

ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CONTINUA DEL HOGAR AL HOSPITAL



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

a&cess

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CONTINUA DEL HOGAR AL-HOSPITAL

OCTUBRE 2005; Traducción en español ENERO 2007

Este informe sobre políticas fue escrito por Joseph de Graft-Johnson, Pat Daly, Susan Otchere, Nancy Russell y Robin Bell. Muchas personas revisaron los borradores y aportaron sus conocimientos y experiencia para finalizar el documento. ACCESS agradece a todos los miembros del grupo de trabajo sobre la Atención Continua del Hogar al Hospital (ACHH) del programa ACCESS así como a Stella Abwao, Koki Agarwal, Deborah Armbruster, Frances Ganges, Lily Kak, Marge Koblinsky, Joy Lawn, Nahed Matta, Mary Beth Powers, Theresa Shaver, Gail Snetro y Mary Ellen Stanton, por la asistencia prestada en la revisión de las versiones preliminares y por sus valiosas recomendaciones que sirvieron para reforzar el presente informe.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL ACHH DEL PROGRAMA ACCESS

Patricia Gomez, JHPIEGO

Gloria Metcalfe, JHPIEGO

Susan Otchere, Save the Children USA

Diana Beck, American College of Nurse-Midwives

Pat Daly, Save the Children USA

Nancy Russell, Constella Futures

Daniel Aukerman, Interchurch Medical Assistance

Berengere DeNegri, Academy for Educational
Development

Sarla Chand, Interchurch Medical Assistance

Joseph de Graft-Johnson, Save the Children USA

Indira Narayanan, BASICS

Robin Bell, Save the Children USA

ACCESS es el programa mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional para el mejoramiento de la salud materna y neonatal. El Programa ACCESS trabaja para expandir la cobertura, el acceso y el uso de servicios clave en salud materna y neonatal a través de la Atención Continua del Hogar al Hospital —con el propósito de dar acceso a servicios de salud de calidad lo más cerca posible del hogar. JHPIEGO implementa el programa junto con sus organizaciones socias: Save the Children, Constella Futures, Academy for Educational Development, American College of Nurse-Midwives e Interchurch Medical Assistance.

Para más información, diríjase a:

The ACCESS Program

JHPIEGO

1615 Thames Street

Baltimore, MD 21231-3492

Tel: 410.537.1845

La publicación de este documento se hizo posible gracias al apoyo proporcionado por la División de Salud Materno-neonatal, Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Dirección para la Salud Mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, conforme a los términos del Acuerdo Cooperativo “Leader with Associates” GHS-A-00-04-00002-00. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no necesariamente reflejan las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Fotografía de cubierta: Ayesh Vellani/Pakistán

Figura 1 (p. 4): Susan Otchere, Mary Beth Powers y Frances Ganges, Save the Children

 Impreso en papel de reciclaje

Brian Moody/Malawi



ABREVIATURAS

ACHH	Atención Continua del Hogar al Hospital
AMNE	Atención materna y neonatal esencial
ANE	Atención neonatal esencial
AONEB	Atención obstétrica y neonatal esencial básica
AONEI	Atención obstétrica y neonatal esencial integral
APN	Atención prenatal
CCC	Comunicación para el cambio del comportamiento
DSVH	Destrezas salvavidas en el hogar
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ITS	Infección de transmisión sexual
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa del parto
MINSA	Ministerio de Salud
MTI	Mosquitero tratado con insecticida
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OR	Organización religiosa
PP/AC	Prepararse para el parto/Alistarse en caso de complicaciones
PT	Partera tradicional
PTMH	Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH
TPI	Tratamiento preventivo intermitente de la malaria
TSC	Trabajador de salud comunitario
TT	Toxoide tetánico
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Ayesha Vellani/Pakistán



INTRODUCCIÓN

En general, los profesionales de campo que trabajan para mejorar la atención de salud en los países en desarrollo reconocen que abordar las múltiples causas de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal debe ser la primera prioridad. No obstante, en los últimos 20 años se ha avanzado muy poco para lograr este objetivo. Para millones de mujeres que no tienen acceso a una atención calificada durante el embarazo y el parto, ni durante el primer mes de vida de sus bebés, la alegría que ellas y sus familias sienten ante la llegada de un niño se ve a menudo opacada por el riesgo de morir que eventualmente enfrentan tanto la madre como su recién nacido. Muchas veces, el milagro de una nueva vida se transforma en una dolorosa lucha por la supervivencia.

Por lo menos 529.000 mujeres mueren anualmente por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, en su mayoría en los países en desarrollo.¹ Por cada mujer que muere, 30 mujeres quedan incapacitadas. La mortalidad neonatal es aún mayor: casi cuatro millones de bebés mueren cada año en los primeros 28 días de vida, mayormente también en los países en desarrollo. Tres cuartas partes de estas muertes ocurren en la primera semana de vida y entre 25 y 45 por ciento en las primeras 24 horas de vida.² Esta gran pérdida de vidas es innecesaria e inaceptable: gran porcentaje de muertes de madres y recién nacidos podrían evitarse proporcionando a las embarazadas acceso a personas calificadas que las asistan y brinden las intervenciones demostradas, eficaces y oportunas para ellas y sus bebés.^{3,4,5}

Aunque para la mayoría de las causas de mortalidad materna y neonatal las intervenciones eficaces están bien documentadas,^{3,5,6} la entrega eficaz de servicios sigue siendo un enorme desafío para los países en desarrollo, donde más de 60 millones de mujeres dan a luz sin la presencia de un proveedor calificado —y mayoritariamente en su hogar.⁷ Muchas mujeres no pueden acceder a los puestos de salud debido a la distancia de los servicios, el costo de la atención o porque no hay transporte o no pueden pagarlo. Además, existen barreras sociales —como la falta de poder de las mujeres para decidir, de libertad para movilizarse, de control sobre las finanzas, o la insensibilidad cultural de los establecimientos de salud— que pueden impedirles usar los servicios de atención materna-neonatal. Muchos países se han comprometido a lograr las Metas del Milenio para el Desarrollo propuestas por Naciones Unidas de reducir tres cuartas partes de la mortalidad materna y dos tercios de la mortalidad infantil en el año 2015. Para alcanzar esta última meta, debe haber un enfoque estratégico para reducir las

mueres neonatales, dado que 38 por ciento de las muertes de niños menores de cinco años corresponde a recién nacidos.² Será imposible alcanzar estas metas a menos que las barreras a la atención de salud sean efectivamente abordadas.

Los estudios han demostrado que implementar una atención materna y neonatal esencial (AMNE) con base en la comunidad puede disminuir considerablemente el número de muertes de madres y recién nacidos, incluyendo madres que dan a luz en sus hogares atendidas por proveedores calificados.^{8,9} En un estudio piloto realizado en India, las muertes neonatales se redujeron en 62 por ciento utilizando un modelo de atención neonatal con base en el hogar.⁴ Sin embargo, el potencial de la atención para madres y recién nacidos basada en la comunidad aún no ha sido explotado a escala nacional o regional.

La entrega de servicios de salud también es problemática. Muchos centros de salud de nivel primario y distrital en los países en desarrollo se esfuerzan por responder a la demanda de los servicios, enfrentando una serie de desafíos que incluyen:

- infraestructura insuficiente;
- falta de equipo básico o apropiado y de suministros adecuados;
- número insuficiente de personal de salud calificado o corta permanencia de este personal en los establecimientos de salud cercanos a las comunidades;
- falta de capacitación basada en competencias en la universidad o escuela técnica, y falta de programas de educación continua;
- mecanismos insuficientes de comunicación y referencia; y
- falta de respaldo legal a proveedores de servicios para realizar determinados procedimientos que podrían salvar vidas.

Cualquier enfoque que busque tener éxito en mejorar los servicios de atención materna y neonatal esencial debe abordar los problemas de la comunidad y del sistema de salud en forma conjunta y sistemática, además de asegurar una estrecha colaboración entre todos los interesados. Las comunidades y los proveedores de salud necesitan unir sus fuerzas y trabajar juntos para superar estos complejos obstáculos, teniendo como meta a largo plazo asegurar que las embarazadas y los recién nacidos sean atendidos por personal calificado —y de preferencia, lo más cerca posible al hogar. Para lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad materna y neonatal es necesario desarrollar un enfoque integral que aborde tanto los problemas sociales como del

sistema de salud en la comunidad y en los establecimientos de salud periféricos y distritales. Este enfoque integrado de programación e implementación de atención materna y neonatal en base a la comunidad y establecimientos de salud se llama Atención Continua del Hogar al Hospital (ACHH).⁹

ACHH en la comunidad

La ACHH comienza en el hogar de la embarazada y su familia. Muchas intervenciones en salud materna y neonatal —como preparación para el parto, espaciamiento de los nacimientos, dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida, descanso diario, atención pre y postnatal, lactancia exclusiva, parto limpio y saludable, higiene y cuidado del cordón umbilical, y secado y abrigo del recién nacido— pueden adoptarse en la mayoría todos los hogares, incluso bajo circunstancias muy limitadas. Las prácticas de AMNE pueden ser promovidas en las embarazadas y sus familiares utilizando estrategias de comunicación para favorecer el cambio del comportamiento (CCC). En última instancia, el bienestar y la supervivencia de la madre y el bebé podrían depender de haber logrado establecer y mantener con éxito estas intervenciones en el hogar.

Los prestadores de atención de salud en la comunidad, como trabajadores de salud comunitarios (TSC), parteras tradicionales (PT) y otros capacitados para trabajar con las familias en consejería pre y posparto, preparación para el parto y las complicaciones, parto limpio y seguro, atención y posparto y del recién nacido, son los que están estrechamente vinculados con el hogar, y quienes por tanto, deberían tener conocimientos acerca de signos de peligro y destrezas que sean seguras y permitan brindar primeros auxilios a madres y recién nacidos en el hogar.

Resulta también crucial en la atención a nivel de la comunidad la participación de toda la gama de líderes comunitarios —incluidos líderes políticos, educacionales, religiosos y otros— que son los que ejemplifican o cambian las normas y prácticas sociales. El proceso de establecer coalición entre estos líderes, familias, trabajadores de salud comunitarios e involucrados clave puede ser decisivo para expandir el alcance de los servicios maternos y neonatales, llevándolos tan cerca del hogar como sea posible.

Para desarrollar el componente de atención con base en la comunidad del modelo ACHH, los equipos multidisciplinarios reúnen a los principales líderes y representantes de la comunidad con los representantes del sistema de salud. Los líderes y los trabajadores de salud comunitarios definen la atención con base en la comunidad en colaboración con los

familiares y proveedores de salud de los establecimientos de salud, identificando las deficiencias de los servicios de AMNE y seleccionando las mejores prácticas basadas en evidencias de programas o modelos exitosos. La comunidad, proveedores de salud y organizaciones no gubernamentales (ONGs) trabajan conjuntamente para identificar, implementar y diseminar las mejores prácticas basadas en evidencias de la atención materna y neonatal. El éxito de las iniciativas de la ACHH en la comunidad, a su vez, puede fortalecer los esfuerzos mundiales para definir y replicar estrategias de prevención y tratamiento para mujeres y recién nacidos.

Vinculando la comunidad con el establecimiento de salud

En muchas regiones del mundo, las brechas sociales y físicas que existen entre la comunidad y el establecimiento de salud pueden ser abrumadoras. En lugares donde no hay acceso a atención de salud, por la razón que sea, las mujeres de las comunidades locales generalmente confían en sus costumbres o prácticas tradicionales para enfrentar el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido. Algunas de estas prácticas son inofensivas, pero otras pueden tener resultados adversos.

La evidencia disponible muestra que las intervenciones en CCC pueden mejorar eficazmente la atención y la búsqueda de atención de las madres y los recién nacidos.^{8,9,10} También ha quedado demostrado que las barreras sociales que impiden que las madres utilicen —y que los recién nacidos reciban— prácticas protectoras o preventivas pueden ser modificadas. Las intervenciones en CCC facilitan además la acción de la comunidad, como crear un ambiente favorable para comportamientos saludables, crear demanda para los servicios de salud, y apoyar la entrega de servicios materno-neonatales de calidad.

Thomas Kelly/Nepal



Miembros de una comunidad en Nepal asisten a una reunión sobre la salud del recién nacido.

La movilización comunitaria y la movilización social son dos componentes clave del proceso para la ACHH. A través de la movilización comunitaria, se fortalece la capacidad de la comunidad para explorar los temas de la salud materna neonatal esencial, y para planificar, implementar, monitorear y evaluar estrategias para mejorar la salud de embarazadas, madres y recién nacidos. La apropiación de estas estrategias por parte de la comunidad se promueve involucrando a los más afectados en planificar y llevar a la práctica las acciones de salud apropiadas. A medida que los beneficios de las intervenciones en AMNE van ganando aceptación, las comunidades las asumen como propias y se hacen responsables de las mejoras en la atención de salud materna y neonatal, tomando además acciones positivas para fortalecer las conexiones entre el hogar y el sistema de salud.

La movilización social se desarrolla en múltiples niveles entre las organizaciones que trabajan para aumentar el conocimiento y comprensión de las causas de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y para estimular acciones políticas y de promoción tendientes a mejorar los resultados de salud para madres y recién nacidos. Las coalición multisectoriales a nivel distrital, provincial y nacional identifican y abordan los desafíos sistémicos, y reúnen los recursos existentes para crear o apoyar el mejoramiento de la salud materna y neonatal.

Las coalición entre líderes locales, las ONG y otros involucrados también pueden contribuir a incrementar la demanda de servicios de salud accesibles y de calidad en establecimientos de salud periféricos y distritales. Para completar el proceso, los proveedores de salud de los niveles periféricos y distritales deben llegar hasta las comunidades para informar a las mujeres sobre los servicios de salud disponibles en cada nivel.

Brian Moody/Malawi



Una embarazada recibe atención prenatal en Malawi.



Tenderas y trabajadoras de salud del Distrito de Haripur en Pakistán asisten a una sesión de capacitación sobre maletines de parto seguro.

Capacitación para la atención en servicios de salud comunitarios e institucionales

Capacitar a los trabajadores de salud comunitarios para que brinden una eficaz atención preventiva y de emergencia a madres y recién nacidos es particularmente importante en los países donde faltan profesionales de salud para cubrir las necesidades de la población. Existen proyectos de investigación que han demostrado que los trabajadores de salud comunitarios, incluyendo los voluntarios de salud y los familiares en el hogar, pueden ser capacitados para identificar y tratar adecuadamente a los recién nacidos enfermos, y brindar primeros auxilios en caso de emergencias obstétricas, como la hemorragia posparto.^{4,11}

Los proveedores clave de atención en cada nivel de la ACHH deben tener la capacidad de brindar atención básica, y de manejar apropiadamente o referir a las mujeres y recién nacidos que requieran servicios adicionales o de urgencia. Mediante una colaboración estrecha con los ministerios de salud (MINSAs), las ONGs y otras organizaciones es posible obtener la asistencia técnica y materiales necesarios para implementar servicios de alta calidad.

La ACHH refuerza la capacidad de los proveedores de salud —ya sea en el hogar, la comunidad, establecimiento de salud periférico u hospital— para brindar atención materna y neonatal normal, prevenir y manejar las complicaciones maternas y neonatales, y efectuar referencia oportuna al próximo nivel de atención cuando surgen complicaciones que no pueden tratarse en el lugar (ver la Figura 1).

Para mejorar las probabilidades de supervivencia de las madres y los recién nacidos, los trabajadores de salud comunitarios y el personal de salud de todos los niveles de atención deben tener los conocimientos necesarios para realizar competentemente determinadas intervenciones preventivas y de tratamiento. La investigación confirma que los proveedores de salud, como enfermeras matronas y médicos generales, pueden ser eficazmente capacitados y equipados para realizar procedimientos obstétricos de emergencia, antes reservados exclusivamente para los obstetras. En el modelo de ACHH, los que proveen atención en el hogar y a nivel de la comunidad son capaces de brindar atención materna y neonatal básica y utilizar sus destrezas salvavidas en el hogar (DSVH) a fin de prevenir, y a veces manejar, algunas complicaciones. Es más, son capaces de tomar decisiones para referir los casos de complicaciones más serias al próximo nivel, que cuenta con proveedores de salud con la capacitación y el equipo necesario para manejar la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Es esencial que las intervenciones de calidad y basadas en la evidencia propuestas para la AMNE se realicen consistentemente en cada uno de los tres niveles del sistema que comprende la ACHH a fin de asegurar la continuidad de atención para la mujer y su recién nacido —desde las madres y familias a nivel del hogar hasta los establecimientos de salud periféricos y el hospital de distrito. El logro de esta meta requiere que se inviertan recursos de múltiples partes interesadas, incluidos el MINSA y otros ministerios de gobierno, agencias donantes, organizaciones religiosas (OR) y ONGs locales e internacionales. Por esta razón es que equipos multidisciplinarios conformados por representantes

de los tres niveles de atención deben involucrarse plenamente en la planificación del programa, así como en su implementación, seguimiento y evaluación.

AMNE en los establecimientos de salud periféricos y de distrito

El modelo del ACHH identifica al establecimiento de salud periférico como el que vincula el hogar con el hospital de distrito. Los establecimiento de salud periféricos deben contar con personal y equipo adecuado para brindar atención obstétrica y neonatal esencial básica (AONEB), que incluye:

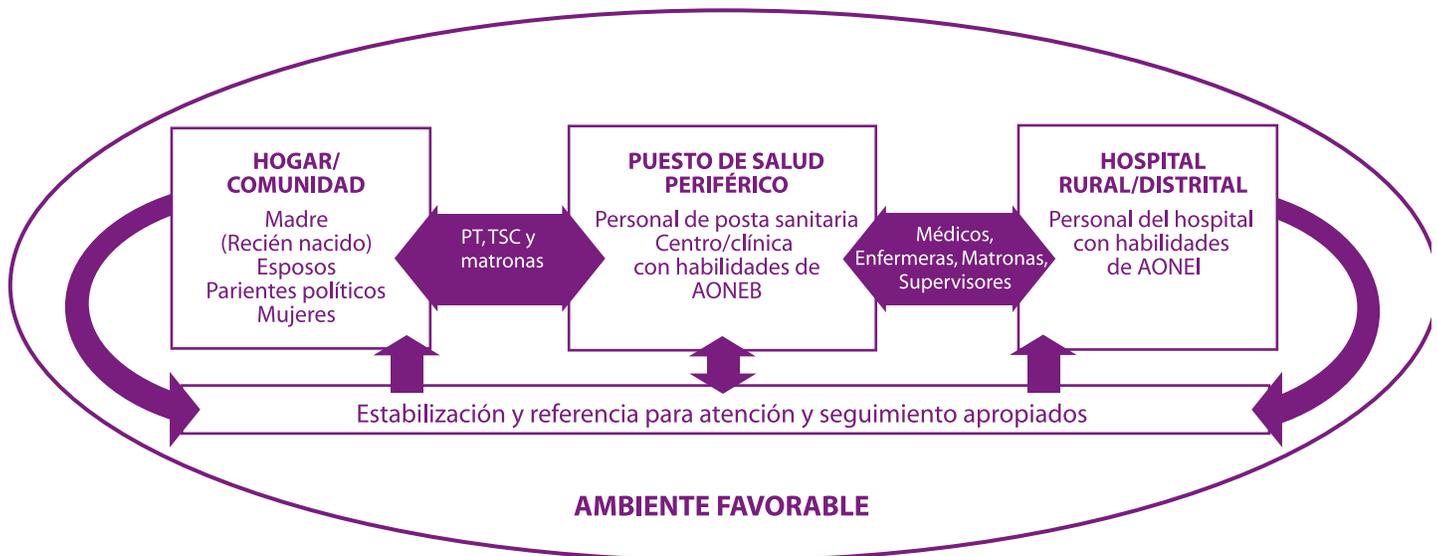
- 1) las seis funciones mencionadas de los servicios de atención obstétrica esencial básica, definidas por UNICEF, OMS y FNUAP;¹² y
- 2) la capacidad de brindar atención neonatal esencial (ANE) y manejar ciertas complicaciones del recién nacido.

Los hospitales de distrito deben tener la capacidad de realizar el conjunto de servicios denominados atención obstétrica y neonatal esencial integral (AONEI), que incluye:

- 1) las ocho funciones definidas por UNICEF, OMS y FNUAP para los servicios de atención obstétrica esencial integral;¹² y
- 2) la atención de todos los recién nacidos enfermos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los establecimientos de salud periféricos en dos tipos. Los establecimientos de salud Tipo I incluyen unidades de salud materna-infantil independientes, unidades básicas de salud,

Figura 1. Atención Continua del Hogar al Hospital



puestos sanitarios y dispensarios, generalmente dotados de enfermeros/as auxiliares que brindan servicios de salud limitados. Es posible que cuenten también con una cama para partos. Los establecimientos de salud Tipo II, cuentan idealmente con un equipo de profesionales multidisciplinario y ofrecen una variedad más amplia de servicios a una población más grande⁵ (ver el Cuadro 1).

Para la supervivencia de madres y recién nacidos, es de vital importancia que tanto los establecimientos de salud periféricos Tipo I como los de Tipo II estén equipados y dotados del personal necesario para:

- atender partos normales y brindar atención neonatal esencial;
- ofrecer AONEB; y
- manejar y referir a los recién nacidos enfermos en forma apropiada.

Además de esto, los establecimientos de salud Tipo II deben tener la capacidad de realizar transfusiones de sangre, aunque no necesariamente tener un banco de sangre propio.

El último nivel de la ACHH es el hospital de distrito. El hospital debe tener el personal y equipo necesario para brindar AONEI al igual que para manejar a los recién nacidos enfermos las 24 hrs. al día. Además de la AONEB, la atención obstétrica y neonatal integral de emergencia cubre los servicios quirúrgicos, como cesáreas y laparotomías para tratar el embarazo ectópico. Los hospitales de distrito también deben poder realizar transfusiones de sangre y tener un banco de sangre propio.

Cuadro 1. Clasificación de la OMS de los puestos de salud periféricos

Puesto de salud Tipo I	Puesto de salud Tipo II
<ul style="list-style-type: none"> • Dotado de un/a enfermero/a auxiliar con destrezas obstétricas • Brinda servicios ambulatorios y de curación limitados • No cuenta con camas (posiblemente sólo una cama de maternidad) • Desarrollo comunitario • Atiende a una población <10.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dotado de un equipo profesional, incluyendo médicos, funcionarios clínicos, personal de enfermería, enfermeros/as con destrezas obstétricas y/o trabajadores de salud auxiliares • Brinda servicios ambulatorios y de curación • Actividades de promoción de salud, prevención y educación • Sirve de apoyo para centros subalternos • Cuenta con camas de maternidad y de observación • Sala de operaciones para pacientes ambulatorios • Atiende una población de un máximo de 100.000 habitantes

Organización Mundial de la Salud, Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. WHO/FHE/MSM/94.1

Los establecimientos de salud, ya sean periféricos o distritales, deben mantener los servicios de salud clave, 24 horas al día y siete días a la semana, meta que depende de fortalecer los sistemas de gestión de recursos humanos —incluidos supervisión, mantenimiento de registros, actividades de mejoramiento de calidad, mecanismos para obtener retroalimentación de los clientes, educación continua y programas de capacitación. Otros servicios de apoyo, entre ellos, la disponibilidad y manejo de medicamentos mantenimiento de equipos, sistemas de comunicación y extensión a la comunidad, son igualmente indispensables. Para alcanzar este objetivo se requiere del compromiso constante del MINSA, los establecimientos y otros profesionales de la salud involucrados.

“El modelo de las tres demoras”: donde más cuenta la Atención Continua del Hogar al Hospital

Además de las intervenciones preventivas básicas de AMNE antes, durante y después del parto, es necesario introducir estrategias para abordar las complicaciones maternas y neonatales. En el “modelo de las tres demoras”, los programas exitosos de AMNE deben identificar los momentos críticos en que las mujeres y bebés con complicaciones requieren atención, y cuándo alguien debe tomar acción y responder a una situación en que peligra la vida:

- Prepararse para el parto y alistarse en caso de complicaciones (PP/AC)¹³: Los familiares deben prepararse con anticipación para el parto y para la acción a tomar en caso de que la madre o el recién nacido presenten signos de peligro;
- Quienes toman las decisiones en el hogar deben ser capaces de reconocer los signos de peligro en la madre o el recién nacido y no demorar la decisión de buscar atención adicional;
- Se debe disponer de fondos y transporte de emergencia para llegar a un centro de AONEB o AONEI sin demora; y
- Al llegar al establecimiento, los proveedores de salud no deben demorar en brindar atención oportuna y apropiada.

Aunque es posible que los proveedores de salud estén calificados para realizar diferentes intervenciones dependiendo de su nivel de capacitación, ellos están unidos por su responsabilidad compartida con las madres y los bebés. Cuando la necesidad emerge, la habilidad de los proveedores de salud para efectuar una referencia oportuna al próximo nivel de atención es decisiva para que el enfoque de la ACHH tenga éxito —y salvar las vidas de las madres y los recién nacidos.



Los programas que buscan incrementar significativamente la supervivencia materna y neonatal deben implementar cambios a lo largo de la Atención Continua del Hogar al Hospital a fin de:

- 1) fortalecer conocimientos y destrezas para utilizar apropiadamente las intervenciones maternas y neonatales en cada nivel;
- 2) asegurar que los proveedores de salud puedan reconocer los signos de peligro en la madre y el recién nacido y sepan cuándo se debe referir al próximo nivel de atención;
- 3) apoyar desarrollo de proveedores competentes y mantener equipados los establecimientos de salud para brindar atención obstétrica y neonatal esencial básica e integral; y
- 4) crear vínculos entre los proveedores de salud de los establecimientos de salud, la comunidad y las familias para asegurar la demanda y el acceso oportuno a servicios de salud de calidad.

EL PROCESO PARA CREAR UNA ACHH EXITOSA

El primer paso clave que deben dar los países y organizaciones comprometidos en implementar la ACHH es realizar un diagnóstico de la atención brindada a las mujeres durante el periodo prenatal, el trabajo de parto, parto y el posparto a los recién nacidos durante el nacimiento e inmediatamente después. Utilizando herramientas cuantitativas y cualitativas ya existentes para evaluar las prácticas y la atención materna y neonatal en el hogar, en los establecimientos de salud periféricos y en los hospitales. Los gerentes de programas pueden identificar las áreas de atención que necesitan ser fortalecidas en cada nivel. Dada la variedad de brechas que pueden ser identificadas y la necesidad de crear coalición para resolverlas, la evaluación debe ser hecha por un equipo multidisciplinario (con experiencia en las áreas social y clínica) conformado por proveedores de salud, gerentes del MINSA y representantes de la comunidad.

El Cuadro 2 describe las actividades clave para cada componente de la ACHH. Instituir los componentes necesarios según la complejidad de atención en los niveles del hogar, los establecimientos periféricos y el hospital de distrito requiere efectuar actividades complementarias pero integradas.

- **Planificando y definiendo el éxito a nivel de la comunidad.** El modelo de la ACHH promueve un enfoque participativo que es sensible a los asuntos de género, equidad y cultura, mediante el cual la comunidad logra comprender mejor lo que significan el embarazo saludable, el parto y la atención del recién nacido, al igual que los problemas de salud de las madres y sus bebés. Los miembros de la comunidad juegan un papel preponderante en la planificación tomar decisiones para mejorar la atención de salud de madres y recién nacidos, incluyendo:
 - Explorar y comprender los factores que afectan la salud y la supervivencia de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto y la salud y supervivencia de los recién nacidos;
 - Iniciar el diálogo para desarrollar enfoques de movilización social y comunitaria basados en evidencias para: a) reafirmar las prácticas saludables actuales de la comunidad y b) negociar actividades para el futuro;
 - Ayudar a las comunidades a elaborar sus planes de acción para implementar y sostener estrategias de apoyo a las prácticas saludables;

- Tomar acción positiva para promover las normas sociales o comportamientos individuales que contribuyan a obtener mejores resultados para las mujeres y recién nacidos o desalentar las prácticas perjudiciales mediante la integración del nuevo comportamiento;
 - Desarrollar sistemas para estar preparados para las emergencias, como planes de ahorros, transporte y potenciales donantes de sangre; y
 - Monitorear y evaluar los resultados de los esfuerzos realizados para mejorar las prácticas en el hogar y la calidad de atención en los establecimientos de salud, el uso de atención calificada y la cobertura en servicios de salud clave. Los indicadores para monitorear y evaluar el progreso y el impacto de estas intervenciones se enumeran en el Compendio de Estándares e Indicadores Maternos y Neonatales (Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium) del Grupo de Trabajo sobre Maternidad Segura y Salud Reproductiva del Grupo CORE.¹⁴
- **Mejorar las destrezas de los proveedores de salud.** Involucrar la participación de los trabajadores de salud comunitarios (incluyendo a familiares, TSC y proveedores capacitados a nivel comunitario) es un componente esencial para seleccionar e implementar las actividades e intervenciones dirigidas a mejorar la atención a nivel de la comunidad y de los establecimientos de salud. Dichas intervenciones comunitarias no se limitan exclusivamente a cambios del comportamiento. Los proveedores de salud en los establecimientos de salud también necesitan mejorar la prestación de servicios basándose en las necesidades de las comunidades a las que sirven. La capacitación en servicio o en el pre grado debe ser basada en competencias, e incorporar conocimientos y destrezas basadas en la evidencia, incluyendo la capacitación para asistir a la mujer durante el parto normal en forma culturalmente apropiada, además de AONEB y AONEI. Es fundamental apoyar y facilitar coalición entre los proveedores de salud de los establecimientos de salud , los líderes comunitarios, el personal de salud diferente del MINSA, organismos donantes y las ONGs a fin de crear sistemas de salud que apoyen la identificación y solución de los problemas de acceso para las mujeres en las comunidades.
 - **Crear un ambiente favorable.** Para vincular a las comunidades con los establecimientos de salud periféricos y distritales se requiere un cambio. Las familias, los proveedores de salud comunitarios y de los establecimientos de salud, los grupos y líderes comunitarios, los legisladores, los gerentes de programas
- de las ONGs y ORs y los donantes deben trabajar juntos para crear un ambiente favorable a de la atención materna y neonatal.
- Los ambientes social y médico deben permitir a las familias, comunidades y trabajadores sociales poner en práctica los prácticas saludables y servicios incluidos en la ACHH, de manera que estos comportamientos adecuados se conviertan en normas sociales y comunitarias establecidas.
 - Debe instituirse a nivel nacional la necesaria autoridad política y legal que habilite a los proveedores de salud para brindar los servicios e intervenciones apropiadas.
 - El sistema de referencia con base en la comunidad —que incluya comunicación, fondos de emergencia y transporte y apoyo en la supervisión por parte de los proveedores de salud calificados— debería ser una estructura que facilite la vinculación de las mujeres, recién nacidos y proveedores de salud de salud comunitarios con los establecimientos de salud.
 - Los establecimientos de salud eficaces y en funcionamiento necesitan tener suficientes asistentes calificados con el respaldo legal para utilizar sus destrezas salvavidas en la comunidad, específicamente la administración de agentes uterotónicos, antibióticos y procedimientos clínicos para salvar vidas, según sea apropiado.
 - Es necesario que exista un sistema de apoyo para los proveedores de salud de salud comunitarios, en términos de remuneración apropiada, supervisión y equipamiento, que les proporcione las destrezas y suministros necesarios para realizar adecuadamente las tareas que les asignan. Se deben abordar las necesidades de satisfacción en el trabajo, incluyendo escalas de pago apropiadas, oportunidades de mejoramiento profesional, educación médica continua y supervisión capacitante.
 - **Asegurar una atención de salud de calidad.** Las comunidades, proveedores de servicios, legisladores, personas con poder de decisión, donantes y otras partes interesadas deben estar comprometidos con la acción colectiva y a la responsabilidad compartida a fin de garantizar que se brinde atención de calidad en todos los niveles, y que existan fuertes vínculos entre dichos niveles. La calidad y sostenibilidad de los servicios de salud se logra mediante la creación de coalición, coordinación de actividades y supervisión conjunta, y es la clave para el funcionamiento eficaz de la Atención Continua del Hogar al Hospital.



Jaime Cisneros/Bolivia

- **Destinar recursos.** Los donantes y personas con poder de decisión que buscan reducir la mortalidad materna y neonatal deben destinar fondos y reforzar las políticas para apoyar la implementación de la Atención Continua, y deben trabajar en colaboración con otros socios para asegurar que los programas aborden todos los elementos críticos del ACHH. Los gerentes de programas, las ONGs, las ORs, los proveedores de servicios, los líderes comunitarios y otros involucrados deben defender y trabajar con el MINSA por políticas mejoradas y los recursos humanos y financieros necesarios para la implementación completa del modelo del ACHH.

ESTABLECIENDO LAS BASES PARA EL APOYO NACIONAL Y GLOBAL

La implementación de la ACHH requiere del apoyo de las partes interesadas de la comunidad dedicada a la atención de la salud y, lo que es más importante, del ministerio de salud. Actualizar las guías nacionales de atención materna y neonatal para que reflejen los nuevos conocimientos y prácticas basadas en evidencia y abogar por políticas de apoyo pueden tener un impacto significativo en el mejoramiento de la atención. Generar el compromiso con programas —por ejemplo, de capacitación y extensión— que complementen la creciente demanda de las comunidades.

Más aún, a fin de obtener el respaldo legal para realizar los procedimientos necesarios para salvar vidas que permitan prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, se requiere la colaboración de las organizaciones multilaterales y los socios de la sociedad civil para persuadir a las autoridades gubernamentales (particularmente del MINSA) de otorgar a los trabajadores de salud mayor responsabilidad para aplicar intervenciones que salvan vidas.

La coalición de ministerios de salud y también otros ministerios y funcionarios de gobierno, ONGs y partes interesadas resulta esencial para proporcionar los recursos que viabilicen el funcionamiento de la Atención Continua del Hogar al Hospital, y debe ser apoyada por políticas nacionales apropiadas que permitan que las comunidades, proveedores de salud en todos los niveles y establecimientos del sector público y privado incrementen el bienestar y la supervivencia de las madres y recién nacidos. La comunidad puede prevenir la pérdida innecesaria de vidas tanto de las mujeres como de sus bebés preparando a las mujeres y sus familias para el embarazo y el parto, y estableciendo soluciones para brindar atención básica e identificar y tratar los casos de urgencia. En última instancia, implementar el ACHH fortalece la atención de salud para todos los miembros de la comunidad.

HOGAR EN LA
COMUNIDAD

PUESTO DE SALUD
TIPO I

ATENCIÓN PRENATAL

- Mejorar las prácticas prenatales preventivas, tales como:
 - Prevenición de la malaria –uso de MTI y TPI para prevenir la malaria
 - Sexo seguro
 - Nutrición adecuada
 - Inmunización contra el tétanos
- Asegurar por lo menos 4 visitas de APN comenzando lo más temprano posible (a las 12 semanas de embarazo)
- Mejorar la preparación para el parto y posibles complicaciones para las embarazadas, sus familias y comunidades
- Mejorar el reconocimiento de los signos de peligro en la madre y el recién nacido y la búsqueda de atención por parte de las madres y las familias
- Asegurar que las familias y los trabajadores de salud comunitarios tengan conocimientos y destrezas para brindar primeros auxilios obstétricos
- Promover las pruebas y consejería para el VIH

- Brindar servicios enfocados de APN¹¹: TPI, TT, prevención y detección de ITS, PTMH, hierro/ácido fólico, PP/AC
- Reconocer y manejar apropiadamente los signos de peligro
- Brindar AONEB 24 horas al día
- Mejorar la participación de la comunidad en el manejo del puesto de salud
- Mejorar el sistema de referencia, incluyendo la comunicación con el próximo nivel de atención y el transporte
- Proveer servicios de extensión para APN
- Apoyar y supervisar las intervenciones a nivel del hogar

ATENCIÓN DEL PARTO Y
DEL RECIÉN NACIDO

Para la madre

- Promover el parto asistido por un proveedor calificado (incluidos el uso del partograma y el manejo activo del tercer período del parto (MATEP) en el hogar)
- Asegurar el parto limpio y seguro donde no hay proveedores calificados disponibles, incluido el uso de misoprostol después de que nazca el bebé
- Asegurar la hidratación y nutrición adecuadas de la madre durante el trabajo de parto

Para el recién nacido¹⁶

- Iniciar la lactancia inmediata y exclusiva en la primera hora
- Mantener el calor del bebé: secarlo y envolverlo inmediatamente o secarlo y colocarlo en contacto piel a piel con la madre y cubrirlo con un paño
- Esperar al menos 12–24 horas antes de bañar al bebé
- Reconocer y reanimar al recién nacido con asfixia

Para ambos

- Mejorar el reconocimiento de los signos de peligro en la madre y el recién nacido y la búsqueda de atención la calificada por parte de las madres y las familias
- Asegurar que las familias y los trabajadores de salud de la comunidad tengan conocimientos y destrezas para brindar primeros auxilios obstétricos

- Realizar el parto limpio y seguro, incluidos el uso del partograma y el MATEP¹⁵
- Reconocer y manejar apropiadamente los signos de peligro en la madre y el recién nacido
- Brindar AONEB 24 horas al día
- Mejorar el sistema de referencia, incluyendo la comunicación con el próximo nivel de atención y el transporte
- Apoyar y supervisar las intervenciones a nivel del hogar
- Brindar servicios de PTMH, incluido el uso de nevirapina

ATENCIÓN POSPARTO

Para la madre

- Mejorar las prácticas preventivas, tales como:
 - Uso de MTI para prevenir la malaria
 - Sexo seguro
 - Nutrición adecuada
 - Higiene básica
- Iniciar planificación familiar

Para el recién nacido

- Continuar la lactancia exclusiva
- Mantener el calor del bebé
- Mantener el cordón umbilical limpio y seco
- Administrar las inmunizaciones recomendadas
- Dormir con la madre bajo un MTI

Para ambos

- Asegurar la visita postnatal temprana, dentro de los 3 días, por un proveedor calificado
- Mejorar el reconocimiento de los signos de peligro en la madre y el recién nacido y la búsqueda de atención por parte de las madres y las familias
- Asegurar que las familias y los trabajadores de salud comunitarios tengan conocimientos y destrezas para brindar primeros auxilios obstétricos

- Reconocer y manejar apropiadamente los signos de peligro en la madre y el recién nacido
- Brindar AONEB 24 horas al día
- Mejorar el sistema de referencia, incluyendo la comunicación con el próximo nivel de atención y el transporte
- Apoyar y supervisar las intervenciones a nivel del hogar
- Brindar servicios de PTMH, incluido el uso de nevirapina para el bebé
- Proveer servicios de extensión para atención postnatal

**PUESTO DE SALUD
TIPO II**

**HOSPITAL
DE DISTRITO**

**AMBIENTE
FAVORABLE**

ATENCIÓN PRENATAL

1. Todas las intervenciones mencionadas para el establecimiento de salud Tipo I MÁS:
2. Proveer servicio de laboratorio básico para el tamizaje de anemia, ITS y VIH
3. Realizar transfusión de sangre

1. Todas las intervenciones mencionadas para el establecimiento de salud Tipo II, MÁS:
2. Asegurar que haya un banco de sangre en las instalaciones
3. Proveer servicios de laboratorio completos

1. Vincular a las comunidades con los establecimientos de salud periféricos y distritales requiere un cambio. Las familias, los trabajadores de salud de la comunidad y de los establecimientos, los grupos y líderes comunitarios, los legisladores, los gerentes de programas de las ONGs y ORs y los donantes deben trabajar juntos para crear un ambiente favorable para la atención materna y neonatal.
2. El contexto social y médico deben permitirles a las familias, comunidades y trabajadores sociales poner en práctica los comportamientos y servicios incluidos en el ACHH, de manera que estos comportamientos adecuados se conviertan en normas sociales y comunitarias establecidas.
3. Debe instituirse a nivel nacional el respaldo político y legal necesario que habilite a los proveedores de salud para brindar servicios e intervenciones apropiados.

**ATENCIÓN DEL PARTO Y
DEL RECIÉN NACIDO**

1. Los mismos servicios descritos para el establecimiento de salud Tipo I, MÁS:
2. Transfusión de sangre
3. Servicio de laboratorio básico

1. Los mismos servicios descritos para el establecimiento de salud Tipo II, MÁS:
2. Manejar todas las complicaciones relacionadas con el embarazo y tratamiento del recién nacido enfermo, incluidos los procedimientos obstétricos/quirúrgicos asociados
3. Servicios de laboratorio completos: todos los exámenes de laboratorio básicos, glicemia, bilirrubina, ITS/VIH
4. Banco de sangre en el hospital
5. Brindar AONEI 24 horas al día

4. El sistema de referencia con base en la comunidad —que incluya comunicación, fondos de emergencia y transporte supervisión capacitante por parte de los proveedores de salud calificados— debe ser una estructura que vincule a las mujeres, recién nacidos y trabajadores de salud comunitarios con los establecimiento de salud.
5. Los establecimiento de salud eficaces y en funcionamiento necesitan tener suficientes proveedores calificados con el respaldo legal para utilizar sus destrezas para salvar vidas en la comunidad, específicamente la administración de agentes uterotónicos, antibióticos y procedimientos clínicos para salvar vidas, según sea apropiado.
6. Es necesario que exista un sistema de apoyo para los trabajadores de salud de la comunidad, en términos de remuneración apropiada, supervisión y equipo, que les proporcione las destrezas y suministros requeridos para realizar adecuadamente las tareas que les asignan. Se deben abordar las necesidades de satisfacción en el trabajo, incluyendo escalas de pago apropiadas, oportunidades de mejoramiento profesional, educación médica continua y supervisión capacitante.

ATENCIÓN POSPARTO

1. Los mismos servicios descritos para el establecimiento de salud Tipo I, MÁS:
2. Transfusión de sangre
3. Servicio de laboratorio básico

1. Los mismos servicios descritos para el puesto de salud Tipo II, MÁS:
2. Manejar todas las complicaciones relacionadas con el embarazo y tratamiento del recién nacido enfermo, incluidos los procedimientos obstétricos/quirúrgicos asociados
3. Servicios de laboratorio completos: todos los exámenes de laboratorio básicos, glicemia, bilirrubina, ITS
4. Banco de sangre en el hospital
5. Brindar AONEI 24 horas al día

7. Asegurar una atención de salud de calidad. Las comunidades, proveedores de servicios, legisladores, personas con poder de decisión, donantes y otras partes involucradas deben estar comprometidos con la acción colectiva y a la responsabilidad compartida a fin de garantizar que se brinde atención de calidad en todos los niveles, y que existan fuertes vínculos entre dichos niveles. La calidad y sostenibilidad de los servicios de salud se logra mediante la creación de coalición, coordinación de actividades y supervisión conjunta, y es la clave para el funcionamiento eficaz de la Atención Continua.
8. Destinar recursos. Los donantes y personas con poder de decisión que buscan reducir la mortalidad materna y neonatal deben destinar fondos y reforzar las políticas para apoyar la implementación de la Atención Continua, y deben trabajar en colaboración con otros socios para asegurar que los programas aborden todos los elementos críticos de la ACHH. Los gerentes de programas, las ONGs, las ORs, los proveedores de servicios, los líderes comunitarios y otros involucrados deben defender y trabajar con el MINSA por políticas mejoradas y los recursos humanos y financieros necesarios para la implementación completa del modelo de la ACHH.

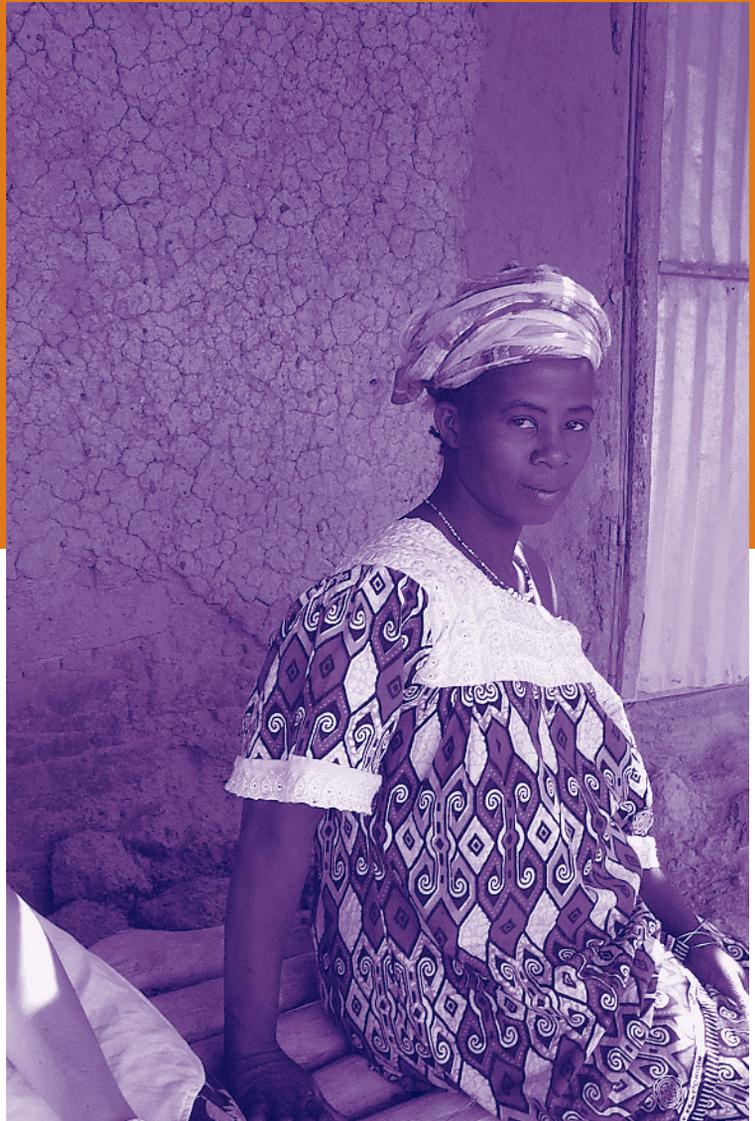
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. *World Health Report: 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: WHO, 2005.
2. Lawn J et al. “4 million neonatal deaths: when? where? why?” *The Lancet*, Neonatal Survival series, marzo 2005, 9–18.
3. Darmstadt G et al. “Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save?” *The Lancet*, Neonatal Survival series, marzo 2005, 19–30.
4. Bang A, Bang R, and Reddy H. “Home-based neonatal care: Summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993 to 2003).” *J. Perinatology* 2005, 25: S108–S122.
5. World Health Organization. “Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries.” WHO/FHE/MSM/94.11.
6. World Health Organization. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives*. Geneva: WHO, 2003.
7. Knippenberg R et al. “Systematic scaling up of neonatal care in countries,” *The Lancet*, Neonatal Survival series, marzo 2005, 31–43.
8. Morrison J et al. “Women’s health groups to improve perinatal care in rural Nepal.” *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 5: 6, 2005.
9. Nanda G, Switlick K, and Lule E. “Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches.” *Health, Nutrition and Population*. Washington D.C.: The World Bank, abril 2005.
10. Parlato R, Darmstadt G, and Tinker A. “Qualitative research to improve newborn care practices.” *Saving Newborn Lives Tools for Newborn Health*. Washington, D.C.: Save the Children, 2004.
11. Sibley L, Buffington S T, Beck D, and Armbruster D. “Home based life saving skills: Promoting safe motherhood through innovative community based interventions.” *J. Midwifery and Women’s Health* 46(4): 258–266, 2001.
12. UNICEF, WHO and UNFPA. “Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services.” New York: UNICEF, octubre 1997. Según estas guías, la AONEB incluye administrar antibióticos por vía parenteral, administrar oxitócicos por vía parenteral, administrar anticonvulsivos para la preeclampsia y eclampsia por vía parenteral, realizar la extracción de restos ovulares retenidos (por ejemplo, aspiración manual por vacío) y asistir durante el parto vaginal. La AONEI cubre todos los servicios de atención obstétrica esencial básica además de la cirugía (cesárea) y la transfusión de sangre.
13. MNH Program. “BP/CR: A Matrix of Shared Responsibility.” Afiche (revisado). Baltimore: JHPIEGO, 2004.
14. Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group. *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium*, Washington, D.C.: CORE Group, diciembre 2004.
15. Prendiville WJ, Elbourne D and McDonald S. “Active versus expectant management in the third stage of labour.” *The Cochrane Review*, in The Cochrane Library, Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.
16. Kinzie B and Gomez P. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. Maternal and Neonatal Health Program. Baltimore: JHPIEGO/MNH Program, 2004.
17. Beck D, Ganges F, Goldman S, and Long P. *Care of the Newborn: Reference Manual*. Saving Newborn Lives. Washington D.C.: Save the Children, 2004.

Julia Ruben/India



Michael Biscelgie/Mali



ACCESS es el programa mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional para el mejoramiento de la salud materna y neonatal. El Programa ACCESS trabaja para expandir la cobertura, el acceso y el uso de servicios clave en salud materna y neonatal a través de la Atención Continua del Hogar al Hospital —con el propósito de dar acceso a servicios de salud de calidad lo más cerca posible del hogar. JHPIEGO implementa el programa junto con sus organizaciones socias: Save the Children, Constella Futures, Academy for Educational Development, American College of Nurse-Midwives e Interchurch Medical Assistance.

The logo for ACCESS, featuring a stylized orange and yellow figure above the word "access" in a lowercase, sans-serif font.

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services