

# *La Experiencia de Uruguay y Mercosur en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva desde la óptica de la Partería Profesional*

*Obstetra Partera Ana Labandera  
Pte. de la Federación Latinoamericana de Obstetras*



## ***INDICE.***

***1- ESCENARIO PROFESIONAL***

***2- MODELO PARTERIA CHILE Y URUGUAY***

***3-CAMBIO DE PARADIGMA EN ATENCION.***

***4-HACIA 2020 UN COMPROMISO DEL  
SECTOR SALUD***



# 1- ESCENARIO PROFESIONAL



# ESCENARIO

NIVEL GLOBAL: **ICM**

NIVEL REGIONAL: **FLO** : Argentina, Brasil (Sur), Chile (CCOPS/OMS), Ecuador, Paraguay, Uruguay

**CRMA**; Caribe Ingles

*Países que están federados en ICM.*

MERCOSUR: Argentina, Brasil, Paraguay\*, Uruguay y Venezuela.

Asociados: Chile, Colombia, Perú, Ecuador, Guyana y Surinam (Cumbre de Montevideo el 11 de julio de 2013)

Incorporación en breve: Bolivia



# FINES FLO

- ✓ *Fortalecer la formación universitaria del Modelo de Atención en Partería (según ICM)*
- ✓ *Prestar Asesoría y Consultoría en terreno relacionados con profesión y SSR, en Académico, laboral y políticas de salud.*
- ✓ *Apoyar toda iniciativa de interés para los/as profesionales.*
- ✓ *Impulsar los principios de **SOLIDARIDAD** entre profesionales y defender la jerarquía y prestigio de la profesional Partera profesional*



# CONFORMACION FLO

*Por Asociaciones, Colegios, Organizaciones e Instituciones de Profesionales que ejercen la Partería profesional, con acreditación por Ley en su país de origen de Latinoamérica.*



# FORMACION EN PARTERIA PROFESIONAL REGIONAL

- **ENTRADA DIRECTA**: PERU-CHILE- ECUADOR-URUGUAY-GUYANA, PARAGUAY\* Y ARGENTINA\*
- *Duración de la carrera 4,5 años promedio*
- **COMO POST GRADO DE ENFERMERIA**: BRASIL, BOLIVIA, SURINAME, COSTA RICA, PANAMA.



## ***2- MODELO PARTERIA PROFESIONAL CHILE Y URUGUAY***



# CHILE

Área total: 756,102.4 km<sup>2</sup>

Población; 17.402.630

Esperanza de vida: 79,1

Tasa de fecundidad: 1.9

Natalidad /1000 hab. : 14.7

Mortalidad infantil: 7,41

Mortalidad materna: 18,3/100.000



Fuente: MINSAL datos 2010



# CHILE

La matronas y matrones, se hacen cargo de favorecer la salud y calidad de vida de la mujer en los diferentes períodos de su ciclo vital, realizando actividades de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. También se preocupan de velar por el cuidado del recién nacido, efectuando para ello intervenciones que van más allá del binomio madre-hijo, ya que se extienden a un nivel que incluye a la familia y la comunidad.

Incluye medidas preventivas, detección de condiciones anormales en la madre y el hijo, prestación asistencial de emergencia y su oportuna derivación. Estos profesionales son, por lo tanto, parte activa del equipo de salud dentro del marco ético, jurídico y administrativo.

Nº aproximado: 20.000

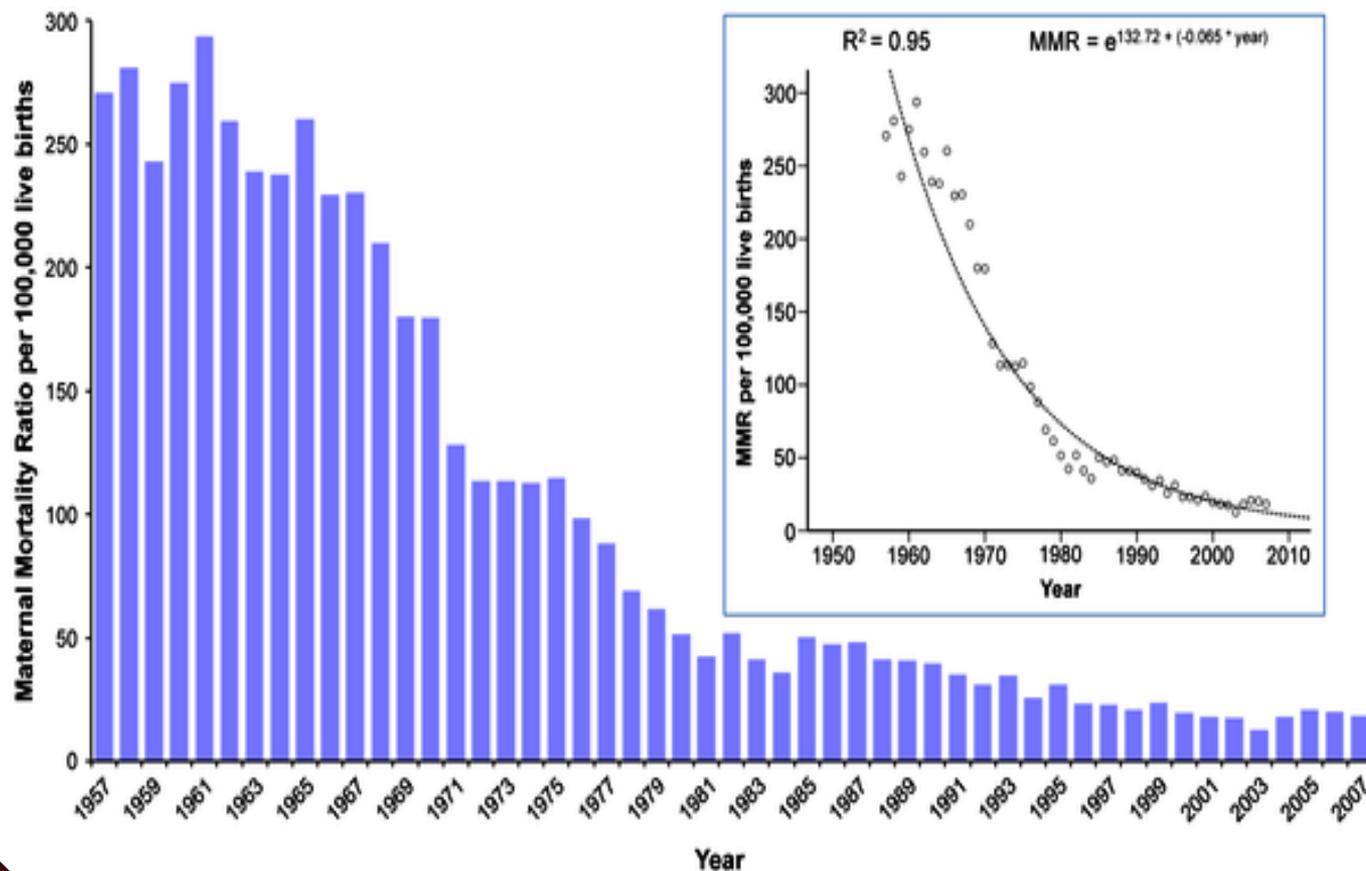


# IMPACTO DEL ROL DE LA MATRONA

Años	Control Prenatal %	Cobertura Planif. Familiar %	Atención Prof del Parto %	Mortalidad Materna. Por 100.000 N. V. Tasa
1965	50.1	6.0	75.5	279
1970	52.0	13.7	81.1	168
1975	55.0	23.7	87.4	131
1980	57.4	26.7	91.4	73
1985	69.2	23.6	97.4	50
1990	85.0	17.3	99.1	40
1995	92.5	22.2	99.5	31
1998	92.6	22.5	99.7	20
1999	91.3	22.5	99.6	23
2002	91.4	23	99.8	17



# IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR REALIZADAS POR LAS MATRONAS (1968- 1971)



# URUGUAY

- *Superficie: 176.000 km cuadrados*
- *Población: 3.322.843 hab.*
- *Esperanza de vida al nacer: 76 años*
- *Tasa de natalidad: 13.52*
- *Tasa de fertilidad : 1.89*
- *Tasa de alfabetización: 98%*



# Perfil de la Obstetra Partera.

*Similar a la matrona chilena, no alcanzando la cobertura de la SSR de mujer adulta mayor ni ginecológica.*

*Realiza partos de bajo riesgo, aun en alta complejidad.*

*Esta integrada a los equipos del PLAN PERINATOLOGICO, con consejería preconcepcional, concepcional, atención integral embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, atención en los SSSR: de embarazo no deseado - no aceptado (aplicación del modelo de DRD).*

*En 1er y 2do nivel de atención, captación, control y seguimiento de embarazos, anticoncepción, pesquisa de ITS, servicios de TGI, NST, Ecografías obstétricas, VBG.*

*Diagnostico de VHI/SIDA. Sífilis y tratamiento o derivación.*



# OBSTETRAS PARTERAS.

- **AÑO 1881. PARTERAS PROFESIONALES.**
- **1200 EN ACTIVIDAD.(1600)**
- **GENERACIONES DE REEMPLAZO estimado al 2015:  
80/año**
- **ESCUELA BI NACIONAL CON ARGENTINA.**
- **CARGOS DE GESTION, DIRECCION, DOCENCIA E  
INVESTIGACION.**



# ***Mortalidad Materna***

*Uruguay presenta dentro del contexto regional las cifras mas bajas de muertes maternas.*

*99% de los partos son institucionales , asistidos por personal calificado (PARTERAS Y GINECOLOGOS).*

*Las causas de Mortalidad Materna se mantienen desde hace cinco años, entre las Obstétricas indirectas\* (4)*

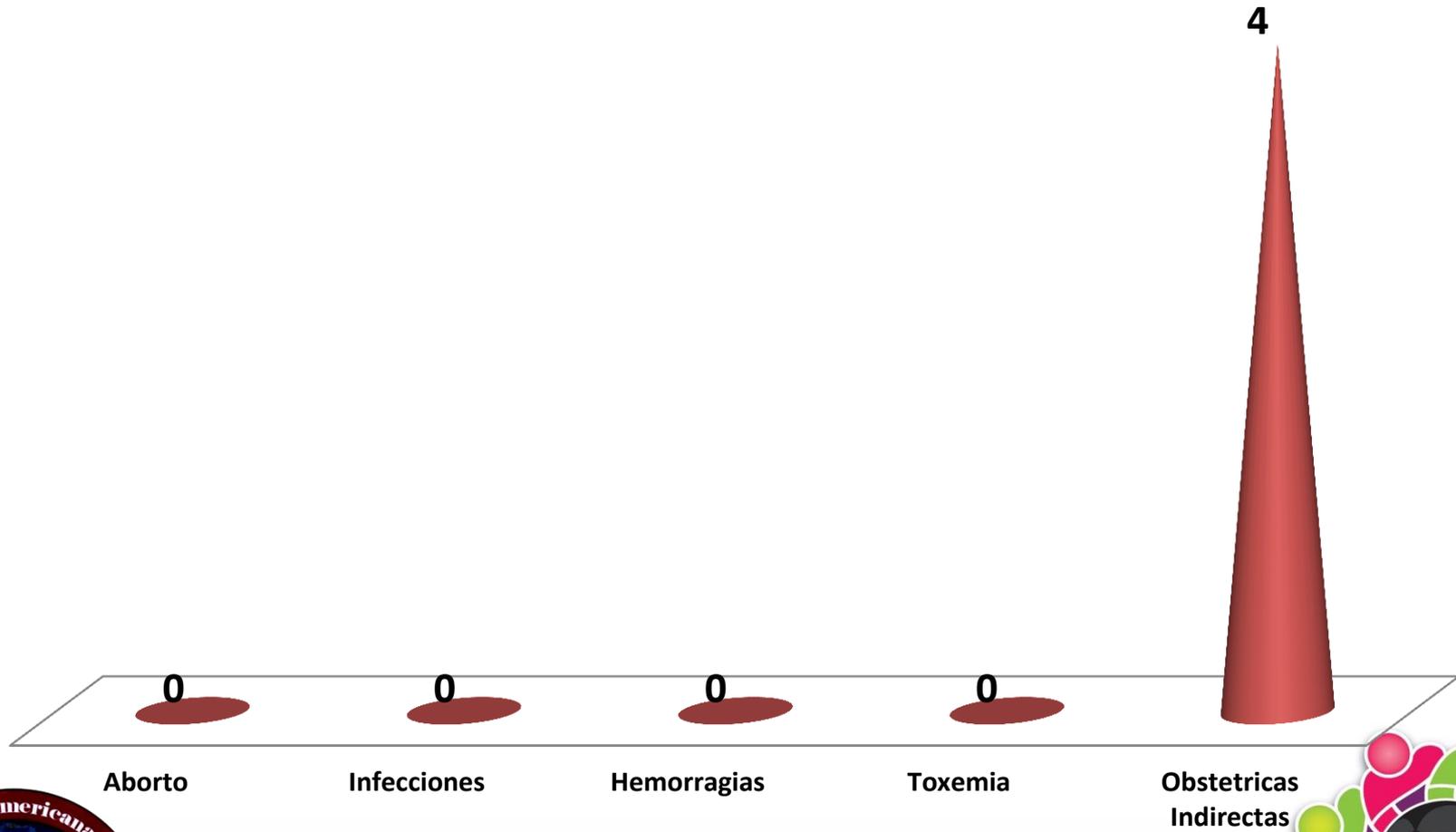


*\* NEUMOPATIA, HEMORRAGIA CEREBELOSA, IAM  
PUERPERAL, INSUF RENAL AGUDA*



# Muertes Maternas por Causas

Uruguay 2010



## Mortalidad materna según año de la muerte

<b>Población</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Embarazadas y puérperas fallecidas</b>	14	7	16	4	3
<b>RN vivos</b>	48243	46814	47152	47420	46706 †
<b>Razón de MM/100.000 RN vivos</b>	29	15	34	12.6	6.42*

La razón de mortalidad materna del Uruguay desde el año 1980 ha oscilado entre 9 y 61 por 100.000 nacidos vivos.

† La razón del 2011, se estimó sobre un número de nacimientos preliminar

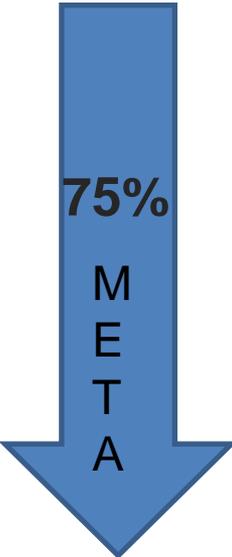
\* Se considera baja tasa de MM cifras de <20 muertes/100.000



# 5 Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM)

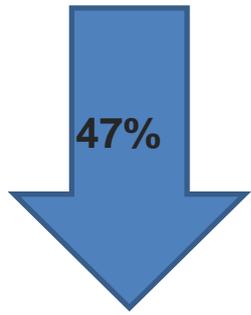
*Consiste en reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.*

- 1990: 16/100.000 RNV
- 2010: 8.47/100.000 RNV
- 2011: 6.42/100.000 RNV
- 2015: **Debemos llegar a 4/100.000**



75%

M  
E  
T  
A



47%

Reduccion alcanzada hasta ahora 47%  
Meta: reducir 75%

# ***3-CAMBIO DE PARADIGMA EN ATENCION.***



# ¿COMO LO HICIMOS?

- **SNIS**
- **DPES AREAS PROGRAMATICAS**
- **REGIONALIZACION**
- **UNIVERSALIDAD DE SERVICIOS**
- **NORMAS FUERTES LEY 18426. (DDSSRR)**
- **HACER CUMPLIR NORMAS ANTERIORES EN LA ATENCION DEL PARTO PARA HUMANIZAR BASADO EN LA EVIDENCIA DISPONIBLE**



# ¿COMO LO HICIMOS?

Cambiando la relación sanitaria

**PROFESIONALES Y EQUIPOS DE SALUD**

**PROFESIONALES COMPROMETIDOS**

**RESGUARDO DE CONFIDENCIALIDAD Y GARANTES DE DDSSRR**

**ASESORANDO y ASISTIENDO CON CALIDAD TÉCNICA Y HUMANA**



**MUJERES Y COMUNIDAD**

**EMPODERADAS**

**TOMANDO DECISIONES CONSCIENTES**

**SERVICIOS INTEGRALES QUE ASEGUREN DERECHO A ATENCION EN SALUD**

**SERVICIOS INTEGRALES DE CALIDAD DENTRO DEL SNIS. FONASA**

**INTEGRANDO ESTRATEGIA REDUCCION DE RIESGO Y DAÑO EN SSR**

**VALORIZANDO**  
**EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO**  
**(PERTENENCIA DE GESTION) COMO**  
**CALIDAD DE ATENCION.**

**DAR VALIDEZ PRACTICA AL**  
**CONTINUO DE CUIDADOS.**



# **LEGISLACION DE AMPARO en SSR:**

## **VALORIZANDO EL IMPACTO DE LA OP**

- Con enfoque de Género, diversidad e interculturalidad.
- Ciclos de vida. Promoción de estados saludables
- Anticoncepción universal
- Embarazo. Captación precoz-control-educación: DDSSRR.
- Parto. Aplicación de mejores Prácticas. Evidencias
- Inclusión del varón.
- Puerperio . Lactancia. Niñez- Adolescencia
- Prevención y tratamiento oportuno de ITS. Cáncer TGI.



# **4-HACIA 2020 UN COMPROMISO DEL SECTOR SALUD**

**¡DEL DICHO AL HECHO!**

- Vocación**
- Disciplina**
- Competencia**
- Compromiso**



# ¿QUE APRENDIMOS?

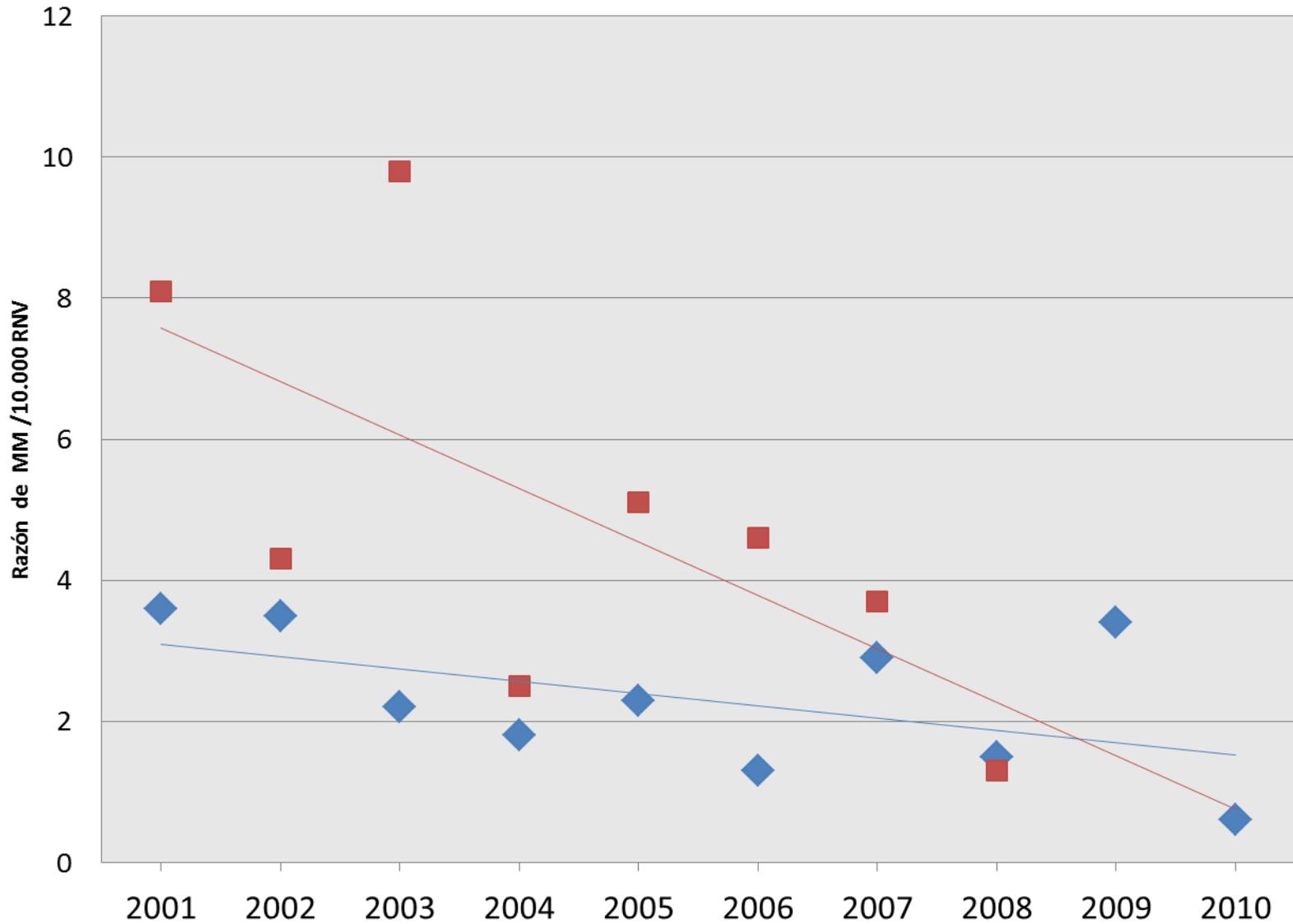
**QUE ES NECESARIO PROMOVER LA AUTONOMIA Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES PARA QUE ELLAS TOMEN LAS RESOLUCIONES MAS CONSCIENTES**

**QUE EN BASE AL COMPROMISO, LOS VALORES Y EL TRABAJO PLANIFICADO, SE PUEDE TOMAR LA INICIATIVA Y TRANSFORMAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN AGENTES DE CAMBIO SOCIAL**

**QUE SE DEBE AVANZAR SIEMPRE POR LOS SITIOS QUE OFREZCAN MENOR RESISTENCIA. RRHH CALIFICADOS Y EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCION Y COMUNITARIO DONDE VIVE LA GENTE Y DESDE DONDE SURGEN LOS PROBLEMAS SOCIO SANITARIOS.**

**QUE EL MODELO ES REPLICABLE EN TODA AMERICA LATINA, PARA BIEN DE LAS MUJERES, SUS FAMILIAS, LA SOCIEDAD Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD “SOLIDARIDAD ENTRE PAISES”**

# RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN URUGUAY Y CHPR 2001-2010



Fuente:

2001-2006: Departamento de Información Poblacional de la DI.GE.SA. – M.S.P

2007-2010: Comisión Nacional Para El Monitoreo Y Reducción De Las Muertes De Mujeres Por Causa Del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio Y Aborto



***EL MUNDO ESTA EN NUESTRAS  
MANOS, UNAMOS EL EQUIPO  
LATINOAMERICA,  
PARA DISMINUIR LAS BRECHAS E  
INEQUIDADES QUE TANTO  
DUELEN.***

***GRACIAS.***

***anglalab@gmail.com***

