

**Appendix III: Parteras Tradicionales: Declaración conjunta OMS/FNUAP/
UNICEF, 1993 (Spanish translation of the 1992 WHO Statement about
Traditional Birth Attendants)**

Parteras tradicionales

Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1993

Prefacio

Todos los años mueren en el mundo 13 millones de niños antes de alcanzar la edad de cinco años. Además, 500 000 mujeres mueren anualmente a consecuencia del embarazo y del parto. La tecnología actual habría permitido evitar la mayor parte de esas muertes, al par que también podría haberse reducido considerablemente la morbilidad materna e infantil.

Esas cifras son inmensas de por si. Sin embargo, no expresan la tragedia personal experimentada por cada familia que pierde a uno de sus miembros. La muerte de un niño representa la pérdida de sueños y esperanzas, mientras que cuando una madre muere la familia pierde su principal fuente nutricia y, a menudo, el máximo elemento productor. La muerte de la madre aumenta considerablemente el riesgo de defunción del hijo lactante. La muerte de una mujer, sea o no madre, representa una pérdida importante para su familia y para la sociedad.

En general, cuando se dispone de recursos y se aplican resueltamente los actuales conocimientos sobre salud maternoinfantil y planificación familiar se consigue reducir las tasas de mortalidad. Por desgracia, en algunos países el ritmo actual de crecimiento demográfico anula muchos de los progresos realizados.

Muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria moderna. Hoy se estima que el 60-80 % de los nacimientos registrados en los países en desarrollo tienen lugar fuera de los centros de asistencia médica. La mayor parte de las parturientas reciben ayuda de personas desprovistas de toda formación, mientras que algunas no cuentan ni siquiera con esa asistencia. En general, las madres dan a luz en condiciones precarias de higiene y no reciben ningún tipo de cuidados prenatales o de planificación familiar. Con frecuencia son insuficientes el número y la distribución de las parteras profesionales e incluso en ciertas zonas tiende a decrecer el número de las mismas en el sector rural, tendencia que no lleva trazas de cambiar por el momento.

En muchos países se ha decidido dar un adiestramiento apropiado a las parteras tradicionales (PT), considerando que se trata de personas que gozan ya de la confianza de las madres, están directamente interesadas en la salud reproductiva de la mujer y gozan de respeto y autoridad en el seno de la comunidad. Debidamente adiestradas, las PT podrían asistir partos en condiciones higiénicas y desempeñar al mismo tiempo otras funciones sanitarias. Aunque algunos países han declarado ilegal el ejercicio de las PT y otros tratan de extender el parto institucional a toda la población, en algunas partes del mundo se encuentran en expansión los programas de adiestramiento de PT al par que aumentan las funciones y responsabilidades de éstas.

Para paliar la penuria actual de parteras profesionales y de instituciones capaces de prestar servicios de atención prenatal y de maternidad higiénicos y seguros, además de desempeñar otras funciones de atención primaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) están fomentando como solución interina el adiestramiento de las PT en espera de que todas las mujeres y todos los niños tengan acceso a una asistencia sanitaria de nivel profesional, moderna y aceptable. Las PT adiestradas pueden aportar una valiosa contribución a la maternidad sin riesgos, la planificación familiar, la supervivencia infantil y la salud para todos. Tanto los programas de adiestramiento como los de apoyo ulterior y supervisión deben fomentarse hasta que se haya dado formación a un personal más calificado y éste esté encuadrado en un moderno servicio de salud y se encuentre aceptado por la comunidad.

La Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales constituye un ejemplo de la unidad de propósitos y la complementariedad de los programas apoyados por la OMS, el FNUAP y el UNICEF. Al mismo tiempo, refleja las metas comunes de estos organismos en relación con las mujeres, los niños y el desarrollo en los años noventa, entre las que figuran:

- la reducción de las tasas de mortalidad materna a la mitad;
- el acceso de todas las parejas a una información apropiada de

los servicios peninentes sobre la manera de evitar embarazos demasiado precoces, demasiado seguidos, demasiado tardíos o demasiado numerosos;

- el acceso de todas las embarazadas a la asistencia prenatal, a la asistencia obstétrica por personal adiestrado y a servicios especializados en caso de embarazos de alto riesgo o de situaciones de urgencia obstétrica.¹

¹ Estas metas comunes figuran entre las recientemente adoptadas por mas de 70 jefes de Estado o de gobierno en la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Asimismo se encuentran reflejadas en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la Convencion sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en la Declaración de Amsterdam, adoptada por el Foro internacional sobre la Población en el siglo XXI (1989).

1. Introducción

Los cambios sociales de los últimos años y la evolución de los modernos sistemas de asistencia sanitaria han obligado a reexaminar la definición, las funciones y las perspectivas futuras de la partera tradicional (PT). La presente declaración tiene por objeto aclarar las funciones actuales y las posibilidades de ésta en el campo de la salud maternoinfantil y la planificación familiar, identificar los problemas que plantean el adiestramiento y el ejercicio profesional de las PT y poner de relieve las ventajas y las limitaciones de los programas destinados a ese personal a fin de poder llevar a la práctica una política dinámica de asistencia sanitaria.

El presente documento está destinado a los responsables de formular esa política, así como a los médicos, enfermeras, parteras, directores de programas de salud maternoinfantil y planificación familiar, instructores y supervisores de PT, líderes comunitarios y personal técnico de la OMS, el FNUAP y el UNICEF. Convendría que estas personas utilizaran la Declaración como base para tomar decisiones en los planos nacional y local. Las condiciones varían tanto de unos países a otros que toda decisión de iniciar, reponer o suspender un programa de PT sólo puede tomarse después de haber sopesado cuidadosamente los complejos problemas, recursos y factores socioculturales implicados, entre los que habrá que incluir los deseos de las familias y de las propias PT.

2. Definiciones

Una **partera tradicional** (PT) es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.

Por **PT de familia** se entiende la PT que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros.

La **PT adiestrada** es una PT o una PT de familia que ha seguido un curso de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. El periodo efectivo de adiestramiento no suele pasar de un mes, aunque a veces se prolonga durante más tiempo.

Ciertas personas, con inclusión de miembros de la familia, atienden ocasionalmente a las parturientas; sin embargo, como no se solicita regularmente sus servicios ni se cuenta con ellas para asistir partos, no están consideradas como PT, aunque puedan llegar a serlo eventualmente.

Una PT debidamente adiestrada (durante seis meses o un año) pasa con frecuencia a formar parte del personal de atención primaria de salud, aunque puede conservar sus funciones de partera y seguir asistiendo a las parturientas de su comunidad cuando se lo soliciten.

3. Características y función de la PT en la actualidad

Aunque las características individuales de las PT varían de unos casos a otros, hay algunos puntos comunes que no reconocen fronteras. En general, la PT es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en la que presta sus servicios. Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo. La PT suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia. Muchas PT tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad. Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se les paga en metálico o con donativos y, en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de la comunidad.

Muchas han sido elegidas por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. En las sociedades en las que así sucede, no se acepta a ninguna PT que no pertenezca a la familia por grande que sea su destreza o su prestigio. En cambio, cuando no sucede así, la PT extrae su clientela de toda la aldea y, si su reputación es excepcional, pueden llegarle clientas de todo el distrito.

El número anual de partos asistidos por una PT es muy variable. En las familias extensas muy numerosas, una PT de familia puede llegar a asistir hasta 24 partos al año; sin embargo, lo más corriente es que no pase de cinco o seis. Los partos asistidos anualmente por una PT que no esté considerada como PT de familia, varían entre dos y 20, aunque algunas PT de gran prestigio pueden llegar hasta 120. En general, las PT de familia suelen asistir pocos partos, ya que su ejercicio profesional está limitado por el tamaño de la familia; sin embargo, algunas pueden tener un ejercicio profesional más cargado que las que no se restringen a una sola familia.

La función tradicional de la PT varía mucho según las circunstancias culturales locales y las funciones de los demás agentes de salud (curanderos inclusive) existentes en la región. La función que está más asociada al ejercicio de la PT en todas partes es la asistencia a la madre y a la familia en el momento del parto. Esta labor suele comprender la extracción del feto, la sección y la limpieza del cordón umbilical y la eliminación de la placenta. También puede comprender los cuidados del niño y de la madre, con inclusión de baños y masajes, ayuda doméstica y el asesoramiento durante el embarazo y el puerperio. Además, la PT puede desempeñar otras funciones de conformidad con las costumbres locales y sus propios conocimientos e intereses. A muchas PT se les piden consejos sobre planificación familiar, aborto y esterilidad. Algunas practican la circuncisión. Por otra parte, no faltan las que asumen las funciones más amplias de los curanderos tradicionales, tanto herbalistas como espiritualistas.

Al igual que las funciones tradicionales de la PT, también varían las funciones de la PT que ha sido adiestrada. A menudo se espera que completen sus funciones tradicionales de asistencia obstétrica haciendo lo que podría denominarse una «evaluación del riesgo» prenatal y enviando a las madres al centro de salud en caso de urgencia o de posibles complicaciones. Convendría que las PT adiestradas mejoraran su competencia a fin de poder asistir partos y practicar higiénicamente la sección del cordón, aplicando al mismo tiempo técnicas apropiadas para evitar o contener las hemorragias puerperales. Muchas PT adiestradas han asumido también funciones más amplias de atención primaria de salud en diversos sectores, entre los que figuran la planificación familiar, los primeros auxilios y la educación sanitaria sobre nutrición, lactancia natural, higiene personal y ambiental, prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e importancia de llevar los niños al dispensario para vigilar su crecimiento, vacunarlos y tratar posibles infecciones. Algunas PT adiestradas distribuyen asimismo sales de rehidratación oral, preservativos y anticonceptivos orales. A la mayor parte de las PT adiestradas se les pide que participen en la recogida de datos, al menos para respaldar los estudios sobre mortalidad materno-infantil

4. Metas y objetivos de los programas de PT

Las *metas* de los programas de PT consisten en reducir la mortalidad y la morbilidad maternoinfantiles y mejorar la salud reproductiva.

Los *objetivos* de los programas de PT son los siguientes:

- a) reforzar los vínculos entre la comunidad y un servicio moderno de asistencia sanitaria,
- b) aumentar el número de partos asistidos por parteras adiestradas, y
- c) mejorar los conocimientos, la comprensión y la categoría profesional de las PT.

Para alcanzar estos objetivos pueden establecerse los siguientes objetivos intermedios:

- a) hacer comprender a la comunidad lo que pueden ofrecer el sistema moderno de asistencia sanitaria y las PT adiestradas para mejorar la salud de las madres y los niños;
- b) hacer participar a la comunidad en la selección y en la ejecución de programas destinados a mejorar la salud maternoinfantil;
- c) formar instructores, personal de asistencia sanitaria y PT en competencias técnicas precisas y fomentar el trabajo de equipo; y
- d) establecer o mejorar sistemas de apoyo técnico en materia de suministros, supervisión y envío de casos con fines de consulta.

5. Establecimiento escalonado de los programas de PT

Con el fin de aplicar eficazmente los programas de PT, aprovechando todas las posibilidades de alcanzar sus objetivos, podrán tomarse escalonadamente las siguientes medidas:

1. Interesar a la comunidad en su conjunto —incluyendo las personalidades influyentes, la clientela femenina y las propias PT— en todos los aspectos del programa desde su iniciación.
2. Realizar una evaluación inicial de las necesidades y los recursos locales antes de concretar los planes y políticas de programas.
3. Establecer políticas relativas a todos los problemas de importancia: regulación del ejercicio profesional, responsabilidades de la PT, selección de aspirantes, instructores y supervisores, sanción oficial del adiestramiento, retribución y métodos de notificación.
4. Formular un plan específico para establecer todos los elementos necesarios de la infraestructura —distribución de suministros, organización de sistemas de transporte, mejoramiento del procedimiento de envío de casos, etc.— antes de iniciar el adiestramiento de las PT.
5. Tomar decisiones sobre métodos de evaluación, inclusive sobre indicadores de proceso y resultados, y obtener los indispensables datos básicos.
6. Establecer o adaptar el plan de estudios y el material docente que se consideren apropiados para la enseñanza de adultos, y específicos de las funciones que incumben a la PT en la zona.
7. Adiestrar instructores/supervisores, personal del centro de salud y parteras tradicionales, dedicando especial atención al trabajo de equipo.
8. Aplicar programas de educación comunitaria que completen y refuercen el adiestramiento de las PT.
9. Ejercer una supervisión regular de apoyo en los lugares donde ejenan las PT, centrada en la solución de

problemas y en el mejoramiento del ejercicio profesional, y tomar medidas para trasladar a tiempo y en breves condiciones los casos peligrosos y complicados.

Las actividades de seguimiento deben consistir en:

10. Iniciar la educación continua para analizar la capacidad profesional, evaluar conjuntamente el resultado del traslado de casos, mantener al día a las PT respecto a protocolos e iniciativas locales, e informar mejor al personal del centro de salud acerca de los deseos y preocupaciones de la comunidad.
11. Evaluar periódicamente el programa en el seno de la comunidad para evaluar sus defectos y sus resultados.
12. Adaptar los planes del programa de PT en función de la evaluación de éste y de la evolución de las necesidades.

6. Problemas que plantean los programas de PT

Cuando se inicia o remoja un programa de PT hay que tomar diversas decisiones. En cada programa, éstas incumben conjuntamente a las partes interesadas de la comunidad y del sistema de asistencia sanitaria. Las decisiones varían de unos países a otros y, en algunos, de unas regiones a otras en función de los problemas locales, las necesidades culturales, los recursos disponibles y la experiencia de la comunidad. En todo programa de PT se plantean invariablemente los problemas siguientes.

Regulación del ejercicio profesional

Cuando se haya decidido si se va a reconocer o no a las PT y cuál va a ser su condición jurídica, podrán tomarse decisiones sobre el registro, la autorización para ejercer y la certificación de ese personal. Por registro se entiende un empadronamiento de las PT, en el que pueden figurar por igual las adiestradas y las no adiestradas. La autorización para ejercer corresponde a la licencia oficial. La certificación constituye la forma de distinguir a las PT que han recibido un adiestramiento completo.

Funciones de las PT

Como cada país presenta sus propias circunstancias, no es posible formular un núcleo de funciones de la PT que sea universalmente aplicable. En cada país o región, habrá que tener en cuenta las condiciones locales para tomar la decisión pertinente. Toda decisión relativa a las funciones de la PT habrá de basarse en los siguientes factores: la función tradicional de la PT en la comunidad, el deseo de que las PT asuman nuevas funciones (expresado por la comunidad o por las propias PT), la disponibilidad de medios modernos de asistencia médica y la capacidad de la infraestructura para servir de apoyo a ciertas actividades de la PT. Como la

planificación familiar es un elemento importante de la salud maternoinfantil, cabe esperar que la PT la fomente y se encargue de distribuir medios de limitación de la natalidad que no requieran una supervisión médica especializada.

En los sitios donde existe un centro de salud en funcionamiento, podrá adiestrarse a las PT para que induzcan a su clientela a acudir a éste en busca de anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos o intervenciones de esterilización.

Retribución

Todo programa oficial de adiestramiento iniciado en el marco de la asistencia sanitaria moderna plantea el problema de la retribución del personal formado. La decisión de asignar un sueldo a la PT puede basarse en la influencia que puede ejercer esa medida en las interacciones de la misma con su clientela y en la capacidad financiera para mantener esa forma de retribución.

Selección de las PT para el adiestramiento

Cualesquiera que sean los criterios utilizados para seleccionar a las PT con fines de adiestramiento, la decisión habrá de tomarse en el seno de la comunidad o de acuerdo con ésta. Entre los criterios de selección puede figurar la motivación, el número de partos asistidos, el respeto que inspira la interesada en la comunidad, la edad, el grado de alfabetización o cualquier otro factor que se considere apropiado en función de las circunstancias locales y del resultado deseado.

Selección de instructores y supervisores

En definitiva, toda decisión relativa a la selección de instructores y supervisores de las PT habrá de basarse en los recursos y realidades locales. Los criterios aplicables a los instructores pueden comprender la edad, la experiencia

obstétrica, la capacidad de hablar el idioma local, la experiencia de enseñar a analfabetos, la motivación y la posibilidad de desempeñar funciones de supervisión de las PT al terminar el adiestramiento.

Contenido del adiestramiento

El adiestramiento de las PT cobra su máxima eficacia cuando se centra en el mejoramiento de la capacidad de las alumnas para desempeñar funciones sencillas y puntuales destinadas a resolver un problema determinado. Las investigaciones realizadas no han demostrado por ahora que las PT resulten eficaces cuando asumen una vasta gama de funciones de atención primaria de salud.

Sanción oficial del adiestramiento

El adiestramiento puede recibir sanción oficial en el curso de ceremonias locales, posiblemente con entrega de certificados y estuches para la asistencia obstétrica de fabricación local o facilitados por el UNICEF o el FNUAP. Además de la retribución, o como alternativa de la misma, puede examinarse una amplia gama de posibilidades de sanción oficial, basándose en las costumbres y opciones locales así como los recursos disponibles.

Transmisión del VIH

Como las PT han estado siempre expuestas al riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas, el problema actual del VIH —virus causal del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)— y la amenaza de su creciente difusión en los años noventa merecen especial atención. A las PT que no lo sepan, habrá que informarlas durante el adiestramiento de que su trabajo las expone a contraer el VIH. Habrá que decidir no sólo si la PT debe encargarse de participar en la educación sobre el SIDA sino también de qué manera debe protegerse. Cabe

examinar la conveniencia de que las PT utilicen guantes. Las PT pueden participar también en la distribución de preservativos en el ámbito de la comunidad.

Sistemas de apoyo técnico

Los programas de PT comprenden muchas más actividades que el mero adiestramiento. Los proyectos piloto y de demostración, o los programas en pequeña escala emprendidos por organizaciones no gubernamentales suelen dar buenos resultados; en cambio, tanto su impacto como su eficacia dejan que desear cuando se amplían a escala nacional, a menos que se mantenga rigurosamente el apoyo técnico necesario. Por consiguiente, en aras de la eficacia, lo mejor será emprender los programas en el marco más amplio de los programas de higiene maternoinfantil y planificación familiar en vez de hacerlo como actividad independiente. La eficacia de las PT depende del material que se les facilite y que se facilite al centro de consulta, de la supervisión que se aplique y de la existencia de un sistema realista y eficaz de consulta. Las decisiones sobre el tipo de apoyo técnico necesario varían en función de las circunstancias. Sin embargo, los gastos que entraña el adiestramiento de las PT sólo estarán justificados cuando se cuente con un sistema adecuado de apoyo y supervisión para respaldar el programa.

7. Limitaciones de los programas de PT

Los programas de PT tropiezan con cierto número de limitaciones, entre las que figuran las siguientes:

1. El analfabetismo limita considerablemente la eficacia de las PT al restarles capacidad para diversas funciones, entre ellas el mantenimiento de ficheros, la comunicación escrita con el personal de salud acerca de los casos transferidos y la prescripción de medicamentos.
2. Si mayor parte de las PT del país o distrito atienden pocos partos quizá no resulte rentable el adiestramiento, toda vez que las PT adiestradas no podrán remozar los conocimientos adquiridos mediante una práctica regular.
3. Los programas de PT resultan caros, incluso cuando las parteras atienden gran número de partos. Si al costo de las clases se añaden los gastos de encuestas, planificación, desarrollo y producción de material docente, mejoramiento de los sistemas de envío de casos y supervisión regular, un buen programa de PT puede requerir una proporción importante del presupuesto sanitario.
4. Fuera del ámbito institucional, las PT (incluso las mejor adiestradas) sólo pueden adoptar medidas limitadas para salvar una vida por no estar a su alcance muchas funciones obstétricas esenciales que solamente tienen cabida en un centro de salud o un hospital. Cuando el sistema de transporte es insuficiente, la PT puede encontrarse incapacitada para salvar la vida de una madre que necesita sangre, un tratamiento intravenoso o una intervención quirúrgica.
5. La PT adiestrada no sustituye a la partera tradicional. Aunque una PT experimentada puede adquirir confianza y destreza en la práctica de ciertas manipulaciones, la superficialidad de su adiestramiento le impide competir con la partera profesional a la hora de emitir un dictamen, tratar la amplia gama de complicaciones asociadas al embarazo y al parto y prevenir complicaciones en la madre

y el recién nacido mediante una educación sanitaria individualizada.

6. La formación de la PT no puede utilizarse como método único para mejorar la atención maternoinfantil. El adiestramiento de la PT no puede por sí solo contribuir a mejorar apreciablemente la asistencia sanitaria si no se aplican tecnologías apropiadas y se refuerzan los sistemas de apoyo y de envío de casos. Por otra parte, no es de esperar que las PT adiestradas reduzcan las tasas globales de mortalidad y morbilidad si no se abordan los problemas de pobreza, analfabetismo y discriminación que constituyen las causas subyacentes.

8. Perspectivas futuras

Mientras las mujeres sigan dando a luz sin recibir asistencia de parteras adiestradas, el adiestramiento de las PT ofrece la posibilidad de reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños al combatir la ignorancia, desarraigar las prácticas rituales peligrosas y promover las seguras, y facilitar el acceso a los métodos modernos de asistencia sanitaria. El efecto benéfico de esta medida provisional – el adiestramiento de las PT– durará más o menos según las percepciones y el comportamiento de la comunidad respecto al cuidado de la salud, así como en función de la capacidad del moderno sistema de asistencia sanitaria para brindar una atención profesional a quienes la necesiten. Todo esto varía de unos países a otros.

Algunos programas tienen como meta la integración de la PT en el personal de salud. Probablemente, una integración total es imposible, toda vez que las PT se convertirían entonces en agentes sanitarios adiestrados y retribuidos con funciones de carácter más técnico y se alejarían de su contexto cultural, pasando a ser trabajadores de atención primaria absorbidos por el moderno sistema asistencial; es decir, dejarían de ser PT. Los programas de PT no deben aspirar a «modelan», la práctica de la PT inspirándose en el modelo médico. Lo que importa es que el adiestramiento de la PT ayude a estas personas a desempeñar con menos riesgos las funciones que ya tenían a su cargo previamente. La función y la identidad de las PT deben mantenerse mientras éstas sigan siendo necesarias y gozando del reconocimiento de la comunidad en el terreno sanitario y cultural. De este modo, la PT se vincula, en vez de integrarse, al moderno sistema de asistencia sanitaria.

En los sitios donde hay actualmente PT en ejercicio, no es necesario ni transformarlas en una nueva categoría de agente de salud ni rechazarlas. El adiestramiento de las PT no debe considerarse como una solución permanente para resolver las necesidades de asistencia sanitaria de las madres y los niños, ni tampoco como una solución de reemplazo para el fenómeno de «desaparición de la partera», que empieza a manifestarse en

algunos países. Cuando se dispone de recursos y existe el propósito, un adiestramiento sencillo bien orientado, basado en un conjunto limitado y realista de funciones de la PT, facilitará la transición hacia la asistencia profesional generalizada. Durante cierto tiempo se prevé que el empleo de las PT tenderá a disminuir a medida que va estando más próximo el objetivo de la maternidad sin riesgo.

Llegará un momento en que gran parte de la información y los conocimientos que se enseñan en los programas de adiestramiento de PT se enseñarán a todas las mujeres. Estos conocimientos les serán de utilidad cuando tengan que asistir partos, planificar los nacimientos de sus propios hijos o evaluar la asistencia que se les presta en el parto, sea por una PT, por una partera profesional o por un tocólogo.

Gracias a los programas de alfabetización podrá contarse con un nuevo grupo de mujeres para asistir partos. Estas mujeres que han aprendido a leer y escribir, muchas de las cuales son hijas de PT analfabetas, tendrán que decidir entonces, junto con la comunidad y los planificadores sanitarios, si desean recibir la formación de PT o prefieren la de partera auxiliar o de partera profesional. La decisión habrá de hacerse país por país, y es de prever que no se encontrará ningún método único para la transición a la meta final: la Salud materno-infantil profesionalizada y la planificación familiar para todos.

En cualquier caso, siempre será necesario preservar lo mejor que ofrece la asistencia de las PT: la dedicación abnegada, el sentimiento humanitario y la respuesta a las necesidades culturales y espirituales. Incluso cuando las mujeres tengan acceso a la asistencia sanitaria moderna y a los servicios de parteras profesionales o de médicos, es probable que sigan recurriendo durante mucho tiempo a curanderos y parteras tradicionales en busca de consejos y asistencia complementaria en espera de que el nuevo sistema asistencial llegue a atender todas las necesidades de la clientela.

9. Función de la OMS, del FNUAP y del UNICEF

En los países donde las PT atienden gran número de partos y donde esa actividad está en consonancia con la política nacional de asistencia sanitaria, la OMS, el FNUAP y el UNICEF desplegarán un esfuerzo coordinado a nivel nacional, cada uno en el marco de su propio mandato, para:

1. Promover un enfoque flexible, adaptado a las condiciones locales, con miras a mejorar la salud maternoinfantil y la planificación familiar mediante la utilización de las PT.
2. Apoyar el adiestramiento de las PT en los sitios donde éstas puedan tener una influencia apreciable en la salud de las mujeres y los niños.
3. Colaborar en el establecimiento de programas complementarios de adiestramiento de PT con estrategias docentes adaptadas a cada país.
4. Servir de modelo o de recurso a las organizaciones no gubernamentales para la planificación de programas de PT.
5. Facilitar apoyo logístico para reforzar los sistemas de abastecimiento, supervisión y envío de casos.
6. Facilitar maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos.
7. Apoyar las investigaciones sobre la función y el impacto de los programas de PT.

