ovulación. — Vaginales mecánicos y químicos.	Clase Fanelograma Modelos Folletos	1:00	El alumno será capaz de seleccionar, prescribir, controlar, determinar ventajas y desventajas, evaluar y realizar análisis críticos de los métodos anticonceptivos en todas las consultantes.

Contenidos	Método	Horas	Objetivos Específicos
4. DIU. — Clasificación. — Contraindicaciones. — Inscripción. — Control. — Patología.	Clase Demostración Películas Folletos	4:00	" " "
5. Hormonología en Ginecología. — Antecedentes fisiológicos para métodos sistemáticos.	Clase	2:00	" " "
6. Métodos sistemáticos. — Tipos — Inscripción. — Efectos colaterales.			El alumno será capaz de seleccionar, prescribir, controlar, determinar ventajas y desventajas, evaluar y realizar análisis críticos de los métodos anticonceptivos en todas las consultantes.
7. Programas de regulación de la fertilidad. — Normas S.N S. — Seguimiento.	Clase	2:00	Será capaz de aplicar a nivel local las normas generales dictadas por los niveles superiores de las estructuras de salud del país.
8. Programa de detección precoz del cáncer cérvico uterino.	Clase	2:00	Será capaz de participar en la pesquisa y seguimiento del diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino.
9. Prueba — Evaluación		2:00	

V MATERIA: Sexología y Educación Sexual:

Contenidos	Método	Horas	Objetivos Específicos
1. Introducción — Definiciones. — Necesidades — Antecedentes	Clase	2:00	El alumno valorará la importancia del sexo y la educación sexual.
2. Determinantes sexuales intersexos. — Sexo fisiológico. — Sexo psicológico. — Alteraciones.	Clase	2:00	Conocerá las determinantes sexuales en la especie humana.
3. Desarrollo psicosexual — Desarrollo físico — Sexual, sentimental y social. — Períodos del desarrollo.	Clase	2:00	Conocerá los aspectos normales del individuo en sus distintas etapas.
4. Sentimiento — Conceptos. — Clasificación de afecto.	Clase	2:00	Conocerá los aspectos fisiológicos del la relación sexual.
5. Respuesta sexual humana. — Ciclos sexuales en mujer y hombres. — Fases.	Clase	2:00	Conocerá los aspectos fislológicos del acto sexual.
6. Respuesta sexual por órgano. — Fisiología de la respuesta sexual humana.	Clase	2:00	" " "
7. Sexo y sociedad — Revolución sexual — Religión y sexo	Clase	2:00	Conocerá aspectos calificados de las influencias recíprocas del sexo y la sociedad.

Contenidos	Método	Horas	Objetivos Específicos
— Moral y sexo — Ley y sexo. — Conductas.			
8. Programas de educación sexual — Programación — Pasos previos — Estrategia — Formas de entrega.	Clase	2:00	Será capaz de aplicar y evaluar un programa de educación sexual en la comunidad.
Prueba		2:00	
9. Contenido educación sexual hasta los diez años — Método docente frente al niño — Requisitos — Materias a tratar.	Clase Película Diapositiva Folletos	2:00	Será capaz de seleccionar y evaluar los contenidos de educación sexual a diferentes edades.
10. Contenidos educación sexual Adolescentes. — Métodos docentes y materias en el adolescente	Clase Película Diapositivas	2:00	" " "
11. Contenidos educación sexual premaritales. — método docente. — Selección — Materias.	Clase Películas Folletos	2:00	" " "
13. Patología — Frigidez — Impotencia	Clase	1:00	Conocer, seleccionar y referir las diferentes patologías más frecuentes.
14. La matrona y la sexualidad	Clase	1:00	Valorar la importancia del rol de la matrona en la sexualidad humana.
Prueba	Clase	2:00	

V. - *Número de horas de clase* 50
Número de horas prácticas 2
Número de horas de seminario . . . 10

VI. - *Docentes Participantes.*

Doctor Jorge Robinovich T. Profesor Auxiliar cuatro horas Dpto. Materno Infantil.
Señora Sabina Guzmán N. Dedicación exclusiva cuatro horas Dpto. Materno Infantil.
Señorita Alicia Román V. Dedicación exclusiva cuatro horas Dpto. Materno Infantil.

VII - *Bibliografía Recomendada*:

1. *English and Pearson* . . . . . "Emotional Problems of Living" W. W. Northon, Company, Inc. New York.
2. *Al Orozco* . . . . . "Educación y Planificación Familiar".
3. *Dickison* . . . . . "Atlas of Human Sex Anatomy" Williams and Eilkins.
4. *Hodgrs B. E.* . . . . . "How Babies are Born".
5. *Levine N. I. and Seligman J. N.* . . . . . "A Baby is Born".

6. *The Child Stdy Association of America* . "What to tellyour childrem at out sex" Pocket Books Simon and Schuster, Inc. 1966.

7. *Meilach D. R. and Manderl E.* . . . . "A Doctor talks to 5-8 years olds" Budlong Press Company, 1967.

8. *Johnson E. W.* . . . . . "Love and Sex in Plain Language".

9. *Levinson F. and Lombard Delly G.* . . "What Teenagers want to know".

10. *Stone A. and Levine L.* . . . . . "The premarital consultation" Grune and Stration, 1956.

11. *Stone H. and Stone A.* . . . . . "A. Marriage Manual".

12. *Rutherford G. G. and Rutherford R. N.* . "Personal understandign of Marriage".

13. *Levine L.* . . . . . "The Mordern Book of Marriage".

14. *Greenblat B. R.* . . . . . "A Doctor's Marital Guide for Patients" Bidlong Press Companh, 1967.

15. *Yinsey, Pomeroy. Marti* . . . . . "Sexual behavior in the Human Male".

16. *Master y Johnson* . . . . . "La Respuesta Sexual Humana" Editorial Inter-Médica, 1967 Litle & Brown Co. Boston.

17. *Master y Johnson* . . . . . "Human Sexual Indadequack"

18. *M. Calderone* . . . . . "Manual of Contraceptive practic".

19. *M. Calderone* . . . . . "Advances and Planned Parenthood" Vol. I al VIII.

20. . . . . Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Septiembre, 1964, 1968, 1970.

21. . . . . "Revista Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología"
Styoos . . . . . "Fecundidad en América Latina".

22. *Uril B.* . . . . . "La explosión demográfica".

23. . . . . "Test book of contraceptive Practice" John Peel & M. Pott.

VIII - *Evaluación*

De los alumnos:
— Pruebas escritas.
— Demostraciones.
— Seminarios.
Al Curso
— Pauta.

IX. - *Calendario de Actividades.*
Se envía con Calendario general.

Adiestramiento de Matronas en Planificación Familiar

Oriele Zencovich Madrid
(Chile)

La creciente aspiración de la pareja humana de ejercer su derecho ineludible de determinar el número de hijos que quieren y con el espaciamiento deseado, ha exigido que numerosos países integren la *Planificación Familiar* a sus Programas de Salud como un medio de disminuir los riesgos de enfermar y morir de las madres que recurren al aborto criminal, o de los niños desnutridos o abandonados, por constituirse en hijos indeseados.

La integración de la *Planificación Familiar* a los Programas de Salud ha determinado a su vez la necesidad de recursos materiales y humanos y la capacitación y adiestramiento de estos últimos en la tecnología de la anticoncepción y tratamiento de la infertilidad.

La efectividad de los Programas, depende en gran medida del grado de preparación del personal que en él actúa. Es por lo tanto, imprescindible establecer mecanismos de adiestramiento en *Planificación Familiar* para todo el equipo de Salud.

Hablamos de todo el equipo de salud y no del personal que directamente otorga la atención; porque es estrictamente indispensable que todos los integrantes del equipo, manejen conceptos de *Planificación Familiar* para poder realizar actividades coordinadas en pro de la salud familiar con resultados altamente positivos.

Evidentemente que los niveles educativos irán en relación directa a las necesidades y motivaciones de los grupos a educar. Estos deben ser de información, capacitación o adiestramiento, según sean las condiciones y actividades que ejecuten los diferentes integrantes del equipo de salud.

Otro aspecto importante que no debe descuidarse, es la información y difusión a la comunidad, para que esta tenga un conocimiento claro de los medios de que dispone para ejercer la *Paternidad Responsable.*

En Chile en el año 1965, se inició a la tarea de adiestrar profesionales médicos y de colaboración médica. Esta misión ha sido cumplida con gran eficiencia por la Asociación Chilena de Protección de la Familia con la colaboración de las Universidades de Chile y Católica de Chile.

La actividad docente del Departamento de Adiestramiento y Capacitación de APROFA, con el transcurso de los años (prácticamente ha acumulado experiencias las cuales han servido para perfeccionar el sistema de Adiestramiento que aplica. Método que trataremos de relatarlo suscintamente en esta exposición.

Determinación de un Programa de Adiestramiento en la Planificación Familiar

En la planificación de un programa de adiestramiento se debe tener presente: Los principios básicos de la Programación Educativa, Elementos de Andragogía y que la enseñanza en Planificación Familiar debe ser permanente, renovadora y dinámica con efecto multiplicador.

Principios básicos de Programación Educativa:

La primera etapa y la más importante a nuestro juicio en la programación educativa es el diagnóstico de la situación real. Vale decir, la determinación del por qué y para qué vamos a educar.

Es muy frecuente que esta etapa se cumple en visitas diagnósticas a las áreas de salud que nos interesan, las cuales ejecutan en conjunto los departamentos de Adiestramiento, Actividades Médicas y Educación, Difusión. En otras palabras en trabajo de equipo se determinan en el terreno local, de acuerdo a su realidad, las necesidades educativas.

Determinación y Formulación de Objetivos: Establecidas ya las necesidades educativas y características generales del medio, el tipo de alumnos y sus motivaciones, etc. se procede a determinar el propósito y objetivos del curso. Hay que tener presente que estos se formulan solo después de realizado el diagnóstico y en ningún caso, antes de tener claro el por qué y para qué del curso.

La formulación de los objetivos, nos permitirá precisar, lo que esperamos lograr de los alumnos; resolver el problema que nos interesa y estructurar los contenidos educativos.

Nosotros hemos orientado los objetivos hacia la información, cambio de actitudes, desarrollo de habilidades y al cambio de conductas en las áreas que inciden en la atención en Planificación Familiar.

Hemos expresado objetivos específicos para cada unidad claramente formulados de fácil medición, teniendo presente que éstos deben ser planteados en función del alumno y no del profesor.

Organización del Curso:

Definidos ya los objetivos, se procede a la organización del cumplimiento de ellos. Se establece los contenidos educativos que se entregarán, métodos y técnicas a utilizar, el tiempo que se dedicará, presupuesto, recursos necesarios, responsabilidades del equipo, pautas evaluativas, etc., etc.

Siguiendo con la experiencia para el cumplimiento de nuestros objetivos, hemos estructurado un módulo pedagógico que contiene un total de 74 horas, docentes, distribuidas en cuatro unidades.

Primera Unidad:

Elementos de estadística, demografía, programación y administración en Salud.

Estos contenidos se entregan en forma teórica y en laboratorios prácticos de Programación de las Acciones de Atención de la mujer y Recién nacido.

Segunda Unidad:

Fundamentos de la Planificación Familiar, Paternidad Responsable, Elementos de Reproducción Humana, Fundamentos fisiológicos del control de la Fertilidad. Procedimientos Anticonceptivos, Pesquisa Precoz del Cáncer Cérvico Uterino.

La enseñanza teórica, se refuerza con experiencias prácticas, con el fin de adquirir habilidad y destreza.

El Laboratorio se ha estructurado con sesiones en modelos pélvicos, en las cuales, los médicos alumnos participan como monitores de las alumnas matronas. Una vez que éstas han logrado destreza, pasan a los consultorios para entregar atención directa de pacientes con supervisión docente.

Los alumnos médicos realizan su práctica en diferentes campos clínicos, orientadas éstas al perfeccionamiento de las tecnologías.

Tercera Unidad:

Contenidos de Educación Sexual, Psicología del adulto, Andragogía, Programación Educativa, Relaciones Humanas, Trabajo en Equipo, Técnicas Educativas, Técnicas de Evaluación en Educación.

Al igual que las unidades anteriores, los contenidos teóricos se refuerzan con experiencia práctica con un laboratorio de programación educativa.

Cuarta Unidad:

Esta Unidad se desarrolla en el lugar de trabajo de los alumnos, con supervisión, asesoría permanente del equipo docente del Departamento de Adistramiento, incluyendo apoyo docente cuando las circunstancias lo requieren.

En realidad esta unidad es un Laboratorio donde el alumno se constituye un factor multiplicador, transmitiendo a otros componentes del equipo los conocimientos adquiridos. Para estos aspectos, él debe planificar, ejecutar y evaluar un curso a nivel local. Cabe señalar que el cumplimiento de esta unidad es un requisito para aprobar el curso.

Los resultados que hemos obtenido, son altamente satisfactorios. Durante el año 1974, se adiestraron en los cursos principales 75 Matronas y 11 Médicos. Estos a su vez cumpliendo la cuarta unidad, capacitaron en los niveles locales aproximadamente:

Médicos	14
Matronas	241
Enfermeras	98
Asistentes Sociales	72
Nutricionistas	22
Tecnólogos Médicos	7
Educadora de Párvulos	5
Auxiliares de Enfermería	303
Empleados Admtvs. y Otros	30
Total transadiestrados	792

Esta modalidad nos ha permitido, bajos costos de adiestramiento, excelente aprovechamiento de recursos locales, los alumnos distraen un mínimo de tipo de sus actividades funcionarias y rendimientos óptimos.

Ejecución del Programa Educativo:

Los resultados de esta etapa dependen de una buena conducción y coordinación de ésta; de un efectivo trabajo de equipo y de las buenas relaciones humanas de sus componentes; de una motivación permanente de los alumnos; del respeto constante a la persona humana; de la adecuada selección de los docentes (los cuales deben participar en la etapa diagnóstica y de planificación en lo posible), de una buena selección y utilización del material didáctico técnicas educativas que se utilizan, etc. Cada uno de los factores han sido por nosotros considerados con religiosidad absoluta.

Por los resultados obtenidos, estamos convencidos que los factores anteriormente expuestos son determinantes del éxito de la ejecución de un programa.

Evaluación del Programa Educativo:

El primer paso de esta etapa se estructuró en la Planificación del Programa. Por razones de ordenación de la exposición la hemos puesto en el cuarto lugar, es necesario recordar que ésta se realiza simultáneamente con las etapas anteriores, y con posterioridad a ellas.

Debemos tener presente que los efectos de la educación, se observan a largo plazo por lo tanto no se puede pretender que éstos surjan inmediatamente terminado el curso. Por esta razón la evaluación debe realizarse en forma inmediata o mediata.

En nuestro módulo pedagógico, se ha estructurado un sistema de evaluación que es el siguiente:

Evaluación Previa o Diagnóstica Inicial:

Al inicio del curso, se ejecuta un test diagnóstico que permite conocer el nivel del grupo y medir al final de éstos el rendimiento y progreso obtenidos.

Evaluación Inmediata o a Corto Plazo:

Se evalúa cada clase en cuanto a contenido, metodología y calidad de la entrega del contenido y utilidad práctica de ésta para el alumno.

Evaluación de Clases:

Evaluación de laboratorios y experiencias en clínicas con instrumentos minuciosamente elaborado en los cuales se consigue evaluación del alumno por el docente que lo supervisa y una autoevaluación del alumno.

Test de Conocimiento:

Se realiza al finalizar la Tercera Unidad.

Evaluación General del Curso:

En test de opiniones de los alumnos y una discusión de grupo entre éstos y responsables del curso.

Evaluación del Curso, por el equipo del Departamento de Adistramiento.

Evaluación Mediata o a Largo Plazo:

Conscientes de la eficacia de un curso, se mide a largo plazo ya que el cambio de actitud y conducta toma tiempo, hemos considerado un sistema de evaluación a largo plazo el cual nos dá muy buenos resultados.

En nuestro diseño de evaluación, ésta se verifica mediante visitas de supervisión en los niveles locales, en los cuales se observa: Integración y Coordinación del Equipo de Salud, Rendimientos del Programa, Actitudes y Conducta de los adiestrados con posterioridad al curso. Se realiza además en estas visitas, un test de opiniones a los transadiestrados y se recoge la opinión de los Monitores de Paternidad Responsable. Otra pauta de evaluación de este tipo, son las opinio-

nes de los alumnos en su informe de la Cuarta Unidad del Curso.

Comentario Final.

En la medida que se observen los pasos que hemos descrito, la tarea será mucho más simple y enormemente gratificadora. Finalmente todo profesional en Salud debe tener claro que su constante perfeccionamiento, debe ser la estrella que guíe su quehacer y que cada uno de nosotros tiene la obligación de velar por la capacitación permanente del personal a nuestro cargo. Sólo de esta manera estaremos en condiciones de otorgar una atención óptima de calidad y con gran sentido humano a la madre y al niño en pro de su salud y bienestar.

"El destino de un país en desarrollo depende de sus hombres y de la toma de conciencia de ellos de su perseverante progreso y perfeccionamiento. La salud de estos hombres, depende de la responsabilidad del Equipo de Salud".

"La responsabilidad del Equipo de Salud comienza con su constante perfeccionamiento en la ciencia y tecnología médica".

La Planificación Familiar como complemento de la formación continuada de las obstetrices

Obst. *Piedad H. de Echeverría*

CURSOS REALIZADOS EN EL ECUADOR

El fenómeno que se observa en América Latina con respecto a la alta tasa de crecimiento de la población que en los últimos años alcanza el 2.9% anual (la más alta de cualquier otra región del mundo) y en nuestro país en particular (3.3% según el último censo de 1974), el bajo incremento del desarrollo económico que incide directamente sobre el costo de la vida; los bajos ingresos y el desempleo, y; el convencimiento de que el estudio de la población es el fundamento de todo enfoque socio-económico, por una parte, y por la otra la necesidad imperiosa de ayudar a nuestras mujeres para que no acudan al aborto como medio de no traer al mundo los hijos no deseados, hizo meditar profundamente a las obstetrices ecuatorianas sobre la necesidad de prepararse en este novísimo campo de la salud; la planificación familiar a fin de contribuir prácticamente al bienestar de la familia.

En los países latinoamericanos varían mucho las políticas de población; mientras algunos países del Caribe tienen programa para controlar la natalidad, otros como Argentina y Brasil son decididamente poblacionistas. En mi país, el Ecuador, se considera como un derecho de la pareja el de determinar el número de hijos que desea y por consiguiente se dá el servicio como uno más que el Gobierno presta a sus gobernados en su anhelo de proteger la salud del pueblo integralmente.

Por los antecedentes expuestos, la Federación de Obstetrices del Ecuador y el Colegio de Obstetrices de Pichincha, y en consideración de que nuestra autónoma Universidad no contempla en los programas de formación de las profesionales este importante aspecto, organizó el Primer Curso de Adiestramiento en Planificación Familiar que se realizó en Quito del 27 de agosto al 5 de septiembre de 1973 gracias a la ayuda económica de la Fundación Pathfinder y con el auspicio del Ministerio de Salud, OMS y otras instituciones afines.

El curso estuvo dirigido por obstetrices entrenadas en el exterior y a él asistieron 31 profesionales de todo el país escogidas por los diferentes Colegios que conforman la Federación Nacional cuya sede está en Quito.

Se previeron conferencias sobre: Demografía, Paternidad Responsable, la Iglesia Católica y la Planificación Familiar, Reproducción y Salud, Programa Materno Infantil, Programas de Planificación Familiar en zonas Urbanas y Rurales, Patología Ginecológica, Cáncer Cérvico Uterino, Anticoncepción: Métodos, Educación Sexual, Técnicas Educativas: Seguimiento y Evaluación, Rol de la Obstetriz en Planificación Familiar y los estudios de Planificación Familiar en el Currículum de la Escuela de Obstetricia.

Se realizaron prácticas, en diferentes Centros en que se hace la Planificación Familiar, pero resultó muy escasa porque el tiempo de duración del Curso no permitió más.

Los conferencistas fueron distinguidos médicos y obstetrices: y fue muy grato para todos comprobar cómo nuestras profesionales respondieron a cabalidad tanto en sus charlas como instructoras en la práctica del uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

La importancia de la realización de este primer curso, que más bien podría denominársele un "Seminario" por su corta duración, también está en que fue el que motivó a nuestras autoridades de salud a que nos invitaran, a través del Departamento de Población de ese entonces, a colaborar en la organización de dos nuevos cursos sobre Planificación Familiar de un mes de duración cada uno, llevados a cabo en la ciudad de Quito en noviembre de 1973 y en agosto de 1974, en los cuales se ha preparado a un buen número de obstetrices graduadas que ejercen su profesión tanto en instituciones gubernamentales como particularmente en sus consultorios, facultades que, por ley tiene la profesional en mi país.

Los cursos realizados, como todos, tuvieron su justificación los objetivos, el plan de acción, el personal y facilidades, las metas, los locales y transporte, los recursos, el informe y la evaluación y naturalmente, las becarias. En lo que tiene referencia al personal debemos indicar que la Directora de los tres cursos fue una obstetriz nombrada por la Federación. La coordinadora y la secretaria, en el primero realizado solo por la clase, fueron también obstetrices.

En los dos últimos realizados en colaboración con las autoridades de Salud el Coordinador fue el Médico Jefe de la Sección de Adistramiento del Departamento de Población y la secretaria una profesional perteneciente al mismo Departamento.

Las instructoras en todos los cursos han sido obstetrices especializadas en Planificación Familiar.

En cuanto a la dinámica de trabajo se escogieron las cuatro horas de la mañana para las Conferencias, Mesas Redondas y Discusiones de Grupo y las cuatro horas de la tarde se dedicaron a prácticas clínicas de consultorio, exceptuando la primera semana en la cual las ocho horas se dedicaron a clases teóricas y de orientación del programa.

Las becarias fueron controladas en su asistencia por Secretaría y quienes tuvieron una inasistencia del 20% no recibieron el certificado de haber realizado el curso que se les concedió al final del mismo en una ceremonia con programa especial.

En lo que se relaciona con los recursos, ustedes saben que hay que considerar tres clases: Los recursos humanos, los materiales y los financieros.

Para el éxito de los cursos, contribuyeron, naturalmente los profesionales escogidos como conferencistas, instructoras, etc. Se dispuso de suficiente material audio-visual y de películas.

En la parte financiera, punto débil de nuestros países, tuvimos la suerte de contar con la ayuda económica de la Fundación Pathfinder, que hizo posible la realización de los mencionados cursos.

El informe y la evaluación fueron realizados por la Unidad de Evaluación del Departamento de Población considerando tres aspectos: La Planificación, la Organización y la Ejecución. Se utilizó la forma directa y cuestionarios para realizar una evaluación "inicial" y otra "final".

En cuanto al contenido, es decir, a los temas se consideraron los siguientes:

a. Problema, Demografía, Definición, Estructura de la Población, Tasas, Fertilidad, Fecundidad, Población del Mundo, de América Latina y el Ecuador, Población, Desarrollo Económico y Salud.

   Urbanización y Marginalidad. Características Culturales y Costumbres de la Población a servirse.

   La Iglesia y la Planificación Familiar.
   Rol de la Obstetriz en el equipo de salud y en los programas de Planificación Familiar.

b. Salud:
   Nivel y Estructura de Salud.
   Factores condicionantes del Nivel de Salud.

c. Programa. Justificación del Programa de Planificación Familiar en el Ecuador.
   Técnicas de Comunicación Social.

Nociones Generales del proceso de comunicación.
Características de los medios de comunicación.
Efectos de comunicación.

d. Técnicas Educativas y de Información.

Creación de una Comunidad de Aprendizaje.
Educación liberadora y conscientizadora en Planificación Familiar.
El proceso de adopción de nuevas ideas en Planificación Familiar.
El método reflexivo en Planificación Familiar
La comunicación interpersonal en Planificación Familiar.
El diálogo y la entrevista.
El cronograma: su organización y utilización en Planificación Familiar.
Organización de charlas.
El rumor y distorsión del mensaje.
Organización de Grupos de Trabajo.
Oportunidad que tiene la obstetriz para realizar charlas sobre Planificación Familiar.

e. Administración de Programas:

Atención Médica.
Supervisión.
Seguimiento.
Evaluación.
Manejo de Registros y Formularios.

f. Temas Médicos:

Anatomía y Fisiología de la reproducción humana.
Examen físico, pélvico y de los senos.
Enfermedad inflamatoria pélvica.
Educación Sexual.
Historia de la Anticoncepción.
Métodos anticonceptivos orales y los inyectables.
DIU
Métodos anticonceptivos quirúrgicos, laparocopia, vasectomía.
Problemas psicológicos asociados al uso de anticonceptivos.
Problemas menstruales en relación con la administración de anticonceptivos.
Elección de la anticoncepción.
Patología vulvo-cervical.
Infertilidad.
Terapéutica Ginecológica.
El aborto como problema social e individual.
Detección oportuna del cáncer ginecológico.
Programas hospitalarios.
Citología vaginal.

Hubo Foros sobre:

Demografía, Población y Justificación del Programa de Planificación Familiar, en el Ecuador.
Métodos anticonceptivos.
Técnicas de comunicación y educación.

En cuanto a la planificación familiar y ejecución de los cursos debo manifestar que cada vez, como es lógico, se ha ido mejorando en su ejecución y métodos como así lo indican las evaluaciones de los tres cursos realizados.

En lo que se refiere al contenido, es decir, en lo que se enseñó y ejercitó a las alumnas, creo yo que se emplearon demasiadas horas en Demografía y en Técnicas Educativas y de Información, restando tiempo a temas médicos como "Educación Sexual", "Terapéutica Ginecológica" y "Endocrinología" sexual y femenina que, como tema específico no se consideró. Desde luego que es importante que todas tengamos un concepto claro y universal del problema demográfico como también es útil el que sepamos cómo organizar charlas y las diversas técnicas educativas para el servicio a la comunidad, pero dado que formamos parte del equipo de salud y hay otros profesionales que se ocupan de estos aspectos, me parece que en un curso de esta naturaleza se debe utilizar la mayor parte del tiempo en conferencias médicas y en prácticas.

Como se han hecho en el Ecuador sería conveniente realizar este tipo de cursos en los países en los cuales las obstetrices o las enfermeras obstetrices no reciben en su preparación universitaria los conocimientos que les capaciten para dar esta importante ayuda a la familia y así contribuir al desarrollo de nuestros pueblos. Se pueden considerar como fuentes financieras para su realización los recursos disponibles para este tipo de adiestramiento que conceden algunas instituciones internacionales como la Fundación Pathfinder, o el Fondo de Naciones Unidas para actividades de población, que fue creado en 1969 con el fin de dar asistencia a los países que buscan identificar y enfrentar problemas de población.

Hasta el próximo mes de junio el Fondo debe presentar un programa en la reunión del Consejo

de Administración del PNUD (Programa de Naciones Unidas para el desarrollo) para el período 1976-1979. Convendría que se prepare un Programa amplio que incluya a los países de América Latina que tengan interés en participar en Cursos de Planificación Familiar que es una de las principales actividades del Fondo (el 37.3% de los recursos estuvieron destinados hasta 1972 a este campo).

Para esto se debe señalar las fechas de iniciación de los cursos, su duración y el cálculo presupuestario de cada uno de ellos. Con todos estos proyectos se elaboraría el programa de la Confederación Internacional de Matronas para 1976-1979 y podría obtenerse el financiamiento de dicho Programa de Naciones Unidas para Actividades de Población.

A más de los cursos de Planificación Familiar indicados, también se realizó en Quito en 1972, un curso sobre Educación Sexual, que es de suma importancia debido a que nuestras sociedades han recibido tan poco conocimiento sobre este básico tema de fomento de la salud y de la felicidad de las parejas. Siempre se han tratado los temas de sexualidad como algo deshonesto o impuro lo que ha fomentado la ignorancia de las personas sobre la higiene íntima con consecuencias funestas para la salud. Felizmente este tema "tabú" está hoy siendo tratado con más naturalidad y, conociendo las obstetrices, su importancia se han preocupado de prepararse ellas para dar un mejor servicio al sexo femenino.

Ultimamente la Federación Nacional realizó en Guayaquil, puerto principal del Ecuador, un curso de Genética, con la participación de un distinguido profesional mexicano, el doctor González Ramos, que constituyó un verdadero éxito, tanto por los conocimientos que ahí se impartieron como por la organización misma del curso, al que asistieron no solo obstetrices sino médicos, psicólogos, biólogos, médicos veterinarios, e ingenieros agrónomos.

Lo que cabe resaltar al hacerles conocer lo que la máxima organización clasista y sus colegios realizan en el Ecuador, es la seriedad y responsabilidad con que han tomado las obstetrices ecuatorianas la obligación de preocuparse por su constante superación y un innegable afán de "estar al día" en todo lo que se refiere a su profesión para cumplir con el deber de dar un servicio completo y de mejor calidad a quienes nos solicitan que es, en definitiva, la meta anhelada de todas las profesionales.

Educación continuada para enfermeras y enfermeras obstetrices en República Dominicana

Angela Margarita Báez V.
Enfermera Obstétrica

República Dominicana, según datos con que cuenta la División de Enfermería de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social en 1974, cuenta con 0.8 Enfermeras y 5.0 Auxiliares de Enfermería por 10.000 habitantes. El total de personal de enfermería en el país es actualmente de 346 enfermeras y 2.138 auxiliares de enfermería.

Las enfermeras obstétricas son un total de 21 de las cuales 8 realizaron estudios de postgrado en Puerto Rico y Costa Rica y el resto en un curso realizado en el país en 1971.

Como ha podido notarse, en el trabajo presentado sobre "Problema Materno Infantil en República Dominicana" el alto porcentaje de población menores de 15 años, el número de mujeres en edad fértil, las elevadas tasas de morbimortalidad Materno Infantil, el reducido número de recursos profesionales y la característica de la población (60.9% vive en poblaciones de 2.000 habitantes y menos) hacen imposible la dotación de personal profesional especializado a todos los niveles de atención principalmente al nivel periférico).

Ante esta situación, se han descontinuado los cursos de post-graduado, de obstetricia para enfermeras y los programas de las escuelas han sido revisados de tal manera que la estudiante de enfermería egresa capacitada para realizar controles a embarazadas, asistir un parto normal, hacer reconocimiento a la madre en el puerperio, orientar a la madre sobre planificación familiar y aplicar cualquier método anticonceptivo y realizar controles de salud al niño. Así como adiestrar y supervisar parteras empíricas.

Las enfermeras con Post-graduado en Obstetricia (un total de 21) funcionan de agentes multiplicadores, en los programas de obstetricia de las escuelas de Enfermería y Centros de Adiestramiento para Auxiliares de Enfermería y en programas de educación continuada en Materno Infantil, a enfermeras egresadas de los programas anteriores a la revisión actual.

En estos programas de educación continuada se hace énfasis en el control de embarazadas por personal de enfermería, atención al paciente, planificación familiar y control de salud del niño.

En lo referente al personal auxiliar de enfermería, este ingresa a los Centros de Adiestramiento con un octavo grado escolar; el programa de adiestramiento es de seis meses de duración con un 41.6% del tiempo dedicado a Materno Infantil y Planificación Familiar.

Las clínicas rurales, estructura de Salud más pequeña, son un total de 147 actualmente y se están dotando de auxiliares egresados de programas especiales con 62.5% del total del tiempo (4 meses) dedicados a Materno Infantil y Planificación Familiar. Estas clínicas funcionan con este tipo de auxiliares de enfermería y un ayudante, bajo la supervisión directa de la enfermera del hospital base de área.

Esta es la situación de formación y educación continuada para enfermeras en República Dominicana.

En lo adelante se contempla continuar la formación de enfermeras obstétricas a medida se extienden los Centros de formación de personal de Enfermería.

Participación de la partera empírica en las actividades materno infantil y de planificación familiar en Costa Rica.

Haydeé Gómez de Badilla
Supervisora Enfermería

La aceptación de la partera empírica como miembro voluntario del equipo de Salud, ha sido objeto de grandes controversias entre los profesionales de enfermería * y medicina, no obstante se ha llegado a comprobar con hechos, el relevante papel de la partera empírica en la comunidad, su valiosa contribución en la solución de problemas de salud en el área rural, tanto que en la actualidad su participación es reconocida como indispensable, y se considera incompleto, el programa materno infantil que no contemple actividades de adiestramiento y supervisión de parteras empíricas.

Quién es la partera empírica?

Es un miembro de la comunidad que se ha dedicado a atender partos inspirada por un alto espíritu de servicio y ha adquirido su experiencia en partos, observando a parientes cercanos: madre, hermanas, suegra, y una gran mayoría de ellas se iniciaron atendiéndose a sí misma. Una vez que la partera ha sido entrenada en la Unidad Sanitaria de su localidad, se le extiende un permiso para atender partos normales.

La actividad de adiestramiento y supervisión de parteras empíricas, se incorporó al programa del Departamento Materno Infantil, mediante el Decreto Ejecutivo Nº 352 del 30 de abril de 1966, el cual en su Artículo 1º establece:

> "Solamente podrán atender partos, los médicos, las obstétricas y las parteras empíricas debidamente autorizadas por el Ministerio de Salubridad Pública, de acuerdo con lo que dispone este Decreto".

Campo de acción de la partera empírica:

La partera empírica realiza sus actividades en zonas rurales sumamente alejadas de los Centros Hospitalarios, con vías y medios de transporte que imposibilitan el traslado de una madre en labor de parto, a una maternidad, zonas que se caracterizan además por una elevada tasa de natalidad. En la mayoría de estos lugares la única persona a quien puede recurrir la familia en busca de auxilio para sus problemas de salud, es la partera empírica.

Un enfoque de algunos hechos vitales de nuestro país nos dan una idea más clara de la participación que tiene la partera empírica en el cuidado de la madre y de los niños.

En el año 1972, se registraron en Costa Rica 57.438 nacimientos, de los cuales 43.962 (76.5%) ocurrieron en instituciones hospitalarias, 13.468 (23.5%) en el hogar, 536 (0.9%) en otros lugares.

De estos movimientos el médico atendió el 27.7%, la obstétrica 34.2%, la enfermera 15.6%, la comadrona o partera empírica 17.4%, otra persona 5.1%.

La provincia de Guanacaste y Puntarenas, tuvieron el mayor porcentaje de partos en el hogar 52.5% y 42.2% respectivamente. Las parteras empíricas atendieron el 41.1% de los nacimientos ocurridos en Guanacaste y el 30.9% en Puntarenas. Estas dos provincias tienen además el mayor porcentaje de poblaciones rurales con viviendas dispersas, razón por la cual se eligieron para iniciar el adiestramiento y supervisión de parteras.

Estas cifras tienen un gran significado no solo por la cantidad de partos atendidos por las parteras empíricas, sino por la facilidad de acceso, el contacto permanente de la partera empírica, con cada uno de estos hogares, tiene valor también por la necesidad que ha sentido la familia de recurrir a la partera empírica en un momento de tanta trascendencia, la libertad de seleccionar a aquella que más confianza le inspira. Por otra parte, siendo la partera empírica un miembro de la localidad, conoce a fondo y practica las costumbres de su comunidad, tiene

* Enfermería Obstétrica.

las mismas creencias del grupo, el mismo patrón cultural. Todos estos son factores que permiten que la partera empírica, una vez entrenada, se convierte en un promotor de salud voluntario, que pueda lograr cambios más efectivos que otros funcionarios ajenos al lugar, de ahí que puede ser utilizada con éxito en los programas de salud, particularmente en Materno Infantil y Planificación Familiar, bien sea con fines de divulgación, como para pesquisa y seguimiento de casos que no pueden ser visitados por las enfermeras de Salud Pública.

Cómo colabora en las actividades de Planificación Familiar?

La partera empírica ha identificado por sí sola una serie de tareas a cumplir en el campo de planificación familiar, siendo así que es ella quien se ha fijado sus propias responsabilidades.

En sus relaciones con la comunidad, la partera empírica informa acerca de los horarios de consulta de Planificación Familiar, métodos anticonceptivos disponibles en las Unidades Sanitarias, efectúa referencias de los servicios de planificación familiar.

Las demandas planteadas por las parteras en los primeros cursos de adiestramiento, obligaron a incluir temas sobre: Paternidad Responsable, importancia de la Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos, Ventajas de la Planificación Familiar.

En diciembre del año 1972, se llevó a cabo una evaluación de los cursillos de adiestramiento a parteras empíricas. Entre las 39 preguntas formuladas en la encuesta utilizada para la evaluación, seis se relacionaron con aspectos de Planificación Familiar a saber:

1. Qué entiende usted por Planificación Familiar?
2. Le preguntan a usted sobre cómo evitar los embarazos?
3. Quiénes le consultan: mujeres solteras, casadas, hombres solteros, casados?
4. Consultan a usted con frecuencia sobre métodos anticonceptivos?
5. Cuáles métodos anticonceptivos conoce usted?
6. A dónde refiere usted las personas que le consultan sobre Planificación Familiar?

La respuesta a éstas preguntas confirman que la partera empírica tiene un claro concepto de lo que es Planificación Familiar y lo considera como un medio para la ayuda a madre y niño. También evidencia que es consultada con mucha frecuencia, por mujeres casadas acerca de métodos anticonceptivos, que está bien informada sobre los diferentes métodos anticonceptivos y de las instituciones donde se ofrecen los servicios de Planificación Familiar.

Conclusiones:

La experiencia de ocho años de adiestramiento y supervisión de parteras empíricas, en Costa Rica, ha permitido aumentar la cobertura de atención prenatal, lograr una pesquisa más afortunada y seguimiento de las embarazadas. El parto intrahospitalario ha aumentado de manera significativa.

Las parteras empíricas con su gran conocimiento de los problemas de salud y sociales de las familias, a quienes prestan sus servicios, han tomado la iniciativa para orientar y aconsejar sobre planificación familiar, por lo que no ha sido necesario elaborar ninguna estrategia para lograr su participación en actividades de planificación familiar.

Experiencias en el adiestramiento a comadronas empíricas, en el Estado portugués (sub-región Venezuela).

RESUMEN:

Venezuela, con una población para el 1º de julio de 1973, 11.218.495. Venezuela tiene el 20% de la población *rural,* estando el resto de ésta ubicada en las zonas *intermedio* y urbano, posee carreteras lo que facilita una rápida movilización o desplazamiento de sus habitantes.

Tenemos como muestra representativa el año 1972 un área de natalidad de 293.969 nacidos vivos, de éstos fueron atendidos por médico 266.612 con un porcentaje de 90.6%, atendidos por comadronas o por enfermeras 12.701 con un porcentaje de 4.3% y atendidos por otros (vecinos, comadres, abuelas, madre) 14.215 con un porcentaje de 4.8%.

Todos los países, independientemente de la etapa de desarrollo social y económico en que se encuentren, están interesados en satisfacer las necesidades de salud de todo su pueblo, de acuerdo a los recursos con que cuente.

En el caso de mi país, en los programas de Materno-Infantil tenemos el adiestramiento a la *comadrona empírica* el que se desarrolla a través del programa de Atención de Enfermería Rural, para cubrir así el área rural dispersa. La comadrona es una persona en quien la comunidad tiene una *preferencia marcada* y en consecuencia goza de una gran aceptación. A pesar de sus escasos conocimientos, los miembros del equipo de salud no hemos sido renuentes a aceptarla como elemento cultural local e incluírla en programas encaminados a promover la salud y para regular su adiestramiento y práctica.

Muchas veces a causa de su avanzada edad, es difícil lograr cambios que penetren profundamente en su vida emocional, modificando patrones de conducta, también es probable que su capacidad mental no dé para aprender métodos y procedimientos nuevos para ella, pero con una enseñanza animada (métodos audiovisuales) se han logrado resultados satisfactorios concretándonos en lo siguiente:

1. Asistencia en *partos normales* y el cuidado del recién nacido.

2. Referencia de embarazadas a la dependencia de salud y más cercana cuando reconozca en ellos posibles señales y síntomas de peligro.

3. Utilización de técnicas de asepsia. (Razuraje de región pubiana. Enema evacuador, ligadura de cordón umbilical, Método de Credé (Nitrato de plata en los ojos).

4. Contribuir a disminuir a evitar el tétanos neonatórum.

5. Denuncia de los partos atendidos por ella, para planificación de visita a la puérpera.

6. Captar embarazadas para la clínica de higiene pre-natal.

7. Llevar o referir al infantil a la clínica de puericultura.

8. Llevar o referir a la post-natal a la clínica correspondiente.

9. Aportar conocimientos sobre educación alimentaria a la madre y el niño, enfatizando en la alimentación o lactancia materna.

El programa en referencia trata de enseñar a la comadrona.

1. Lo *normal* antes, para que pueda reconocer lo *anormal.*

2. Sus deberes y obligaciones.

3. Lo que no debe hacer en presencia de un parto anormal y su conducta a seguir en este caso.

4. Así como también aspectos relacionados con inmunizaciones y las edades en que el infantil y pre-escolar debe recibirlas.

Esta comadrona está en permanente contacto con el puesto de salud de su localidad y es supervisada tanto por la enfermera profesional de esa área, como por la auxiliar de enfermería del dispensario rural.

El programa de adiestramiento a la comadrona tiene una duración de veinte horas, asignando de éstas dieciséis a adiestramiento práctico.

El programa en referencia consta de:

a. Anatomía y Fisiología del sistema reproductor femenino.

b. Diagnóstico y duración del embarazo.

c. Hábitos higiénicos y alimenticios.

d. Señales de peligro en la embarazada.

e. Utensilios necesarios para la comadrona.

f. Conducta en el 1º y 2º períodos del parto.

— 1º período no debe aplicar maniobra de Cristeller, ni dará a beber infusiones.

— 2º período no practicar tactos vaginales.

g. Cuidados del cordón umbilical.

h. Conducta en el tercer período del parto (expulsión de la placenta).

Cuidados del recién nacido.

Puerperio, cuidado de la mujer en este período.

Programa Experimental para Adiestramiento de Parteras Promotoras

Justificación:

1. El mayor porcentaje de partos se suceden en el domicilio y de éstos el mayor porcentaje son atendidos por parteras empíricas.

2. Escasez en la oferta expresada en atención médica y en el recurso de cama.

3. El Ministerio de Salud es consciente de la importancia de la partera empírica en la comunidad rural colombiana y que por ende es difícil de erradicar.

La utilización de la partera empírica es consecuente en las políticas y objetivos del Ministerio de Salud y Materno Infantil.

Política:

— Ampliación de los niveles de cobertura de los servicios de salud correspondientes al sub-sector público, en especial de las actividades comprendidas en el Programa Materno Infantil y en aquellos destinados a grupos de población marginada en las zonas urbanas y rurales.

Se ha pretendido con esta política, llegar a cubrir en forma progresiva la totalidad de la población y, de esta manera hacer realidad el principio de salud como derecho.

Los objetivos:

El Programa Materno Infantil tienen como objetivos principales:

— Aumentar las coberturas de asistencia prenatal y de control de crecimiento y desarrollo en el niño menor de 5 años.

— Prevenir el aborto provocado.

— Contribuir al diagnóstico precoz del cáncer genital femenino mediante citología vaginal.

Recomendaciones del Plan Decenal de las Américas:

1. Reducir los riesgos de enfermar y morir a que están expuestos en la actualidad madres y niños, y extender la cobertura de los Servicios de Salud Materno Infantil.

2. Realizar programas sectoriales y promover los intersectoriales a fin de:

   a. Reducir la mortalidad en los menores de un año en un 40%, con rangos de 30 a 50 por ciento.

   b. Reducir la mortalidad de los niños de uno a cuatro años en un 60%, con rangos de 50 a 70 por ciento.

   c. Reducir la mortalidad materna en un 40% con rangos de 30 a 50 por ciento.

   En relación con la expansión de los servicios, es recomendable formular metas de cobertura y concentración mínimas.

3. Alcanzar una cobertura de 50% de atención prenatal, de 60 a 90% de atención adecuada del parto, y de 60% de atención en el postparto.

4. Alcanzar una cobertura de 90% de los niños menores de un año, de 50 a 70% de los de uno a cuatro años, y de 50% de los cinco años.

5. Adoptar sistemas de regionalización de servicios, en los que se contemple fundamentalmente el trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo parteras empíricas y la delegación de funciones, con adiestramiento y supervisión adecuados.

6. Promover programas de extensión de servicios de salud Materno Infantil y Bienestar Familiar cuando las circunstancias lo requieran.

7. Promover la formación del personal profesional y auxiliar correspondiente, basándose en un sistema en que se asegure el adiestramiento continuo.

Adiestramiento de parteras empíricas:

El Ministerio de Salud ha tenido dos grandes experiencias sobre adiestramiento de parteras empíricas en diferentes épocas.

1. En la época del 55 al 65 fue la primera:

   a. La Escuela Nacional de Salud Pública, incluía en la cátedra de Gineco-obstetricia el adiestramiento de las enfermeras para la atención del parto a domicilio.

   b Las enfermeras egresadas de estos cursos, tenían como labor principal en sus áreas de trabajo (en esa época Centros Pilotos o Distritos Especiales de Salud) el adiestramiento, supervisión y evaluación de las parteras empíricas urbanas y rurales.

   Los resultados fueron excelentes.

a. Se obtuvo mayor demanda de los servicios Materno Infantil tanto en lo preventivo como en lo curativo.

b. Contribución en baja de morbimortalidad Materno Infantil.

c. Mayor participación de la comunidad con los organismos de Salud.

d. Menor incidencia en la utilización ocitóxicos.

La segunda experiencia está siendo realizada en el área rural, donde la partera promotora realiza más actividades en forma mejor organizada y recibe una bonificación del Ministerio de Salud.

De esta última experiencia de dos años consecutivos se presentan varios aspectos:

I — *Justificación*:

Es evidente la necesidad de llegar a la zona rural por:

a. La baja cobertura de los Programas de Salud, especialmente en dicha zona donde habita cerca del 46% de la población total del país.

b. La alta tasa de natalidad, la falta de estímulos y facilidades para ubicar en la zona rural, personal profesional para la atención de partos, gran porcentaje de éstos, son atendidos por las parteras empíricas tanto en el área rural como en el área urbana.

c. Que es adecuada y factible la utilización apropiada de la partera con adiestramiento, vinculada al organismo de salud local.

d. Su reconocido liderazgo natural que posee, le permite a la partera prestar servicios y educación a los habitantes de su comunidad.

II — *Objetivos del proyecto*:

1. Conocer si las parteras, como líderes de una vereda pueden mejorar la calidad de las actividades que usualmente realizan y además ejecutar otras actividades para protección, fomento y recuperación de la salud de la comunidad.

2. Medir el aumento de la cobertura de la atención a la madre y el niño en el organismo de salud, utilizando parteras como promotoras de salud.

3. Determinar si se producen cambios en el nivel de salud de la comunidad después de un tiempo de iniciadas las actividades de este personal.

III — *Objetivos del Curso*:

1. Impartir conocimientos teórico-práctico, en las técnicas adecuadas para la atención del parto normal, post-parto y recién nacido.

2. Capacitar a las parteras para desempeñar funciones que protejan la salud y mejoren el nivel de vida de su comunidad.

3. Dar conocimientos a las parteras sobre métodos para educar a la comunidad.

IV — *Responsables*:

a. Ministerio de Salud Pública.

b. Servicio Seccional de Salud del Tolima.

c. Movimiento de Reconstrucción Rural.

V — *Características generales de la región donde se realiza el proyecto:*

1. Población:

a. Total	=	9.179
b. Urbana	=	2.298
c. Rural	=	6.881

2. Estructura:

Menor de 1 año	353 hs.
de 1 a 4 años	1.294
De 5 a 14 años	2.717
De 15 y más	4.810
M E F	2.074
E. E.	422

3. Causas Materno Infantil.

4. Causas Mortalidad Materna.

Recursos de Salud:

a. Hospital con camas 11

b. Médico General de tiempo completo.

c. Tres Auxiliares de Enfermería.

Etapas de Adiestramiento:

Encuesta de parteras empíricas:

Para un total de 20 encuestadas, los aspectos sobresalientes fueron:

Sexo	19 mujeres.
E.C.	12 casadas.
Edad	12 mayor de 50 años.
Escolaridad	7 analfabetas 9 3º de primaria. 4 5º de primaria.

Edad en que se inició como

P.E.	7 — 20 a 30 7 — 40 y más. 2 — 15 a 20.

Cómo aprendieron:

7 X observación.
6 Otras parteras enseñaron.

Nº de P.A.	200 — 300	2
	50 — 100	6
	10 — 20	12
Costo de la A. del P.	50 a 100	8
	10 — 30	5

Lo que quieran dar 7.

Consejos que recomiendan durante el embarazo:

— Las visitas domiciliarias, para sobarlas.

— El purgante y las vitaminas.

— Para sacar el viento, tomar agua de naranjo agrio.

— La buena alimentación.

— Quietud absoluta durante cuarenta días, después de los cuales podrá levantarse.

— Evitar ejercicios impropios como caminar.

— Fajarse bien.

— Pastas de mejoral, cefalina o bencetasil fortificado para evitar la fiebre.

— El agua de las nueve yerbas.

— Criterios.

— Duración del curso.

— Contenido del curso.

— Evaluaciones del curso.

— Conclusiones del curso.

Con el curso se ha creado una vinculación de las parteras promotoras al Organismo de Salud.

Se logrará una magnífica receptibilidad por parte de los funcionarios del hospital hacia las parteras promotoras.

Despierta espectativa en los habitantes de su vereda sobre los programas de salud que existen.

Adquiere conocimientos para prestar servicios mínimos de salud en su comunidad.

Recomendaciones:

Con la experiencia adquirida en la realización de este curso y para próximos adiestramientos, hacemos las siguientes recomendaciones:

1. En el desarrollo del curso se presentaron problemas por falta de coordinación de las entidades comprometidas, por lo cual se vé la necesidad de responsabilizar a una sola entidad del desarrollo de estos cargos.

2. Debido a la poca demanda de servicios en los campos utilizados para hacer las prácticas del curso, éstas no alcanzaron a cubrir su objetivo, por tanto es necesario revisar con más detenimiento la selección de los campos de práctica.

3. Al hacer el análisis de la evaluación del curso se encontraron serias dificultades para realizarlo debido a la información vaga e imprecisa del sistema empleado. Es conveniente revisar y reestructurar la metodología usada para la evaluación.

4. De acuerdo al efecto logrado con este grupo de parteras es aconsejable repetir este adiestramiento en otras comunidades del país.

Evaluación primer año 1973-1974.

— Supervisión.

— Actividades realizadas.

— Legislación.

— Políticas.

— El adiestramiento de planificación familiar es una de las varias estrategias para dar solución a mediano plazo, a la actual situación de Salud.

Al tiempo se ponen en marcha otras que inclusive incluyen otros sectores. La Educación, Desarrollo, Agricultura (aumento de egresos, profesionales de salud, revisión cursillo; estímulos para que los profesionales vayan al área rural).

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS
PROMOTORAS PARTERAS DE PRADO (TOLIMA) 1973 - 1974

ACTIVIDADES	1973		1974	
	X Anual por Promotora	Total de Actividades	X Anual por Promotora	Total de Actividades
— Personas enviadas al Centro de Salud.	47	611	54	702
— Visitas: Embarazadas-puérpera niños.	66	858	90	1.170
— Partos remitidos al Hospital	2	26	5	65
— Partos inminentes atendidos por la Promotora	2	36	2	46
— Primeros Auxilios e hidrataciones orales.	35	455	35	455
— Curaciones.	67	871	90	1.170
— Inyecciones aplicadas	172	2.236	182	2.366
— Colaboración e instalación y mejoramiento de letrinas.	9	117	11	143
— Charlas educativas a grupos.	11	143	13	169

Que hace para promover la utilización del atendente tradicional del parto en la región

Señorita *Agnes Lima*
OPS/OMS

Hace varios años que la OPS/OMS está promoviendo en la región de las Américas el estudio del problema de la partera empírica atendente tradicional del parto principalmente en los países con baja cobertura de atención profesional del parto; y asistiendo a los Servicios de Salud Pública a Nivel Local en el desarrollo de actividades para la captación, registro y control de la partera empírica mediante programas de adiestramiento y supervisión por el Servicio de Enfermería de Salud Pública.

Tipo de asistencia que se dá:

1. Hasta la presente década esta asistencia se vienen haciendo dentro de los proyectos de servicios integrados de salud (3100) de los países, proyectos que datan desde la década 1950 e incluyen objetivos de proyección y penetración rural. Estos proyectos han recibido casi siempre alguna participación de UNICEP relacionada con suministro de equipo y material, y a veces financiamiento de costos locales en el desarrollo de cursillos para las empíricas. Así se han realizado cursillos de adiestramiento y algunos intentos de supervisión y control de parteras empíricas en algunos centros y puestos de salud en Paraguay, Colombia, Brasil, Venezuela, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Belice.

1.1. El primer programa sobre el que tengo datos y en el cual participé fue uno que se desarrolló en la Maternidad Municipal de Cali, Colombia, en 1954, 55 y luego en la Secretaría de Salud de Bogotá en 1956. Este programa se inició como área de demostración y luego se extendió a varios centros de salud municipales de Cali y Bogotá, alcanzando a ser implementado posteriormente en centros de salud de distritos departamentales de algunas seccionales de salud en el interior del país. No llegó a convertirse en programa específico departamental o nacional principalmente por resistencia y/o apatía profesional (médicos, obstetrices, enfermeras) quienes debían aprobar y desarrollar el programa con personal auxiliar local.

1.2. Estos primeros intentos de adiestramiento supervisión y control de parteras empíricas se basaron en manuales y experiencias en el Sur de Estados Unidos y Alaska, cuyos manuales fueron adaptados a la realidad de los países latinoamericanos. A principios de 1960 todavía existían programas específicos para parteras empíricas (granny-mid-wives) en el Sur de Estados Unidos y creo que persisten aún en Alaska y otros, auspiciados por los Country o State Health Depts, equivalente al Area de Salud, zona de Salud, Unidad Sanitaria Regional o Seccional de Salud Departamental de países latinoamericanos.

2. El primer intento de envergadura regional de OPS para conocer el problema de la atención obstétrica fue el estudio realizado de 1963 a 1966, publicado a principios de 1968. "Estudio sobre personal de obstetricia en América Latina y el Caribe". El tomo Nº 2. "Obstetrices y otro Personal" incluye el estudio de la partera empírica.

2.1. Fueron encuestados 32 países y territorios, 30 enviaron datos sobre la partera empírica y solo uno informó no existir este elemento en el país.

2.2. En los 29 países en que existían parteras empíricas, solo 9 contaban con programas de adiestramiento en marcha con más de 2.000 parteras ya adiestradas, siendo este número solo una fracción del total existente en Sur América; 12 de los 29 países informaron actividades de supervisión o control generalmente en conjunto con programas de adiestramiento. (Ver cuadro Nº 1).

2.3. En este estudio se concluía:

A. Que la partera empírica adiestrada, puede incluir, como elemento adicional del equipo materno infantil en:

1. Persuadir a las madres que acudan al servicio de salud para control prenatal y registro del nacimiento del niño.

2. Prestar cuidados a las madres e hijos durante la gestación, parto y período post-parto y neonatal en casos sin complicación, y cuando los servicios profesionales son difíciles de conseguir.

B. Que en la determinación de necesidades futuras de personal profesional, auxiliar y comunitario (partera empírica) para la atención obstétrica, cada país debe tener en cuenta:

1 La magnitud de su población, su distribución geográfica y etaria, pautas culturales y valores sociales.

2. Tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad materno infantil.

3. Facilidades de acceso a los servicios de salud en las distintas regiones del país.

4. Puestos o cargos disponibles para personal de obstetricia de diferentes categorías y las funciones de dicho personal.

5. Disposiciones legales vigentes sobre enfermería y obstetricia.

C. Con base en las necesidades identificadas y recursos disponibles y potenciales:

1. Adoptar decisiones acerca de la combinación más factible de personal que se estime contribuiría mejor a la consecución de los fines establecidos para resolver problemas y necesidades de atención materno infantil.

2. Formularse los siguientes interrogantes:

— Con relación a la preparación y utilización exclusiva de personal profesional, es este personal capaz de atender al gran número de madres y niños que en el país necesitan atención?

— Qué planes se han formulado para la continuidad o reemplazo del personal profesional cuando el que existe en la actualidad cesa de ejercer la profesión?

— Cuando existe personal profesional, auxiliar y empírico para la atención obstétrica, qué planes deben establecerse para garantizar el adiestramiento y supervisión de los dos últimos; y están los profesionales preparados para adiestrar, supervisar y utilizar eficientemente a dicho personal en los lugares del país donde se necesita especialmente de su ayuda para extender un cuidado aceptable a madres, niños y familias?

— Facilitan, u obstaculizan, los médicos, obstetrices y enfermeras el adiestramiento, supervisión y control, que las parteras empíricas tradicionales existentes necesitan?

3. Consecuente al estudio sobre parteras empíricas y atendiendo el interés creciente de los países en buscar soluciones a la limitación de los recursos humanos y materiales disponibles para la extensión de sus servicios de salud materno infantil, la OPS en 1969 elaboró el documento "Guía de Orientación y Supervisión de Parteras Empíricas" para uso de enfermeras y obstetrices en programas de incorporación de parteras empíricas a la atención materno neonatal a nivel del mínimo local. Destacamos los siguientes aspectos del documento:

3.1. No se trata de fomentar competencia con personal profesional, sino de enfrentar y buscar alguna solución a una realidad existente. La utilización de la partera empírica adiestrada en el programa de salud materno infantil, es una forma realista para aliviar el problema de escasez de personal capacitado especialmente en comunidades marginadas y rurales.

3.2. La "Guía de Orientación y Supervisión de Parteras Empíricas" ha sido ampliamente

divulgado y varios países lo utilizan en experimentos locales; da una base doctrinaria y orientadora para una aplicación flexible y sujeta a particularidades nacionales, regionales o locales. Se espera que las experiencias futuras en diferentes medios aporten mejores enfoques metodológicos en tan importante área de salud.

4. La prioridad que tiene el programa de salud materno infantil quedó de manifiesto en las deliberaciones de los Ministros de Salud en la reunión de Santiago de Chile (patrocinada por la OPS) en octubre 1972. Las propuestas de cambio surgidas del estudio de la problemática materno infantil incluye la urgente necesidad de ampliar la cobertura y mejorar la atención de madres y niños con metas muy específicas a cumplir por los servicios de salud de la región en la década 1970-1980. Entre varias destacamos a las que se relacionan más con atención materna *.

4.1. "Alcanzar una cobertura de 60% de atención prenatal, de 60-90% de *atención adecuada del parto,* y de 60% de atención el post-parto". Se explica que la atención adecuada del parto no es necesariamente de índole hospitalaria ni exclusivamente por profesional. El término "Atención Adecuada" del parto comprende también la atención a domicilio ya sea por el profesional o por personal auxiliar y empírico tradicional de la comunidad, debidamente adiestrado y supervisado

4.2. "Alcanzar *una cobertura de 90% de los niños menores de un año,* de 50-70% de los de uno a cuatro años, y de 50% de los de cinco años". A este respecto vale destacar que los problemas y necesidades de los niños menores de un año, especialmente en el período neonatal, está íntimamente relacionado con lo que acontece con la madre durante el embarazo, el parto en sí; y el post-parto; por ende, el personal que atiende a la madre durante estos períodos está también atendiendo al niño y la calidad de esta atención repercute en el desarrollo subsecuente del niño así como de la madre.

4.3. Para llevar a la práctica estas coberturas se debe, entre varias estrategias. "Adoptar sistemas de regionalización de servicios, en los que se contemple fundamentalmente el trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo parteras empíricas y la delegación de funciones, con adiestramiento y supervisión adecuados", y "Establecer la producción, divulgación e intercambio de normas técnicas de atención materno infantil". Esto cobra mayor importancia donde por escasos recursos profesionales, dependemos mucho en personal auxiliar y la partera empírica tradicional, adiestrada y supervisada, para extender la atención más libre de riesgo posible a las madres y niños de comunidades donde no llegan con la debida constancia los recursos profesionales disponibles.

4.4. Otros propósitos de cambio relacionados con la atención obstétrica, aprobados por los Ministros fueron * 1) "La ampliación de la atención de enfermería-obstetricia a fin de cubrir una mayor proporción de los grupos vulnerables, en el 60% de los centros de Salud Urbanos y de Distrito". (Rurales); 2) "El desarrollo de una política y un programa definido para la orientación y el control de las parteras empíricas, a fin de ponerlos en práctica en el 60% de los servicios comunitarios de salud en el 50% de los países". Estas proposiciones y estrategias continúan analizándose por los técnicos y planificadores de los Ministerios de Salud de los países de la región con miras a su aplicación directa o adaptadas a los recursos disponibles para el programa de salud materno infantil y bienestar familiar. Algunos países alcanzarán las metas propuestas, otro solo en parte; lo importante es que todos estén abocados en el momento de la programación de acciones hacia el logro de mejoría de la situación actual.

* Plan Decenal de Salud para las Américas "Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas OPS, enero 1973, pp. 40-41.

* Documento Básico de Referencia: Propósitos de Cambio y Estrategias de Salud para la década 1971-1980 — III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPS/OMS Washington D. C. 1972, p. 286.

5. De la oficina central de la OMS en Ginebra, nos llegó recientemente otro documento valioso. "La Partera Empírica en la Salud Materno Infantil y la Planificación Familiar: Guía para su adiestramiento y utilización", del cual participó la OPS/OMS en las Américas. Creo que esta es la primera iniciativa de ámbito mundial para aclarar el problema de la partera empírica en la atención materno infantil, identificar sus problemas y necesidades y proponer medios y métodos para mejorar la situación.

5.1. Este documento se basa en un estudio internacional sobre las parteras empíricas realizado en 1972-1973. Alrededor de 75 países participaron con algún tipo de información, que llevaron los investigadores a concluir sobre:

— Deficiencias en la atención materna, resultado de limitaciones de sistemas de salud vigentes y los motivos para mejorar la colaboración de la partera empírica actualmente, sus prácticas, creencias, costumbres e influencia en la comunidad donde trabaja;

— Directrices, procedimientos y métodos para la incorporación de la partera empírica al sistema local de salud y su participación en el programa de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, basado en un análisis de los programas actuales;

— Por último, sugiere un modelo de plan de adiestramiento, con objetivos de conducta final definidos, para las parteras empíricas de una comunidad tipo.

En la conclusión final se afirma:

"Que las parteras empíricas se desempeñan en casi todas las comunidades rurales y también en muchas zonas urbanas y suburbanas de países en desarrollo. Aún cuando los programas de salud llegan hasta las zonas rurales remotas y los grupos económicamente desfavorecidos de los barrios tugurios de las grandes ciudades, puede llevar algún tipo modificar la respuesta de la población a los métodos modernos de salud materno infantil y planificación familiar".

"Las parteras empíricas son todavía necesarias, y parece bien fundada la tentativa de incorporarlas en el sistema central de atención maternal y planificación familiar, con el objeto de llevar este servicio a las áreas del país que aún carecen de él".

6. Atendiendo el interés creciente de los Gobiernos de países latinoamericanos en el problema de la partera empírica, se realizó en octubre de 1974 el primer "Seminario sobre Adiestramiento y Utilización de Parteras Empíricas en Programas de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar", al que asistieron médicos, enfermeras y obstetrices de quince países. El propósito del Seminario fue "Determinar nuevos enfoques que permitan la real utilización de la partera empírica en las actividades de salud materno infantil, así como la selección de mejores estrategias para su adiestramiento". Se espera que los participantes del Seminario, cuyo informe final todavía no se ha publicado.

7. Volviendo a los países latinoamericanos, en la actualidad, advertimos un resurgimiento de interés de los Gobiernos en reconocer la existencia de la partera empírica y en aprovecharla en la atención más adecuada del parto a la gran masa de familias donde no llegan los recursos profesionales existentes ya sea por escasez de los mismos o por razones de índole económica y socio-culturales. Lo cierto es que desde la reunión especial de los Ministros de Salud en octubre 1972, se solicita con más frecuencia la asistencia de la OPS en el desarrollo de acciones tendientes al establecimiento de programas nacionales para la incorporación de la partera empírica adiestrada en la atención materno infantil de los servicios de salud locales Destacamos las siguientes acciones que demuestran este interés:

7.1 En Bolivia se ha elaborado con el personal del programa materno infantil a nivel nacional (incluye dos enfermeras preparadas en Salud Materno Infantil, y Planificación Familiar) el primer plan nacional y manual para la captación, adiestramiento y supervisión de parteras empíricas a desarrollarse a través de las unidades sanitarias regionales que cuentan también con enfermeras preparadas. Se ensayó este plan en lugares seleccionados,

captándose y adiestrándose 42 parteras actualmente bajo supervisión de los servicios locales específicos.

El Ministerio de Salud se propone extender este plan a todo el país empezando en 1975.

7.2. En Ecuador se propone establecer un programa similar a través de la División de Salud Rural del Ministerio de Salud con la participación de la División de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar. La primera División creó los cargos y nombró en julio pasado, dos profesionales para llevar a cabo este programa: una es obstetriz, quien terminó con éxito su año de servicio rural obligatorio (para todos los profesionales) en 1974, y quien se encargará del programa; y una enfermera de Salud Pública, con experiencia en jefaturas de servicios provinciales de salud en el interior del país, quien participará también en el programa de parteras empíricas.

7.3. Perú ya lleva cuatro años de experiencia en programas con parteras empíricas en las zonas de Salud del Norte y Nor-Occidental del país, donde se han preparado por lo menos 189 parteras locales en ocho áreas de Salud, de 1970 a 1974. Una evaluación parcial de un grupo de 15 parteras adiestradas y bajo supervisión de enfermería de Salud Pública en una área de Salud se observó que habían enviado a los servicios de salud 807 madres y niños en un período de 26 meses, incluyendo 68 partos complicados, otro grupo de 26 parteras adiestradas de dos áreas de salud bajo supervisión sólo tres meses, refirieron al servicio de salud 312 pacientes entre gestantes, puérperas, recién nacidos y partos complicados (15) Ver cuadros A. y B.

7.4. Colombia experimenta con planes de utilización de la partera empírica adiestrada como promotora de salud rural en una comunidad del interior del país adiestradas hace dos años; y en Cali se está implementando un modelo de atención materno infantil muy interesante en un barrio marginado de la ciudad.

El modelo de Cali inicia en el hogar con la partera empírica adiestrada en la atención del parto y utiliza también a la protora rural de salud en tareas mínimas de salud familiar programadas para atención a domicilio.

Hay conexiones con el puesto de salud y centro de salud, hospital del sector, y si es necesario puede referirse el caso al hospital universitario de Cali. Este experimento es dirigido por investigadores de la División de Salud de la Universidad del Valle en Cali que incluye a tres enfermeras.

8. En los cuadros 3 y 4 que siguen, se trata de dar una idea de la magnitud del programa de la atención del parto en una muestra de 15 países. Se notará que los datos del cuadro 3 son de 1968, pero se cree que la situación ha cambiado muy poco en la mayoría de los países, y quizá en algunos haya deteriorado.

8.1. En el cuadro Nº 4 muestran los datos más recientes de uno de los países incluídos en el cuadro Nº 2, y se puede apreciar que la situación queda prácticamente igual, aunque la información parece más completa.

8.2. En este mismo país y localizando más de cerca cinco provincias del interior con datos obtenidos en el terreno, vemos (Cuadro Nº 5) que la partera empírica atiende por encima del 50% de los partos urbanos (excepto en una provincia donde atiende 42%) y más de 93% de los partos rurales (93.5 a 99.2%).

Este tipo de situación es motivo fehaciente para desarrollar programas de capacitación, adiestramiento y supervisión de la partera empírica tanto en área urbana como rural.

Parecería que la expectativa para el futuro es que a medida que mejoren los mecanismos estadísticos y los métodos de notificación, registro y recolección de los datos a nivel local se note un incremento del número y proporción de nacimientos

atendidos por personal no-profesionales y sin supervisión o control adecuado. La base para creer en esto es que en la mayoría de nuestros países todavía existe un gran subregistro de los datos vitales. La reacción de las autoridades de salud frente a este hecho, seguramente, será dar mayor prioridad a la necesidad de controlar mejor la atención del parto, no solo a domicilio donde atiende principalmente la partera empírica sino en el hospital donde también hay demasiado personal empírico atiende partos sin supervisión y sobre el cual no tenemos datos suficientes.

El reto de enfrentarnos, tanto las obstetrices como las enfermeras en conjunto con los miembros médicos del equipo de Salud Materno Infantil, es poder mostrar hacia el año 2.000 (que llegará demasiado rápido), que prácticamente el 100% de las gestantes y los nacimientos que ocurren en nuestros países estén debidamente controlados por los servicios de salud y que los atendidos por personal no profesional sea el mínimo del total y no el máximo; y que ese mínimo sea 100% atendido por personal debidamente adiestrado y supervisado por el Servicio de Salud.

CUADRO A

Número de Parteras Empíricas Adiestradas y Supervisadas, años y meses bajo control del Servicio de Salud, y la derivación de embarazadas, puérperas, recién nacidos a Consultas y partos complicados al Hospital Perú.

Mes y Año	Número de Adiestradas Supervisadas	Colaboración con Centros de Salud y Hospital Local					TOTAL
		No. de Meses	Derivación a Control y Atención Médica				
			CPN	CPP	CRN	Parto Complicado	
Nov. 1971 a Dic. 1972	15	26	195	261	283	68	807
Oct.-Dic. 1973	26	3	83	104	115	15	312

CUADRO B

Número de Parteras Empíricas Adiestradas en ocho Areas de Salud del Norte del Perú 1971 - 1974

Area de Salud y años		Número
Loreto	1970 - 1971	58
Tumbes	1971 - 1973	26
Sullana	1973 - 1974	30
Lambayeque	1973 - 1974	30
Cajamarca	1973	15
Amazonas	1974	8
Chota	1974	14
Jaén	1974	8
8 Areas	1971 - 1974	189

CUADRO No. 1

Programas de Adiestramiento y Actividades relacionadas con Supervisión y Control de Parteras Empíricas en 18 países con información específica.

1963 - 1966

PAIS	Programas Adiestramiento			Licencia para Trabajar	Supervisado por	Inspección Maletín	Colb. Serv. Salud.	
	No. Prog.	No. Egresos	Prog. Marcha				Ref. P N	Notific. Nacim.
1. Colombia	20	472	sí	1 año	Enf.	sí	sí	sí
2. El Salvador	68	688	sí	—	—	?	—	—
3. Guatemala	—	1000	sí	1 año	C.S.	sí	sí	sí
4. Honduras	4	12	sí	—	Enf.	sí	sí	sí
5. México	60	?	sí	—	Enf. Med.	sí	sí	sí
6. Rep. Dominicana	2	41	sí	sí	Enf.	sí	—	sí
7. Belice	?	59		1 año	Enf.	sí	sí	—
8. Dominica	?	?	sí	1 año	?	sí	?	sí
9. Haití	?	?	sí	—	Enf.	sí	sí	?
10. Paraguay	?	?	—	—	Obs.	?	sí	sí
11. Venezuela	?	?	?	sí	Enf. Med.	sí	sí	sí
12. Brasil	?	?	sí	—	Visitad.	sí	sí	sí
TOTALES	5 Países 154 Prog.	6 Países 2264	9 Países	6 Países	10 Países % supervisor.	10	9	9

(Otros países con Parteras Empíricas pero sin información: Argentina, Uruguay, Chile, Perú, Ecuador, Bolivia, Nicaragua, Costa Rica y 11 países del Caribe).

CUADRO No. 2

Algunos datos Estadísticos Mundiales que indican la necesidad de programas realistas con Parteras Empíricas, que aparecen en los cuadros Estadísticos del Documento de la OMS*

No. Países Informando y año inform.	Item de atención	Porcentaje Rango	Porcentaje Media
23 (1968)	Nacimientos sin supervisión (incluye 9 países americanos)	1 % al 97 % (26 % al 84 %)	67 % (Cuadro No. del anexo No. II)
36	Partos en establecimientos Médicos Públicos	3.9 - 93. 7 %	39.2 - 41.7 %
23	Partos a domicilio por Profesional del Gobierno	0.4 - 56. 0 %	11.4 % (Cuadro No. 4 del Anexo No. II).
23	Partos atendidos por "otros" (Empíricos)	2.2 - 88. 0 %	40.0 %

* La Partera Empírica en la Salud Materno Infantil y la Planificación Familiar Guía para su adiestramiento y utilización Ginebra 1974.

CUADRO No. 3

Atención del parto en 15 países de Latinoamérica y el Caribe según % atendidos en Instituciones de Salud y % atendidos en domicilio por personal empírico y otros - 1968.

PAIS	% Partos Institucionales por Profesional y Auxiliar	% Partos a Domicilio por Empírico y Otros.
Cuba	91.4	8.6
* Chile	80.6	19.4
* Barbados	71.9	28.1
* Jamaica	65.6	34.4
* Costa Rica	65.0	35.0
Venezuela	63.0	37.0
* Panamá	61.2	38.8
* Trinidad Tobago	53.3	46.7
Colombia	29.3	70.7
* Ecuador	26.6	73.4
El Salvador	26.2	73.8
* Perú	25.0	75.0
Honduras	19.8	80.2
* Paraguay	18.6	81.4
* Haití	10.1	89.9

* Cuentan con Obstetrices o Enfermeras Obstetrices.

Fuente. Documentos de Trabajo Preliminar sobre Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar para la reunión de Ministros de Salud de las Américas, Santiago, Chile 1972.

CUADRO No. 4

Nacidos vivos por tipo de asistencia y según áreas Urbanas y Rurales Ecuador - 1970*

a. Total en País Número %	Con asistencia profesional			Sin asistencia profesional
	Número Total %	Médico Número %	Obstetriz y Enfermería Número %	Número Total %
230.184 - 100	64.752 - 28	40 583 - 17	24.169 - 11	165.432 - 71

b. Según Area	Asistencia Profesional		Sin asistencia Profesional		
	% del Total País Número	% según área	Total según área	% del Total País	% según área
Urbana 78.080 - 33.9	46.364 - 20.1 %	59 %	31.716	13.8	41 %
Rural 152.104 - 66.1	18 388 - 7.9 %	12 %	133.716	58.2	88 %

* Sobre datos proporcionados por el país en abril 1972, según fuente Anuario de Estadísticas Vitales, Instituto Nacional de Estadística, 1970 - Ecuador.

ACTO DE CLAUSURA

Palabras del Dr. John Tomkinson, Presidente del Grupo de Estudios CIO/FIGO (Acto de Clausura, 24 enero, 1975)

Señoras y Señores:

Hace nueve días nos reunimos como miembro del Grupo de Estudio; muchos de nosotros éramos extraños, pequeñas delegaciones de países con diferentes ideas y diferentes esperanzas para el futuro. Pero todos teníamos una meta común, la salud de la madre y del niño y mediante éste una vida familiar más feliz y la prosperidad nacional.

Hemos tenido nuestras charlas mutuas, de manera formal en la sala de conferencias y de manera informal a la hora del café y en las comidas. Así hemos llegado a respetarnos los unos y los otros, ya que todos somos expertos en alguna rama de la atención materno infantil. Juntos nos hemos reído y hemos cantado nuestro viaje en coche del pasado domingo fue un gran éxito. ¿Quién podrá olvidar el toro suelto por las calles de Guatavita? Cómo nos divertimos! todo lo que faltaba era un cajón de cerveza, pero la bebida que nos ofrecieron Olga y Lolita en el viaje de regreso fue un buen sustituto.

A través del mundo se aprecia cada vez más trabajando en equipo en maternidad, obstetricia, pediatría y otras actividades, puede mejorarse el bienestar de la madre y del niño. Y el trabajo en equipo significa que los resultados finales serán mayores que la suma de destreza individuales de cada miembro del equipo de salud, porque en el acto del grupo colectivo hay un sentimiento de satisfacción y felicidad, como el que experimentamos en aquel viaje del domingo.

Personalmente no me inquieta el cuidado que se le brinda a la madre y al niño en las ciudades y urbes del mundo. Tampoco me inquieta la educación o la categoría de las obstetrices y obstetras de las áreas densamente pobladas. Lo que sí me inquieta y aquí hablo desde mi punto de vista personal y también como Presidente del Grupo de Estudio CIO/FIGO, es lo que está sucediendo en las áreas periféricas con baja densidad de población en donde no resplandece la luz de la ciudad, no hay agua potable, ni sanitarios, y probablemente las facilidades de educación son escasas.

Quién es capaz de trabajar como obstetriz, en esos lugares a largo plazo? Nos han dicho que la empírica no trabaja por lucro sino porque la comunidad necesita su ayuda y esto la empírica lo hace en su espíritu de altruísmo.

Ayer dije que en más de un país se han intentado legislaciones represivas contra las empíricas y siempre he fracasado o es que no hay persona alguna que pueda reemplazar a la empírica?

Es la madre, dará a luz sin ninguna ayuda?

Acaso la empírica de un pueblo se mantendrá sentada cerca de la cabaña y escuchará y será la conmoción sin hacer nada?

Así pues, debemos identificar, adiestrar y reconocer la empírica.

Será reemplazada por obstetrices y médicos en el futuro?

La empírica es la base más débil en la pirámide de habilidades en maternidad obstétrica pero al menos existe algún tipo de base y es nuestro deber reforzarla.

Este es el 8º Grupo de Estudio del Grupo de Estudio CIO/FIGO y los siete que le precedieron aceptaron el rol de la empírica en la comunidad y decidieron ayudarla. Por el mero hecho de asistir a este Grupo de Estudio hemos demostrado tener algún grado de altruísmo. Lejos de nuestras familias y muchas veces sufriendo pérdida de nuestros ingresos por tener que dejar nuestro trabajo, por esto le doy las gracias muy sinceramente Ahora es nuestro deber regresar a nuestra tierra y aunque nos disgregamos yo espero que todos podremos trabajar juntos en equipo a causa de lo que hemos aprendido unos de otros y estoy seguro que nunca olvidaremos los numerosos momentos felices de este grupo de Estudio.

Esto no es el final del Grupo de Estudio, ya que los resultados a largo plazo dependerán solamente de los esfuerzos que ustedes realicen como individuos cuando regresen a su país.

Palabras del Dr. Norberto Martínez Cuéllar
Jefe de la División Materno Infantil
Acto de Clausura

Señoras y Señores:

He seguido con especial interés las deliberaciones de los grupos de trabajo durante estos días y me tomaré la libertad de hacer algunas consideraciones sobre lo que han concluído.

En el vasto campo de la salud materno infantil la labor de la obstetriz no puede quedar circunscrita a la atención de la embarazada y del parto, sino debe proyectarse a la etapa preconcepcional, al parto y a la etapa post-concepcional de la vida, colaborando la obstetriz en acciones educativas de nutrición, de salud en general, de planificación familiar y de cuidado de los niños; para que la obstetriz contribuya al aumento de cobertura en servicios de salud materno infantil, con una verdadera proyección familiar y comunitaria.

Será indispensable hacer un esfuerzo para modificar los currículum académicos de la obstetriz y adecuarlos a las necesidades de una comunidad que tiene derecho a recibir un servicio y a participar de los beneficios de la salud y el bienestar.

No podemos engañarnos por más tiempo con la ilusión de que en América Latina la atención gineco-obstétrica puede hacerse con una cobertura significativa utilizando exclusivamente personal profesional; esta posición sería desconocer la realidad de nuestros países y tomar la actitud del avestruz que mete la cabeza en la arena para no afrontar las circunstancias En las zonas rurales y marginadas de las grandes ciudades de América Latina, la empírica es la única persona que por siglos ha dado aliento y consuelo a las parturientas.

Yo les preguntaría a los distinguidos participantes en este evento si algún ser humano que ha venido al mundo a la luz de una vela y atendido por una empírica, ha preguntado qué título tenía la persona que lo ayudó a nacer.

Con el deseo de que su estadía en este suelo haya sido especialmente grata y a nombre del Ministerio de Salud Pública de Colombia y de su programa Materno Infantil, doy por clausurado el Grupo de Estudio Latinoamericano de Obstetrices.

Gracias.