

Para salvar la vida



Marge Koblinsky

USAID



U.S. Agency for
International Development
Office of Health



MotherCare™

JSI

John Snow Inc

PARA SALVAR LA VIDA

Marge Koblinsky

(Preparado por MotherCare-Bolivia)

1

La Paz - Bolivia
1996

B

Esta publicación es posible gracias a la Oficina de Salud
de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados
Unidos (USAID) bajo los términos de contrato
N° HRN 5966 C-00 3038 00 y de
John Snow Inc (JSI)

Las opiniones expresadas por la autora no reflejan
necesariamente los puntos de vista de
USAID y JSI

© Marge Koblinsky
D L
MotherCare-Bolivia
Edición Jaime Taborga
Impresores

Impreso en Bolivia

1

C

Presentación

*La entrega del libro **Para salvar la vida**, de Marge Koblinsky, es para MotherCare-Bolivia un doble motivo de satisfacción pues además de honrarnos con la presentación de tan importante trabajo, obra de una destacada autora, iniciamos con él una serie de publicaciones destinadas a la reflexión y el apoyo en torno a las tareas técnicas y las preocupaciones sociales de nuestro proyecto en Bolivia*

El contenido del presente texto fue expuesto por la Dra Koblinsky a mediados de 1995 en diferentes audiencias del país. La gran acogida que tuvo, además de su valor científico intrínseco, es otra buena razón para su actual publicación

Koblinsky nos lleva aquí de la mano a transitar por nuevos caminos de sobrevivencia materna y perinatal. En las experiencias de campo que describe realizadas en países como Bolivia, Guatemala e Indonesia, donde el proyecto MotherCare probó exitosamente modelos de reducción de la muerte materna y neonatal, se destacan las metodologías comunitarias que fueron utilizadas a nivel local, y que hicieron de sus habitantes actores principales en la lucha contra las complicaciones obstétricas y perinatales

Esperamos que la serie de publicaciones que ahora iniciamos sirva para realizar un fructifero intercambio de experiencias y que nos ayude a resolver de un modo rapido y eficaz el grave problema de la mortalidad materna y perinatal que aun nos acosa

*Gullermo Seoane
DIRECTOR DE MOTHERCARE BOLIVIA*

CONTENIDO

I	LOS SIGNOS DEL PROBLEMA	11
	—La salud materna	11
	—Complicaciones obstetricas y enfermedades relacionadas	14
	—Consecuencias para el bebe	16
II	CAMINO A LA SUPERVIVENCIA	19
	—El cuidado obstetrico esencial	21
	—Los pasos para la supervivencia materna	21
	Paso N° 1 Reconocimiento del problema	23
	Paso N° 2 Toma de decisiones	25
	Paso N° 3 Logistica para alcanzar atencion	28
	Paso N° 4 Calidad de la atencion	29
III	LA EXPERIENCIA DE LOS ESFUERZOS	31
	—Tanjungsari Oeste de Java, Indonesia	31
	—Quetzaltenango Guatemala	40
	—Fortaleza Brasil	46
	—Inquisivi Bolivia	51
	—Cochabamba, Bolivia	54
	—Rosario, Argentina Pelotas Brasil Havana Cuba Ciudad de Mexico, Mexico	58
IV	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62

I

LOS SIGNOS DEL PROBLEMA

La salud materna

Aproximadamente 500 000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo* Esta realidad llevo a que se tome mayor conciencia sobre el hecho de que aun mueren muchas mujeres durante procesos considerados como saludables y normales Pero, cuando en 1991 y nuevamente en 1993 la WHO reviso las estadísticas de mortalidad materna, se encontro pocos cambios en el numero anual de muertes maternas

Aunque la alta cifra de 150 millones de embarazos anuales en el mundo pueda dar lugar a considerar factibles por si mismos tales indices de mortalidad, el hecho es que el 99% de las muertes maternas ocurre en paises en desarrollo, y solo el 1% en los paises desarrollados Esta desproporcion de la mortalidad materna entre los paises en desarrollo y los paises desarrollados

* Conferencia de Maternidad sin Riesgos 1987

muestra, al menos, que la muerte no ocurre en un proceso relativamente saludable

El contraste de riesgo para mujeres en países en desarrollo con aquellas de países desarrollados es como sigue en países en desarrollo, aproximadamente una de cada 50 mujeres muere por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto. Mientras que en economías de mercado establecidas (Banco Mundial, 1993), muere solo una por cada 3 000. Las consecuencias son graves, pues si muere la madre, la probabilidad de que mueran los hijos menores a 5 años se eleva al 50% en los países en vías de desarrollo (Banco Mundial, 1993)

Cerca de 3 de cada 5 muertes maternas ocurre en Asia (WHO, 1991). En África mueren menos mujeres. Sin embargo, las mujeres africanas se enfrentan a más probabilidades de muerte que las asiáticas, por dos razones: se embarazan con mayor frecuencia —Índice Global de Fertilidad (IGF) de 5,9 (Population Reference Bureau, 1994)—, y mueren más a menudo una vez que están embarazadas —índice de mortalidad materna (IMM) de 640 (WHO, 1991)

Latinoamérica tiene un índice moderado de IGF (3,2) e IMM (2,70). Así y todo, mueren anualmente 34 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, principalmente por el aborto de riesgo. Bolivia aporta a esta cifra con casi 1 000 mujeres muertas cada año.

Las causas de mortalidad materna se dividen en *directas* (aquellas que ocurren solo durante el embarazo y el periodo post-parto) e *indi-*

rectas (aquellas que pueden estar presentes aun antes del embarazo y que se ven agravadas por el embarazo) Se estima que aproximadamente el 80% de todas las muertes maternas se deben a causas directas

Por estudios realizados en comunidades se sabe que las principales causas directas son similares en los países en desarrollo hemorragia, sepsis, desordenes hipertensivos del embarazo (incluyendo eclampsia), parto obstruido/prolongado y ruptura del utero, y aborto septico La WHO estima que las hemorragias representan el 31% de todas las causas directas, sepsis, el 18.5%, aborto, 16%, eclampsia, 10%, parto obstruido, 10%, hipertension, 5%, y otras causas directas, 10% (WHO, 1993)

La importancia relativa de las diferentes causas directas varian segun las regiones geograficas, tanto por la disponibilidad y uso de la infraestructura de salud o por la capacidad para responder a estas complicaciones, como por las condiciones de nutricion y salud de las mujeres antes y despues del embarazo (por ejemplo niveles de anemia, estatura, tendencia a la eclampsia o a parto obstruido)

En Bolivia, se estima que el 30% de los abortos de riesgo ocasiona muerte materna, 26%, las hemorragias, y 10%, la hipertension Aunque en terminos absolutos ocurren muchas mas muertes en el periodo del embarazo, el elevado numero de muertes maternas por aborto en situacion de riesgo exige prestar tanto una especial atencion durante el periodo de embarazo como mejorar la atencion del parto y post-parto, pues

las complicaciones obstetricas ocurren principalmente durante el parto y el alumbramiento, o inmediatamente despues de este

Pero la muerte materna es solo una muestra del problema. Por cada muerte materna, por lo menos 100 mujeres embarazadas tienen complicaciones obstetricas de consideracion, 250 mujeres en edad reproductiva se contagian enfermedades de transmision sexual (ETS), y cerca de 1 000 mujeres sufren anemia o estan mal alimentadas. Así, si en Bolivia mueren casi 1 000 mujeres al año, se estima que 100 000 mujeres sufren complicaciones obstetricas. La sífilis, en la poblacion que acude a atencion prenatal, muestra en una ciudad una incidencia de 2,5%, pero en poblaciones de mayor riesgo la cifra sube a 9,5%. De otras ETS, como la gonorrea y la clamidia, que tambien tienen un impacto dramático en los resultados del embarazo, se reporta un 10%, y en los grupos de alto riesgo, 17%. Finalmente, con una prevalencia de anemia del 58%, mas de 150 000 mujeres en Bolivia son o serán madres anémicas. Todos estos problemas de salud tienen un serio impacto tanto en la mujer como en el recién nacido.

Complicaciones obstétricas y enfermedades relacionadas

Se estima que entre el 30% (WHO, 1993) y el 40% (Koblinsky y otros, 1992) de las mujeres embarazadas (mas de 54 millones de mujeres

en países en desarrollo) experimentan complicaciones relacionadas con el embarazo que son causa de muerte (hemorragia, sepsis, trabajo de parto obstruido o prolongado, aborto séptico y trastornos hipertensivos del embarazo)

Adicionalmente, millones de mujeres sufren enfermedades como anemia, malaria, enfermedades del corazón, hepatitis, tuberculosis o diabetes, que se agravan por el embarazo y que pueden causar indirectamente la muerte. La WHO estima que 12.5 millones de embarazos se ven afectados por estas enfermedades, dato que puede ser una estimación conservadora debido al carácter a veces anecdótico de esta información respecto al nivel de estos problemas (WHO, 1993, Koblinsky, 1995). Aproximadamente el 20% de las muertes maternas en todas las regiones se atribuyen a estas causas indirectas (WHO, 1993).

El impacto de estas complicaciones y enfermedades relacionadas es sutil pero insidioso. Además de la muerte, estas complicaciones tienen un efecto en la calidad de vida, fertilidad y productividad de las mujeres, y pueden producir morbilidades reproductivas crónicas que se hacen evidentes después de mucho tiempo del parto. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Egipto se encontró que el 56% de las mujeres de menos de 60 años sufrían de diferentes tipos de prolapso genital, y 8% presentaban prolapso severo. Muchas de estas mujeres se habían casado a edad muy temprana, y casi la mitad tuvo 5 o más partos (Younis y otros, 1992).

Se estima que 15 millones de mujeres pre-

sentan otras enfermedades a largo plazo, como ser fistula obstetrica (goteo constante de orina o heces debido a daños durante el parto), anemia severa, inflamacion de la pelvis, enfermedades del tracto reproductivo e infertilidad. Adicionalmente, hay cerca de 26 millones de abortos de riesgo cada año, con secuelas de muertes, infecciones y hemorragias (WHO, 1993)

Consecuencias para el bebé

El impacto de la salud reproductiva de la mujer sobre el feto o el recién nacido es aun mas inmediato y dramático. Los 8.3 millones de muertes perinatales-neonatales que ocurren cada año están ligadas en gran medida a la salud de la madre y su condición nutricional antes y durante el embarazo, al manejo del trabajo de parto y post-parto, y a las mismas complicaciones que matan a las mujeres.

Estas muertes perinatales y neonatales, compuestas por un estimado de 3.8 millones de nacidos muertos, 3.2 millones de recién nacidos que mueren durante la primera semana de vida, y 1.3 millones que mueren de una a 4 semanas después del alumbramiento, casi igualan el nivel de las muertes de niños durante los primeros cinco años de vida (menos el periodo neonatal).

Los estudios de población realizados en Asia del Sur y las Filipinas indican que aproximadamente del 20 al 25% de las muertes perinatales (nacidos muertos y muertes durante la pri-

mera semana) estan asociadas a causas que se sabe que amenazan la supervivencia de la mujer durante el embarazo o trabajo de parto, otro quinto se debe al manejo del trabajo de parto, y mas de un tercio se debe a la condicion nutricional de la mujer (Shah y otros, 1969 Shah y otros, 1984a Shah y otros, 1984b Fauveau y otros, 1990 Anon, 1994) Los programas dirigidos a mejorar la salud de la mujer y su condicion nutricional y a manejar complicaciones obstetricas deben buscar un impacto sobre estas enormes cifras, reduciendolas a por lo menos la mitad

Las consecuencias de una deficiente salud y condicion nutricional maternas, asi como el mal manejo del trabajo de parto y el descuido del recién nacido, pueden no significar la muerte del infante, pero si ocasionar impedimentos a largo plazo Se estima que el trabajo de parto prolongado u obstruido provoca la asfixia de un 3% de recién nacidos, con la muerte de un cuarto de ellos y el daño cerebral (paralisis cerebral, convulsiones y desordenes de aprendizaje severos) para el otro cuarto (WHO, 1993)

Las mujeres con un estado nutricional deficiente (baja estatura, bajo peso antes del embarazo, poco aumento de peso durante el embarazo y anemia) o que presentan infecciones en el tracto reproductivo u otras infecciones en el embarazo tienen mas probabilidades de dar a luz un bebe con bajo peso al nacer De los 25 millones de bebes con bajo peso al nacer cada año, 24 millones corresponden a las naciones en desarrollo El indice de mortalidad perinatal para un bebe que presenta bajo peso al nacer es

30 veces mas alto que para un feto o un bebe de peso normal Los bebes con bajo peso y que no mueren pueden tener problemas neurologicos serios, defectos visuales o de audicion, y estar sujetos a un ritmo lento de desarrollo durante toda su vida

II

CAMINO A LA SUPERVIVENCIA

Toda mujer, sin importar su edad, paridad, condicion socioeconomica o educacion, puede presentar una complicacion en cualquier periodo del embarazo o trabajo de parto o post-parto, pero la mayor o menor gravedad del problema depende de la atencion que reciba

Las mayores complicaciones que causan la muerte materna en paises en desarrollo se presentan de una forma leve (40% de los embarazos), como se menciono anteriormente. Un porcentaje desconocido de estas se tornan mas severas, estimando que del 12 al 15% del total de embarazos requieren servicios de referencia para poder sobrevivir

Se puede prevenir embarazos a traves de la planificacion familiar y tratar complicaciones de casos leves y severos mediante el manejo temprano de complicaciones obstetricas. Pero, desafortunadamente, el prevenir o predecir complicaciones leves o severas del embarazo no ha probado hasta ahora ser de utilidad en los paises en desarrollo

Los factores demograficos, como la edad, la paridad o una combinacion de ambos, no son suficientemente especificos o sensibles. Una encuesta llevada a cabo en Filipinas, y que reporto sintomas de complicaciones obstetricas de importancia para nacimientos durante un lapso de tres años, revelo variaciones minimas entre los grupos etareos y de paridad. Asi pues, tales indicadores demograficos no pueden predecir adecuadamente que mujeres se encuentran en riesgo (Anon, 1994)

Por su parte, dentro de un contexto de programa, la consideracion de dichos factores de riesgo puede abrumar el sistema de atencion materna o, alternativamente, enfocar la atencion sobre aquellos que contribuyen minimamente al conjunto general de mujeres embarazadas.

En Guatemala, por ejemplo, el 70% de las mujeres pueden ser consideradas en riesgo si la edad y la paridad son usadas como factores de riesgo, mientras que el sistema solo puede manejar el 20% (Schieber, 1993). Por otra parte, en Egipto solo el 16,4% de las muertes ocurren entre mujeres menores de 20 años o mayores de 40. Mientras que estas mujeres tienen un riesgo mayor de muerte comparado con las mujeres de 20 a 40 años, estos numeros son menores comparados con aquellas que mueren entre los 20 a 40 años de edad (Ministerio de Salud, 1994)

El cuidado obstétrico esencial

El cuidado obstetrico esencial es la respuesta que se requiere para salvar la vida de las mujeres. Definido por la WHO a principios de 1985, el cuidado obstetrico esencial consiste en la habilidad de llevar a cabo cirugía (por ejemplo, cesarea), anestesia, tratamiento medico (para shock, sepsis y complicaciones de hipertension en el embarazo), transfusiones, manejo de problemas del embarazo (mellizos, mala presentacion), cuidado del neonato, y planificacion familiar (WHO, 1985 WHO, 1991 WHO, 1995)

Los datos historicos nos brindan la mejor evidencia a este respecto. No fue hasta mediados de los años 30, con la introduccion de tecnologias medicas para tratar complicaciones obstetricas (cuando los antibioticos, las transfusiones y las tecnicas de cirugía mejoradas se usaron en las cesareas, y los abortos seguros estuvieron disponibles rutinariamente en el mundo industrializado), que la mortalidad materna empezo a declinar en varios paises de Europa y de los Estados Unidos.

Los pasos para la supervivencia materna

En un area remota del altiplano boliviano (Bartlett, 1991), se observo que los familiares de solo una cuarta parte de las muertes neonatales y maternas habian reconocido los sintomas que representaban riesgo de vida, pero lamentable-

mente los advirtieron cuando ya no tenían probabilidades de poder salvar la vida, de otra cuarta parte, los síntomas no fueron reconocidos. Menos de un tercio de las familias que tomaron alguna medida buscaron atención en algún lugar más o menos apropiado y con recursos (9% del total de los casos de muertes). La respuesta más común de las familias fue administrar remedios caseros a la madre o al infante.

Para garantizar la supervivencia de la mujer y del bebé (Fig. 1) es necesario que se pueda seguir cuatro pasos. El paso 1 consiste en el *reconocimiento por parte de las mujeres* y sus más allegados de las complicaciones que presenta el problema, el paso 2, en la *decisión de buscar atención* cuando la complicación no puede ser atendida en el lugar donde se encuentra la mujer, el paso 3, en la *superación de los obstáculos para llegar y recibir servicios*, el paso 4, en la *calidad de atención* disponible y brindada a la mujer.

El seguimiento de este mismo orden de acciones juega un papel de similar importancia en lo que toca al proveedor. Si este *diagnostica* adecuadamente el problema, *decide* que atención se necesita, *refiere* correcta y oportunamente, y *brinda atención de calidad*, puede evitar efectivamente la muerte de la mujer o del bebé.

Paso N° 1 — Reconocimiento del problema

Los estudios en grupos focales de mujeres embarazadas y que recién dieron a luz, en áreas periurbanas y urbanas de origen aymara y quechua de Bolivia, nos permiten sacar algunas conclusiones. La riqueza de las percepciones de las mujeres sobre los peligros de los partos complicados y los tratamientos que consideran apropiados para cada complicación nos da pautas para ejecutar programas.

En general, el embarazo es considerado por las mujeres como un tiempo de bienestar, pero el trabajo de parto y el alumbramiento son tomados con inquietud, y no sin razón. En palabras de algunas de ellas, es el momento cuando se encuentran entre la vida y la muerte. Después del alumbramiento, pasa el temor por la vida de la mujer, y la preocupación recae sobre el recién nacido: su primer mes de vida es un desafío.

Hemorragia La hemorragia es la excepción de este sentimiento de bienestar. En cualquier lugar del mundo surge como una complicación que requiere de atención. Durante el embarazo, tanto como en los periodos de pre-parto y post-parto, la cantidad de sangrado es motivo de aprensión —la «mala» sangre debe salir del cuerpo, y la sangre «buena» debe permanecer, pero, todos se preguntan: ¿Cuanto de pérdida es mucho?, ¿quién podrá saberlo?

Para controlar la pérdida de sangre las mujeres aymaras y quechuas de Bolivia tienen la creencia de que deben ver y vigilar que es lo

que entra a sus cuerpos. La comida caliente, el sol, el fuego y la ropa, al producir calor interno en el cuerpo, favorecen la eliminacion de la sangre, lo que es necesario y de mucha ayuda durante el trabajo de parto, el alumbramiento y el puerperio. Sin embargo, estan contraindicados durante el embarazo, pues el sangrado puede producir un aborto natural. El aire frio y el permanecer sin o con poca ropa, como sucede generalmente en los partos hospitalarios, provocan el temor de que se suspenda la expulsion de la «sangre sucia» y que esto resulte en la hinchazon del cuerpo y en una serie de enfermedades puerperales peligrosas. Las comidas frescas y frias, por su parte, refrescan el cuerpo y hacen que la sangre se retenga o coagule con consecuencias adversas. Por ello, despues del alumbramiento, deben lograr cierto balance entre frio y calor, ya que la «sangre sucia» del nacimiento debe ser eliminada, pero no al punto de un sangrado excesivo (CIAES, 1991).

Así y todo, para la mayoría de las mujeres resulta difícil evaluar cuanto sangrado es necesario y cuanto es excesivo, sobre todo en el periodo de post-parto, cuyas posibles complicaciones tampoco son muy bien entendidas.

Fiebre/sepsis Para la mayoría de las mujeres, la fiebre que sigue al alumbramiento es algo normal, pero tienen gran temor a las complicaciones del periodo de post-parto. Muchos de los sintomas que describen como peligrosos incluyen temblores y fiebre. La mujer puede ser tratada en su casa, o llegar al hospital si es refe-

rida debido a la seriedad de estos síntomas (Wedderburn and Moore, 1990)

Primeros embarazos y desordenes hipertensivos La hinchazon, aun en el ultimo trimestre, es rara vez considerada como problema. Las mujeres bolivianas piensan que es beneficiosa, pues creen que la acumulacion de sangre es necesaria para que se produzca el alumbramiento.

Mala presentacion y mellizos La mala posicion es reconocida por las mujeres y las parteras bolivianas como campo de dominio de las parteras tradicionales, quienes, mediante masajes y el denominado manteo, en el que la mujer es sometida a suaves movimientos, tratan de corregir la posicion del bebe (CIAES, 1991). Por su parte, la idea de tener mellizos despierta mucho temor y ansiedad entre ellas.

Paso N° 2 — Toma de decisiones

La atencion pre-natal es relativamente bien utilizada, como lo demuestran los datos. Las mujeres bolivianas saben las razones —«Porque uno se encuentra en una situacion muy delicada» —«Para ver si el bebe esta bien»—, aunque alguna mujer manifesto que solamente acudiria si el bebe no esta en la posicion correcta (CIAES, 1991).

Sin embargo, como se vio anteriormente, el uso de servicios profesionales para el alumbramiento es una excepcion, no solo por la percepcion que les merece estos servicios, o por

las dificultades de transporte, distancia y costo, sino porque, como en muchos países del mundo, el hogar es definitivamente el lugar preferido para llevar a cabo el nacimiento

Las mujeres bolivianas lo dicen bien —«En el hogar todo es privado, no hay que pagar nada. Si mi madre no está, me ayuda mi esposo, y uno puede tomar infusiones para ayudar al nacimiento. No nos entienden bien en el hospital. Además, mis amigas cuentan que te tocan todo, incluyendo los genitales, y que hay muchos enfermeros.» —«Nos ponen en una mesa fría, desnudas.» —«Un hombre nos atiende, y eso me da vergüenza, los pies cuelgan y se rien de ti» (CIAES, 1991: 23)

La decisión de buscar asistencia profesional es compleja para las mujeres que sufren complicaciones, debido a lo que para ellas significa una «atención apropiada». La atención apropiada depende de la percepción del intérprete y de la naturaleza de la complicación física versus la espiritual. Un sangrado puede llevarlas a buscar atención médica, pero en caso de otras complicaciones, en vez de acudir a los servicios que ofrece el sistema de atención en salud, les resulta más «apropiado» consultar con un adivino o confesar sus pecados.

Aunque las mujeres bolivianas pueden reconocer ciertas complicaciones del alumbramiento que tienen riesgo de muerte (CIAES, 1991), consideran de mayor riesgo otras causas, como por ejemplo el «arrebato», una enfermedad provocada por el olvido de amarrar la cabeza de la mujer, lo que puede producir ceguera o muerte.

La elevacion del «magre» es otra posible causa de muerte Aunque para la bio-medica no existe una equivalencia anatomica correspondiente, el «magre» es para ellas un organo formado detras del ombligo en el periodo del embarazo, y que debe ser «bajado» durante el nacimiento junto con la matriz, el bebe, la placenta y la sangre El temor a la suspension del magre es tan grande que, para bajarlo, las mujeres se amarran el abdomen, pues si este se eleva puede bloquear la respiracion y ahogar a la mujer

Para prevenir estas y otras posibles complicaciones, las mujeres bolivianas se amarran el abdomen, se vendan la cabeza, toman infusiones y otros preparados caseros, y se masajean el estomago para dar calor y asegurar una posicion apropiada del bebe Muy pocas creen que estos problemas podrian ser prevenidos o tratados en un hospital de atencion prenatal Cuando se presenta un problema, buscan la ayuda de sus esposos, quienes les brindan la primera asistencia durante el alumbramiento, hasta que llega una partera cercana (CIAES, 1991)

Las mujeres bolivianas del area urbana consideran que el alumbramiento en un hospital es menos riesgoso, ya que las enfermeras y los doctores estan ahi para atender cualquier complicacion, pero se quejan de varios maltratos e incomprendiones de que no les den una almohada despues del nacimiento, lo que prevendria la subida del magre y sus consecuencias, de las habitaciones frias y de las corrientes de aire, de que no les devuelvan la placenta para que puedan

practicar los ritos que hacen con ella (CIAES, 1991)

Paso N° 3 — Logística para alcanzar atención

Esta documentada la existencia de una serie de barreras que impiden alcanzar servicios apropiados (Leslie and Gupta, 1989 Sundari, 1992 Kutzen, 1993 Thaddeus and Maine, 1994) La poca disponibilidad de tiempo y de transporte, la escasez de establecimientos con personas profesionales, equipo y suministros, las extrañas actitudes personales y culturales de los proveedores, y los altos costos, son citados una y otra vez como los mayores obstáculos para el uso de los servicios

Un analisis de situacion llevado a cabo en cinco distritos de Bolivia muestra con evidencia ese patron Al evaluar la existencia, capacidad y condicion de los establecimientos, el personal, los medicamentos esenciales y los equipos necesarios para atender complicaciones neonatales y obstetricas, no se encontro obstetras o anestesialogos en dos de los hospitales de distritos, en otro distrito urbano de importancia no se disponia de un banco de sangre que pueda apoyar a los hospitales de distrito, ninguno de los hospitales o centros de salud visitados contaba con el equipo requerido para la atencion neonatal y obstetrica esencial, la responsabilidad y el grado de educacion y consejeria para los clientes variaba de acuerdo el lugar, pero los medicos y las auxilia-

res de enfermería asumían generalmente el rol de educadores y consejeros, aunque con escasez de materiales de educación para el uso del cliente, la privacidad para dar consejería al cliente era obviamente otro problema en los hospitales de distrito (Seoane y Castrillo, 1995)

Esta misma fuente de información indica que los servicios para atender casos que no revisten carácter de mucha emergencia tampoco están disponibles. Por ejemplo, los proveedores de salud de los establecimientos visitados daban tabletas de hierro al 65% de las mujeres que acudían a la primera visita prenatal, no todas las mujeres embarazadas recibieron sus pastillas, y el 60% de los Centros de Salud reportaron que sus suministros no eran adecuados (Seoane y Castrillo, 1995)

Paso N° 4 — Calidad de la atención

Los indicadores de calidad de atención obstétrica en un establecimiento consideran el intervalo de tiempo entre la admisión y el inicio del tratamiento al paciente, los lugares para casos fatales ocurridos por complicaciones, los índices de cesareas, número de muertes (materna/perinatal), la proporción de muertes perinatales debidas a nacimientos de mortinatos o muertes neonatales tempranas, y la proporción de bebés nacidos a término

Estos datos han empezado a recolectarse recientemente, particularmente sobre los tiem-

pos de espera y los índices de casos fatales en los sitios de referencia, pero las fuentes de información no son muy confiables, la documentación no está siempre disponible y los datos son incompletos

III

LA EXPERIENCIA DE LOS ESFUERZOS

Proyecto de regionalización perinatal Tanjungsari, Oeste de Java, Indonesia, 1989-1993

Situada en un subdistrito rural del oeste de Java, Tanjungsari tiene una población de 90 000 habitantes (1989) atendida por tres centros de salud con parteras (uno de ellos tiene camas de parto para alumbramientos normales) y un hospital de distrito a 40 Km de distancia, en un subdistrito adyacente. Las villas en esta área montañosa están conectadas por caminos, pero algunos son intransitables, aun para una ambulancia de doble tracción, sin tomar en cuenta la época del año. Así, aunque existía y estaba bien utilizada la infraestructura para atención prenatal y salud infantil, eran las parteras las principales proveedoras durante el periodo de preparto y postparto.

El Proyecto de Regionalización Perinatal de Tanjungsari estaba dirigido a desarrollar un programa materno de salud completo para mejorar

los resultados de la salud perinatal y materna. El capacitar parteras para que reconozcan y refieran complicaciones maternas y del recién nacido fue solamente una de las muchas intervenciones destinadas a mejorar los resultados del embarazo.

El proyecto de Tanjungsari realizó sus mejores esfuerzos en llevar los servicios más cerca de la gente, y estableció casas para alumbramientos (denominadas *polindes*) en 10 de las 27 villas de los subdistritos de intervención. Equipadas con camas, balanzas, suministros médicos, servicios prenatales y de parto para alumbramientos normales, cada casa de nacimiento estaba destinada a servir como una base práctica para la enfermera-partera de la comunidad y, de ser posible, como residencia para ella. Los *polindes* también brindaban una vez al mes vacunas para la salud del niño, y ofrecían servicios de planificación familiar.

En caso de ocurrir un parto, la partera tradicional y un trabajador de la comunidad podían atender conjuntamente a la mujer, a menos que una partera estuviera disponible o fuera requerida por la partera tradicional.

Las parteras tradicionales habían sido previamente capacitadas, pero se reforzaron sus conocimientos y habilidades a través de prácticas con las parteras profesionales y discusiones mensuales en los Centros de Salud con los doctores y parteras profesionales. La capacitación estaba dirigida a mejorar el conocimiento y las habilidades de los proveedores de cuidado materno en todos los niveles informal y formal. El Go-

bierno indonesio, por su parte, ordeno el entrenamiento de una partera (*bidan di desa*) para que este disponible en cada villa de todo el pais

Tanto los doctores de los Centros de Salud como las parteras profesionales continuaron tomando cursos de educacion proporcionados en el hospital de distrito por consultores y parteras Senior, respectivamente

Se instalaron radios para comunicarse en cada uno de los 10 *polindes*, en los 3 centros de salud y en el hospital de distrito y de subdistrito. Las radios podian ser operadas por las parteras, los trabajadores de la comunidad, el jefe de villa o su esposa para llamar a un doctor, una partera o una ambulancia, de ser necesario

Se ejecuto una estrategia de informacion, educacion y comunicacion (IEC) basada en una investigacion formativa para mejorar la conciencia y las respuestas de las mujeres, sus esposos, lideres de la comunidad y parteras tradicionales respecto al proposito y uso de las casas de alumbramiento, la atencion de rutina y el reconocimiento oportuno de los signos de peligro para proceder a la referencia. Se realizaron desfiles, concursos de conocimiento entre las parteras tradicionales y «dias de Casa Abierta» en los *polindes*, donde se demostraba el uso de la ambulancia y de la radio

El personal obstetrico especializado de la escuela medica mas cercana colaboro a los obstetras y pediatras del hospital de distrito en la formulacion de protocolos de manejo de casos para el hospital, los centros de salud y para las parteras de los *polindes*

Los folletos promocionales para las mujeres embarazadas, esposos y parteras trataban temas como los siguientes

- ¿Por que es importante el cuidado prenatal, especialmente cuando la mujer se siente enferma o presenta sintomas de sangrado, hinchazon de la cara, pies y manos, fiebre con temblores, dolor de cabeza, o posicion del feto en forma transversal o de nalgas?
- ¿Donde buscar atencion prenatal?
- ¿Por que usar una cabaña de nacimiento para la atencion prenatal y el alumbramiento?
- ¿Cuando tomar el primer paso para llevar a la mujer embarazada al lugar donde ha decidido tener el parto?, ¿Por que una cabaña de alumbramiento es un lugar mas seguro para dar a luz?

Una vez iniciadas las auditorias de muertes maternas y perinatales, un medico visitaba a las familias de las villas y discutia los casos con las parteras tradicionales

En las entrevistas realizadas a 2 275 mujeres que habian dado a luz durante los primeros 15 meses del proyecto (1992-1993), y a otras mil madres del subdistrito de Cisalak, donde los servicios publicos continuaron normalmente, aproximadamente 32% de las mujeres reportaron complicaciones durante los periodos de anteparto

e intraparto, mientras que el 29% sufrió problemas durante el puerperio

La gran mayoría de las mujeres de ambas áreas de estudio y control fueron atendidas por parteras tradicionales (86 vs 87%) El lugar de alumbramiento, sin embargo, fue diferente en Tanjungsari, 85% dio a luz en su hogar, y un 96% en Cisolak Muchas de estas diferencias tenían que ver con el lugar donde las mujeres con complicaciones buscaron atención En Tanjungsari, 120 de 390 mujeres que presentaban complicaciones (31%) dieron a luz en un establecimiento de salud y en Cisolak 11%

¿En qué proporción el uso de los establecimientos de salud para el alumbramiento fue a causa directa del reconocimiento y referencia de las parteras tradicionales, que son las principales proveedoras de salud? Desafortunadamente, el índice general de referencias de mujeres con complicaciones durante los periodos prenatal o de intraparto fue bajo, aunque más alto en el área de estudio 13% en Tanjungsari, y 6% en Cisolak De quienes sufrieron en el periodo de intraparto, 18% fue referido a Tanjungsari, y 9% a Cisolak Mas mujeres «sin complicaciones», como lo percibían ellas mismas, o solamente con complicaciones prenatales, fueron referidas en Tanjungsari, posiblemente como una medida de precaución tomada por las parteras tradicionales capacitadas en reconocer los signos de peligro de las complicaciones

La conformidad con los sistemas de referencia en estas áreas fue relativamente alta, con

un índice de conformidad para las referencias de intraparto mas altas en Tanjungsari que en Cisolak (87% vs 69%)

En los establecimientos de Tanjungsari aproximadamente el 65% de los casos de complicaciones de alumbramiento atendidos (total 98) fueron reconocidos y referidos por una partera tradicional, mientras que en Cisolak el numero de casos con complicaciones que tuvieron un parto en un establecimiento publico fue muy pequeño para ser significativo (total 14)

Dado que el periodo de tiempo para la intervencion y evaluacion fue de solo 15 meses, se inicio el progreso en el cambio de conductas respecto al parto para mujeres con complicaciones, pero no tuvo el tiempo para tornarse efectivo. El analisis de la tendencia de las parteras para realizar referencias muestra un entusiasmo inicial, seguido de una reduccion de las referencias. A traves de grupos focales, algunas parteras expresaron su preocupacion de que su condicion sea subestimada al referir casos a niveles mas altos de atencion. Estaban preocupadas porque algunas mujeres u otras parteras digan que ellas no podian manejar las complicaciones por si solas. Por supuesto, fue mas sorprendente la afirmacion hecha por varias parteras en sentido de que referirian solo si la familia estaba de acuerdo.

¿En que medida los esfuerzos de IEC contribuyeron a los patrones de nacimiento? Los resultados de las investigaciones mostraron que el 93% de las mujeres embarazadas en Tanjungsari reconocian los materiales de IEC,

que los conocimientos de las mujeres sobre las complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y post-parto eran mas altos en el area de intervencion que en el de control, y que el conocimiento era mas completo luego de la campaña de comunicacion. El uso de cabañas de nacimiento para el cuidado prenatal tambien se incremento del 9 al 26% luego de la campaña (Hessler-Radelet, 1993), pero el uso de los servicios de parto fue mas resistente al cambio. Lo que se inicio como capacitacion para parteras para el reconocimiento y referencia, especialmente durante los periodos de intraparto y post-parto, no fue significativo en este breve periodo de IEC. El monitoreo con discusiones de grupos focales y observaciones revelo que

— Las mujeres no dieron importancia a los materiales que mostraban los signos de peligro y complicaciones, ya que creian que sus ilustraciones podrian ser profeticas

— Las mujeres pensaron que conocer los signos de peligro era importante, pero tambien creian que si el signo de peligro (por ejemplo, edema) no dolia o era algo muy comun durante el embarazo, no interferia con los quehaceres diarios o desapareceria despues del alumbramiento, tampoco podia ser muy peligroso

— Las parteras no se sentian comodas al referir mas del numero habitual de clientes a las cabañas de nacimiento, pensaban que su «autoridad medica» seria subestimada

y quedarían mal frente a los ojos de la comunidad. Sin embargo, la comunidad respetaba en general la decisión de la partera en términos de referencia ante signos de peligro y complicaciones (Winnard, 1993)

Como mencionamos anteriormente, a las mujeres indonesias no les gusta pensar acerca de eventos negativos o planear para prevenirlos. Creen que ello trastornaría su sentido de paz interior y que sería causa de efectos realmente negativos. El costo, la distancia y el deseo de quedarse con la familia en la privacidad del hogar son las razones más citadas por las mujeres para no aceptar la referencia a un lugar de alumbramiento fuera del hogar. Cambiar estos patrones de actitud respecto a los nacimientos requeriría más de 6 meses de IEC, aunque el uso de servicios prenatales parece relativamente fácil de estimular.

Los datos sobre la presencia de cabañas de alumbramiento en villas específicas sugieren una contribución de los nuevos patrones para nacimientos, pero no porque ocurran más nacimientos en ellos. En villas de Tanjungsari que cuentan con *polindes*, el 19% de todas las mujeres embarazadas dieron a luz en establecimientos de salud, contra un 12% en las villas sin ellos. Para las mujeres que sufrieron complicaciones, estos porcentajes son 37% y 26%, respectivamente. Los números pequeños parecen indicar que las mujeres no usan las cabañas de nacimiento para el alumbramiento. El efecto de las cabañas podría haber sido el de familiarizar

a las mujeres con el sector formal del personal de salud y brindar los medios necesarios para un mejor acceso a otros lugares de salud durante el parto y el alumbramiento (Kwast, 1995)

En resumen, las mujeres con complicaciones en Tanjungsari fueron las que tuvieron mas probabilidades de ser referidas y las que dieron a luz en un establecimiento de salud con un doctor, en comparacion con sus contrapartes de Cisalak, a pesar de que el patron tradicional del alumbramiento en el hogar con una partera tradicional prevalecio en ambas areas para la mayoria de las mujeres, sin importar si habian sufrido o no una complicacion. Este pequeño cambio en el alumbramiento, ¿significo alguna diferencia en los resultados del embarazo?

Mientras que las complicaciones descritas han estado ligadas a muertes maternas, tambien han estado asociadas con muertes perinatales. Como se muestra en la tabla 1, las mujeres que experimentan una complicacion intraparto son las que tienen mayor tendencia a sufrir un mal embarazo (principalmente muerte perinatal), que aquellas que no han experimentado ninguna complicacion en el alumbramiento.

Desafortunadamente, dado el numero reducido de muertes perinatales (99 de 2 275 nacimientos en Tanjungsari, y 37 de 1 000 nacimientos en Cisalak), estos datos deben ser analizados con mucho detalle cuando se los use para propositos comparativos. Los hallazgos generales son que los indices de mortalidad perinatal no son significativamente diferentes entre

las dos áreas. Cualquier análisis de los subgrupos es, entonces, menos considerable.

Tomando en cuenta estas limitaciones, los datos sugieren que los índices de mortalidad perinatal en Tanjung Sari disminuyeron del periodo 1 al periodo 2 (los primeros y los 6 últimos meses del proyecto), principalmente entre aquellas mujeres que dieron a luz con parteras, sin importar si la mujer tuvo un parto normal o complicado. Durante el proyecto en Cisalak no hubo ninguna baja en el PMR. En Tanjung Sari, más mujeres con complicaciones de intraparto (especialmente parto prolongado) dieron a luz en un hospital con un doctor. Las muertes en hospitales se incrementaron, lo que implica que los casos llegaron muy tarde o que la atención no fue adecuada.

Un proyecto en Quetzaltenango, Guatemala 1989-1993

En las zonas rurales de Guatemala las parteras tradicionales atienden del 70 al 90% de los partos. Existe habilidad obstétrica solamente en los hospitales de departamento, aunque los centros y postas de salud sí cuentan con atención prenatal y de atención al niño. Ya que la capacitación para parteras fue eliminada en Guatemala hace 20 años, la atención de alumbramientos está principalmente en manos de las parteras tradicionales.

En el área de intervención de la zona rural

de Quetzaltenango se capacito en sesiones de tres dias al personal de enfermeria del gobierno para que estas, a su vez, capaciten a 400 parteras tradicionales y puedan reconocer y referir oportunamente las complicaciones maternas y del recien nacido, incluyendo el sangrado, hinchazon de manos y cara durante el embarazo, mala presentacion, parto prolongado, retencion de placenta, depresion en el recien nacido, hemorragia de post-parto e infecciones maternas y neonatales

Trabajando con doctores en los hospitales de referencia y con personal de salud en las centros y postas de salud, se desarrollo y aplico protocolos para reconocer sintomas y referir y manejar cualquier complicacion

Se puso gran enfasis en estimular buenas relaciones de trabajo entre los diferentes niveles de atencion de salud y en mejorar el trato humano hacia las mujeres y las parteras tradicionales, principalmente a traves de la sensibilizacion individual

Se colocaron carteles en todos los lugares de salud, recordando a los proveedores de atencion que en la comunidad todos estan tratando de salvar las vidas de mujeres y recien nacidos en el dificil camino de la casa a los lugares de atencion de salud formales

Un año despues del entrenamiento a parteras, el comportamiento comunitario no habia cambiado significativamente. A traves de varias entrevistas con mujeres que habian dado a luz recientemente en las comunidades objetivo, los niveles de complicacion y el uso de servicios de salud fueron determinados retrospectivamente

sobre aproximadamente periodos de medio año en ambas areas de control e intervencion (poblacion total 165 000), y antes y despues de las intervenciones

Los niveles de complicaciones permanecieron iguales antes y despues de las intervenciones, excepto por las complicaciones en el post-parto, las cuales disminuyeron del 6 al 2%. Aproximadamente 20% de todas las mujeres reportaron haber sufrido complicaciones durante el periodo prenatal, del parto/alumbramiento y en el puerperio, y uno de cada 10 recién nacidos reportaron una complicacion

En respuesta a estas complicaciones, cerca a la mitad de las mujeres con complicaciones maternas usaron servicios de salud, inclusive antes de las intervenciones, y este porcentaje no aumento significativamente (49 a 52%) despues de las intervenciones (Bailey, et al, 1994) Aproximadamente un quinto de estas mujeres con complicaciones que usaron establecimientos de salud lo hicieron por referencia de las parteras. Despues de las intervenciones, esta proporcion bajo al 13% (Bailey, et al, 1994)

Despues de las intervenciones, los servicios fueron usados por un mayor numero de mujeres, ya sea directamente o a pesar de que la partera no haya identificado la complicacion (el reconocimiento anterior y posterior a la intervencion disminuyo del 81 al 68%, respectivamente), pues, aunque no se refirio a la mujer o esta manifesto que no aceptaba la referencia, acudio de todas formas al establecimiento de salud

La importancia que asigna la familia a las parteras tradicionales es evidentemente mayor que la que da a los servicios. De cada cinco mujeres, mas de cuatro vieron a una partera para su control prenatal, sin importar que estas tuvieran o no una complicacion. Dos tercios de las mujeres con complicaciones en el pre-parto que usaron servicios, tambien habian visto a una partera. Solo un tercio acudio directamente a los servicios.

Segun las familias, la complicaciones del parto y el post-parto eran las mas peligrosas. 52 y 65% de las mujeres con complicaciones de parto y post-parto, respectivamente, usaron servicios sin ninguna participacion de partera. Para las familias, las complicaciones fetales o de recién nacidos parecian ser de mayor importancia, ya que cerca del 91% de las mujeres que iban directamente a los servicios, solo el 53% usaron los servicios para estas complicaciones (Bailey, et al, 1994)

El efecto de las intervenciones en las comunidades de Quetzaltenango parece ser muy importante, no porque el rol de las parteras sea insignificante sino porque estas ya referian a una proporcion representativa de casos complicados antes de las intervenciones. Fue aun mas significativo que las mujeres buscaran establecimientos de salud sin la intervencion de una partera, y que algunas fueran directamente a un establecimiento de salud sin la intervencion de la partera.

Estos datos sugieren una independencia de parte de la mujer y su familia para buscar servicios cuando determinan que hay una compli-

cacion. Tambien es posible que ello se deba a que las mujeres no tienen acceso a las parteras, y si a establecimientos de salud. Por lo demas, las mujeres de esta area de estudio no estan muy distantes del hospital de referencia, aproximadamente 42% estan a 60 minutos de tiempo, y los caminos son relativamente buenos y se cuenta con transporte.

Aunque los nacimientos en el hogar con una partera y sin complicacion son comunes en Quetzaltenango, el uso de los servicios para las mujeres parece tambien una conducta bastante normal. Los esfuerzos por mejorar el reconocimiento y la referencia oportuna de los casos con complicaciones de parte de las parteras no parecio tener mayor significacion para la comunidad, probablemente debido a los patrones ya existentes del uso de servicios para complicaciones. Sin embargo, con el programa de capacitacion hospitalaria se incremento a 23 el promedio de 6 referencias por mes que existia anteriormente.

A traves de medicos capacitados y contratados para el efecto, se recolectaron datos de hospital sobre todas las mujeres referidas por parteras. Los resultados indican un incremento significativo en las referencias hechas luego de la capacitacion hospitalaria, sin que existan diferencias entre mujeres referidas por parteras capacitadas o no. La explicacion mas probable de este incremento es el programa de capacitacion del personal de hospitales.

El numero de pacientes que manifesto su disposicion a regresar al hospital aumento sig-

nificativamente ¿Que cambio en la post-capacitacion hospitalaria para crear tal demanda? Quizas la reduccion del tiempo transcurrido entre la admision y el tratamiento, incrementando el porcentaje de las pacientes atendidas inmediatamente La mortalidad perinatal tambien disminuyo, pero no significativamente, quedando como interrogante si tal problema constituye un motivo para buscar servicios

Una auditoria medica de una muestra de muertes neonatales tempranas (1 a 7 dias despues del parto), llamada Early Neonatal Deaths (END), fue llevada a cabo retrospectivamente comparando el tratamiento con protocolos para manejo de complicaciones obstetricas y neonatales desarrollados al inicio del proyecto Las mayores causas de END fueron asfixia, sepsis y enfermedades de la membrana hialina, con 50% de muertes durante las primeras 24 horas de vida Los casos de asfixia disminuyeron muy poco durante el tiempo que duro el proyecto, pero donde se registro una gran reduccion fue en la mortalidad por sepsis, con una mayor reduccion entre los bebes que pesaban mas de 2 500 gramos

La auditoria mostro que, a pesar de la intensa capacitacion impartida en resucitacion, los bajos indices de Apgar en el momento del nacimiento (0-3) de aquellos bebes que murieron de asfixia, no presentaban mejoras a los 5 minutos El hecho de que la mayoria de estos bebes estaban a termino nos indica que se debe continuar con el manejo de los problemas de trabajo de parto tanto a nivel de comunidad como hospi-

talario Un quinto de las mujeres (17-85) con END presentaban problemas de parto prolongado y 10 de ellas perdieron a los bebés por asfixia

Desafortunadamente, muchas de estas mujeres fueron admitidas con síntomas de parto prolongado desde sus hogares, aunque luego fueron tratadas en forma correcta en el hospital. La referencia tardía por parte de una partera, el no reconocimiento oportuno del síntoma, o la decisión tardía de parte de la familia y, en menor medida, la falta de suministros hospitalarios, como por ejemplo de oxígeno en un año del proyecto, continúan surgiendo como problemas (Schieber y otros, 1995)

El programa de Fortaleza para la reducción de la mortalidad materna y perinatal Fortaleza, Brasil 1975-1984

En un esfuerzo similar al anterior, se desarrolló en la zona rural del noreste del Brasil un estudio de población de un año de duración. Este estudio mostró un impacto mucho más positivo en los patrones de referencia de los nacimientos con complicaciones en un área donde las parteras habían sido entrenadas en el reconocimiento y referencia de embarazos complicados y partos, y supervisadas por personal de referencia del hospital desde 1975, casi una década antes.

El Dr. Galba Araujo, Director del Hospital de Enseñanza Asis Chateaubriand (MEAC), localizado en el noreste de Fortaleza, diseño y

ejecuto este programa para reducir la mortalidad materna y perinatal en las áreas fuera de Fortaleza, al asegurar la rápida referencia de casos obstétricos de alto riesgo al MEAC

Se establecieron unidades de mini maternidades en la región, las parteras fueron capacitadas y se eligió a algunas de ellas para que trabajaran en las unidades. Las 40 unidades creadas variaban en tamaño, recursos y servicios. La más grande tenía entre 8 y 10 camas, y podía ofrecer una amplia variedad de servicios prenatales, de parto y post-parto. Las unidades más pequeñas tenían una sola habitación adjunta a la casa de la partera, donde los servicios se limitaban a partos normales y cuidado post-natal.

La capacitación de las parteras consistía en cinco reuniones de una hora de duración y la experiencia práctica en una unidad de maternidad, con el objetivo de asegurar que cada partera brinde cuidado prenatal, identifique problemas del embarazo (como eclampsia y hemorragia), ayude en partos normales y en el cuidado de post-parto de la madre y el recién nacido.

Se enseñó a las parteras a referir a las mujeres que presentaban problemas prenatales, especialmente eclampsia y hemorragia, un parto complicado, incluyendo placenta previa o abrupta, como también casos de mala presentación del bebé y problemas con el cordón o prolapso de extremidades, y, además, a considerar la referencia de mujeres menores de 19 o mayores de 35 años. La supervisión e instrucción por parte del MEAC y del personal del hospital local fueron actividades continuas del programa.

En uno de los distritos del programa, Tariri, localizado lejos de Fortaleza, donde las transferencias eran difíciles y los caminos intransitables en época de lluvias, se establecieron cuatro mini maternidades y 78 parteras entrenadas para una población de 30 000 habitantes. Tres de cada cuatro parteras que mantenían una unidad obstétrica eran responsables de casi un tercio de los partos en el área.

De los 1 592 nacimientos en Tariri en 1984, 64% se realizaron en la casa materna, principalmente con una partera, y 36% en los hospitales. Del 10% de todas las mujeres con partos complicados, 93% lo tuvieron en un hospital, siendo el 49% referidas por parteras y el 51% auto referidas (Bailey y otros, 1991). Había un alto uso de servicios por parte de las mujeres, como también de parteras capacitadas. El proyecto ya tenía 10 años de funcionamiento continuo cuando se realizó el estudio.

La diferencia entre las referencias hechas por las parteras y por las propias mujeres radicaba en el diagnóstico. Las referencias de las parteras estaban a menudo ligadas a una complicación (52% de las referencias fueron diagnosticadas como complicaciones por personal del hospital), mientras que solo el 18% de las pacientes auto referidas realmente presentaban alguna complicación (Bailey y otros, 1991).

Aun así, la característica principal que diferenciaba a las mujeres que habían sido vistas por una partera y aquellas que daban a luz en el hogar con la ayuda de un pariente o vecino, era la mayor probabilidad de tener complicaciones.

durante el trabajo de parto (Janowitz y otros, 1988) Las mujeres pueden identificar la complicacion por si mismas, y luego buscar el cuidado que consideraran apropiado

Las razones principales para las referencias de las parteras fueron problemas relacionados con el parto, sea porque este fuera demasiado prolongado u obstruido (40%), primer embarazo (12%), o cuando sospechaban una presentacion anormal (9%) De las 136 mujeres referidas, 13% fueron enviadas al hospital antes del trabajo de parto, y 87% durante el parto

Que las parteras entrenadas puedan distinguir la gravedad de las condiciones y referir apropiadamente, esta indicado por las patologias antenatales 10 a 15 mujeres con hemorragia o hipertension fueron referidas, mientras que solamente 1 a 12 mujeres con fatiga, nausea, mareos o vomitos fueron enviadas al hospital (Janowitz y otros, 1988) Las referencias fueron asociadas significativamente con la edad, paridad nula, patologia antenatal, mala presentacion y parto multiple

En los partos en el hogar, la ayuda de la partera no tuvo un impacto significativo en la supervivencia del bebe Sin embargo, las probabilidades de muerte para un bebe atendido por una partera con un alto numero de casos (mayor a 29 partos/año) fue de 0.6 frente a un nacimiento en el hogar no atendido por una partera A pesar de que no habia una significativa asociacion entre supervivencia y atencion/lugar del parto, la mortalidad perinatal era mas baja para los partos en las mini-maternidades con parteras capaci-

tadas Aun así, solo el 11% de todos los nacimientos se llevaron a cabo en las mini-maternidades

Ya que no se cuenta con una línea de base o datos de control para este programa, solo se puede suponer que luego de 10 años de su inicio las mujeres con complicaciones, sus familiares y las parteras usaban los servicios relativamente rápido, ya sea porque sabían de los esfuerzos realizados por los servicios disponibles para mejorar los resultados de los embarazos (las parteras no perdieron sus ingresos o credibilidad por referir pacientes) o porque esto se tornó una práctica normal

Los autores concluyen que «el proveer unidades obstétricas de una cama para las parteras más ocupadas parece ser una intervención que puede reducir la mortalidad. La construcción de unidades adicionales concentrará los partos y hará que la supervisión sea más fácil que controlar el trabajo de 78 parteras, algunas de las cuales atienden solo unos pocos partos al año» (pág. 56). Mientras que la supervisión puede ser más fácil, las mini-maternidades aún no atraen muchos partos, aun 10 años después de haberse iniciado el programa, solo una de cada 10 mujeres buscan tener el parto en las mini-maternidades

Los autores cuestionaban si las mujeres referidas por las parteras se beneficiaban de la intervención hospitalaria. Este parecía ser el caso de las mujeres que acuden a su primer parto, pero no hay evidencia basada solamente en la edad que apoye la referencia de mujeres. Para mujeres con problemas antes del parto, la mortali-

dad era mas alta en el grupo hospitalario, pero tambien presentaban las complicaciones mas severas. Los bebes de las mujeres con problemas de parto y/o mala presentacion experimentaron los mas altos indices de mortalidad. A pesar de no ser estadisticamente significativa, la mortalidad entre las mujeres con complicaciones de trabajo de parto o mala presentacion era mas alta en el hogar que en el hospital.

Los autores concluyen que se podia disminuir el indice de mortalidad con una referencia mas temprana y mas frecuente de casos con problemas, con un mejor sistema de transporte y, posiblemente, con una mejora en los hospitales locales para que no tengan que enviar sus referencias para cesareas (Janowitz y otros, 1988).

Llegando a las mujeres a través de grupos de mujeres Inquisivi, Bolivia*

Una poblacion de 15 000 habitantes, principalmente de origen aymara, en una region remota y de dificil acceso, separada por llanos, valles altos de los Andes y valles subtropicales, esta atendida por tres servicios de salud que no

* Asumiendo que la familia es primordial en la decision para el uso de servicios, es importante saber si es posible cambiar su conducta enfocando los mensajes hacia ella de modo que puedan identificar las complicaciones y saber donde acudir frente a estas. El proyecto de Inquisivi que presentamos a continuacion y los otros dos que le siguen son tres buenos ejemplos que nos ayudan a ello.

cuentan con equipo básico, suministro ni habilidades para manejar complicaciones obstétricas o del recién nacido

Los niveles de mortalidad materna y perinatal reflejan el aislamiento y la pobreza de esta gente. Un índice de mortalidad materna de 1 000 por 100 000 nacidos vivos y una PMR de 103/100 vivos (Grabman y otros, 1993)

Debido a los inadecuados servicios, las mujeres debían ser referidas a La Paz o a Oruro, las dos ciudades más cercanas, lo que significa de cuatro a seis horas de viaje por caminos difíciles. No existen parteras y los curanderos locales son consultados cuando se presentan complicaciones. El principal proveedor de ayuda para el trabajo de parto es el esposo.

Para apoyar la auto-suficiencia y la sustentabilidad, y para permitir que las mujeres reconozcan y busquen ayuda por sí mismas, se ejecutó un modelo muy simple que consistía en cuatro pasos: 1 - Identificación y priorización de los problemas de salud maternos y neonatales, conocido como «auto-diagnóstico», que fue llevado a cabo por 50 grupos de mujeres. 2 - Planificación conjunta de un proceso de 5 pasos en el que los grupos de mujeres, junto con los miembros de sus comunidades y las autoridades locales, desarrollaron estrategias y acciones para resolver sus propios problemas. 3 - Ejecución de los planes del grupo, que consistían en la capacitación de 45 parteras empíricas, educación del hombre y la mujer en métodos de planificación familiar y provisión de servicios de planificación familiar en siete comunidades en colaboración.

con una ONG local, desarrollo de una tarjeta de salud de la mujer, un manual para parteras, cuatro folletos para mujeres sobre salud reproductiva y cinco programas de radio realizados junto con una ONG local 4 - Evaluacion participativa

Los resultados mas sorprendentes de este esfuerzo, basados en un caso de pre y post-intervencion, estudio de control sobre mortalidad perinatal/materna y un sistema de informacion basado en el pueblo, es la reduccion de la mortalidad perinatal de 75 a 31 muertes en un periodo de dos años, y el logro de una prevalencia anti-conceptiva del 27% de metodos modernos, que se inicio con el 0% (Grabman y otros, 1993)

Entre 1991 y 1993, mas del 50% de las mujeres de 52 comunidades participaron en este proceso, y en la medida en que las mujeres y sus familias se fueron involucrando, cambiaron los servicios y las practicas. Se mejoro la inmunizacion del toxoide tetanico, la distribucion de pastillas de hierro, la lactancia inmediata, el consumo de sal yodada, las visitas de atencion prenatal y post-natal, y el numero de mujeres atendidas por parteras entrenadas

La disminucion de la mortalidad perinatal pudo estar asociada a cuidados neonatales mas inmediatos, gracias a la designacion de una persona que tomo la responsabilidad de dar calor al niño hasta que la placenta fuera expulsada y de colocar al bebe en el pecho materno en la primera hora de nacido

Antes del proyecto, no existia la disponibilidad de anticonceptivos, e incluso el conocimiento sobre ellos era muy bajo, pero no sorprendio

el incremento del uso de anticonceptivos, ya que en varios grupos muchas de las mujeres identificaron como su preocupacion principal el tener «muchos hijos»

El indice de mortalidad materna no pudo ser medido debido a la relativamente pequeña poblacion, y no se registro informacion sobre complicaciones obstetricas

Proyecto de salud reproductiva en Cochabamba Bolivia, 1990-1993

Con una poblacion total de 1 903 625 habitantes y un indice de 2,66% de crecimiento anual, Cochabamba es el tercer departamento mas poblado de Bolivia. Su poblacion urbana esta sobre el 51%, y la rural por debajo del 49%. Gran parte del crecimiento de la poblacion urbana se debe a la migracion de la poblacion, principalmente quechua, proveniente tanto del area rural de ese departamento como del resto del pais. El 60% de la poblacion del departamento de Cochabamba vive bajo niveles de pobreza. La mortalidad materna es muy alta, siendo la causa principal las complicaciones por abortos provocados y las malas condiciones en que las mujeres dan a luz en sus hogares e incluso en los centros institucionales.

Las creencias tradicionales y magicas de la salud prevalecen en Cochabamba debido a la gran proporcion de habitantes con raiz indigena, principalmente quechua y aymara, ademas de la

insuficiente cobertura que ofrecen los servicios públicos y privados. Solo el 13% de la población urbana usa exclusivamente el sistema occidental de medicina.

Los datos sobre cobertura de cuidado prenatal ilustran claramente el problema. En 1991 (año en que se inició el proyecto), solo el 34% de las mujeres embarazadas asistió durante su embarazo a los servicios de cuidado prenatal, solo el 13% lo hizo las cuatro veces estipuladas por las normas nacionales, y el 53% nunca asistió a los servicios de cuidado prenatal. El trágico resultado es una mortalidad materna de 480/100 000, una mortalidad infantil de 126/1 000, y una mortalidad perinatal de 110/1 000.

Trabajando con autoridades de salud pública local y con varias organizaciones no gubernamentales (ONGs) que ofrecen servicios de salud en Cochabamba, el programa de MotherCare buscó incrementar la demanda pública de servicios de salud reproductiva, mejorando la calidad de estos servicios y, en tal medida, contribuyendo a una disminución eventual de la mortalidad materna y neonatal en un área que cuenta con aproximadamente 500 000 habitantes.

Para entender mejor las percepciones de la población y la conducta con respecto al sistema formal de salud, se llevó a cabo un estudio formativo del conocimiento, actitudes y prácticas de las mujeres sobre la salud reproductiva. Los hallazgos del estudio fueron usados para desarrollar estrategias de intervención para mejorar las prácticas en el hogar, para incrementar el uso apropiado de los servicios formales de salud y

para capacitar a los proveedores e impartir servicios con mayor respeto por las necesidades y deseos de las mujeres

Un plan de comunicacion en salud fue iniciado en tres fases 1 - Sensibilizacion y toma de conciencia para los responsables de elaborar politicas, los proveedores de salud y otros, sobre los problemas de la salud materna y neonatal y las diferencias de vision sobre la salud entre quechuas y aymaras y el sistema formal que emplea el modelo biomedico 2 - Cuidado prenatal, para crear conciencia sobre la importancia del cuidado prenatal y de emergencia 3 - Parto limpio y seguro en el hogar, promoviendo el uso de materiales esterilizados para cortar y amarrar el cordon umbilical, para el reconocimiento y la respuesta a complicaciones obstetricas, para evitar la induccion del parto y para la expulsion segura de la placenta

Cada fase empleo videos educativos y programas de radio que tocaban el tema general, mensajes de television y de radio para cada subtema de importancia, y un rotafolio por subtema (con guias instructivas) puesto a disposicion de las familias

Se establecio en Cochabamba un comite inter-agencial de informacion, educacion y comunicacion (IEC) con representantes de cada agencia participante, y se realizaron talleres de habilidades en comunicacion para todas las agencias con representacion, a fin de asegurar la capacidad institucional para desarrollar y ejecutar las diferentes fases La capacitacion para los proveedores fue dirigida a mejorar sus habili-

dades y a adaptar los procedimientos de manejo de casos a las necesidades de los clientes. Estas necesidades fueron identificadas por la investigación formativa.

Mientras una encuesta general a la población de Cochabamba no detectó cambios significativos en la asistencia al cuidado prenatal, los archivos clínicos de las cuatro clínicas de las ONGs participantes habían documentado dos años antes un incremento de asistencia en un periodo de 6 meses de más del 100% sobre un 17% inicial. La proporción de mujeres que vio o escuchó un mensaje acerca de los signos de peligro durante el embarazo subió del 24% al 57%. Las mujeres que pudieron identificar uno de los signos de peligro se incrementó del 26% al 43%, y aquellas que reconocieron el edema como una señal de peligro, cuando tradicionalmente se consideraba como un indicio positivo para un parto fácil, subió del 2% al 64%.

Pero quizás el mayor logro de la campaña de cuidado prenatal fue transformar a las mujeres embarazadas de pacientes pasivas a agentes activas capaces de obtener un mejor cuidado prenatal. A través de los diferentes instrumentos de comunicación (medios masivos, participación grupal, comunicación interpersonal), las mujeres embarazadas fueron capaces de ir donde los proveedores de cuidados prenatales, sabiendo específicamente por qué estaban allí, y que preguntas hacer acerca de su salud y la salud de sus bebés. Esto se desarrolló como respuesta a las «necesidades insatisfechas» de información de muchas mujeres embarazadas que manifes-

taban su disconformidad cuando fueron entrevistadas en los estudios cualitativos y de linea de base. Las mujeres indicaban que durante la atencion prenatal no recibian toda la informacion que deseaban para poder irse satisfechas y confiadas en que su embarazo progresaba normalmente.

Prueba aleatoria de apoyo psico-social durante embarazos de alto riesgo Rosario, Argentina, Pelotas, Brasil, Habana, Cuba, Ciudad de México, México, 1989-1991

A traves de una prueba prospectiva, un programa de visitas domiciliarias altamente estructuradas en cada uno de estos cuatro lugares de Latinoamerica evaluo el efecto del apoyo psicologico y social y la educacion en salud para mujeres que se encuentran en alto riesgo de dar a luz bebes de bajo peso (menos de 2 500 gramos), de parto a pretermino (menos de 37 semanas), de crecimiento intrauterino retardado, de intervencion durante el parto, y de morbilidad neonatal y mortalidad.

Fueron reclutadas antes de su 20va semana de embarazo un total de 2 235 mujeres que se encontraban con un riesgo mas alto que el promedio. Los criterios de ingreso al estudio incluian la presencia de uno o mas de los siguientes factores: alumbramiento anterior de un bebe de bajo peso o un bebe prematuro, muerte previa fetal o de recién nacido, edad menor a 18

años, peso de la madre menor o igual a 50 kg , estatura menor o igual a 1,50 m , ingresos familiares bajos, de acuerdo a los standard locales, menos de tres años de educacion escolar, consumo de alcohol considerable y habito de fumar, vivir lejos del padre del bebe. Ademas de tomar en cuenta estos criterios, las mujeres fueron reclutadas si habian iniciado su cuidado prenatal durante las semanas 15-22 de su embarazo y no presentaban historias de enfermedades mentales de gravedad (cerclaje cervical, isoimmunizacion Rh). Todas las mujeres planearon y tuvieron el parto en un establecimiento hospitalario.

A traves de una asignacion aleatoria al grupo de intervencion (n=1 115) o grupo de control (n=1 120), las mujeres recibieron entre 4 a 6 visitas domiciliarias de una enfermera o de una trabajadora social, ademas de las visitas de rutina a cuidado prenatal o de la atencion prenatal de rutina. El objetivo principal de las visitas a domicilio fue reforzar el circulo social de la mujer embarazada. Una persona de apoyo (esposo o compañero, madre, hermana, amiga o vecina) fue seleccionada por la paciente para compartir desde la primera visita todas las actividades de intervencion. Se incentivo a la persona de apoyo a mantenerse involucrada con la mujer durante el embarazo, a participar en los procesos de toma de decisiones, a ayudar a la mujer a resolver los problemas personales, a promover conductas saludables y a alentar a la mujer a acudir a las visitas del cuidado prenatal.

Complementando estas actividades, se realizaron en los hospitales varios esfuerzos para

hacerlos mas accesibles a las mujeres se puso una linea telefonica para dar respuesta a sus preguntas, se elimino el procedimiento de tomar citas para recibir atencion, y se realizo una gira mostrando las facilidades obstetricas ofrecidas por el hospital a fin de familiarizar al cliente con los servicios de trabajo de parto, parto y emergencias Se brindo educacion en salud durante las visitas domiciliarias, incluyendo educacion sobre nutricion, consumo de tabaco, alcohol y drogas, complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y post-parto, preparacion para el parto y post-parto, y sobre que hacer en caso de emergencias

Las mujeres que recibieron las visitas domiciliarias y los cuidados prenatales de rutina tuvieron resultados poco diferentes en comparacion a aquellas que recibieron solo cuidados rutinarios Los riesgos de bajo peso al nacer (entresa de probabilidades para el grupo de intervencion comparado con el grupo de control, 0,93), alumbramiento prematuro (0,88) y crecimiento intrauterino retardado (1,08) eran similares en los dos grupos

No existia evidencia sobre si la intervencion tuvo algun efecto significativo en el tipo de alumbramiento, tiempo de permanencia en el hospital, uso de servicios de salud diferenciados por mujeres con complicaciones en el periodo de post-parto, mortalidad perinatal o morbilidad neonatal en los primeros 40 dias No hubo un efecto de proteccion del programa de apoyo psico-social, aun entre las madres con mayor riesgo

Como en el proyecto Quetzaltenango dis-

cutido anteriormente, donde la conducta normativa es el uso de servicios para casos complicados, la educación en salud intensiva parece tener poco efecto en las actitudes en este caso, aun si estaban directamente dirigidas a la mujer y a su personal de apoyo

IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta tanto los resultados negativos como positivos de estas lecciones aprendidas de los proyectos, ¿que es lo que se puede decir acerca de las intervenciones como un medio para aumentar las probabilidades de supervivencia para las mujeres y los recién nacidos?

Paso 1 — Reconocimiento del problema

La lección más importante aprendida de todos los proyectos es que la familia está muy involucrada en la observación del progreso del embarazo, son ellos los que se beneficiarán más con un buen resultado. Entonces, no solamente la mujer embarazada sino también la familia y aquellos que ejercen influencia sobre ella deben ser el foco de los esfuerzos que se realizan para el reconocimiento de las complicaciones tanto

para la mujer como para el recién nacido. La mujer es a menudo la que puede decir si tiene un problema, pero puede ser que no se encuentre en condiciones de aconsejar o influenciar sobre otros.

Los programas de información, educación y comunicación, enfocados para informar a las familias sobre las posibles complicaciones, pueden ser mejor administrados si se enfocan a grupos específicos, como esposos, suegras, hermanas, y también a otras mujeres embarazadas. El brindar estos mensajes a través de diferentes medios de comunicación y el hacerlo de un modo permanente puede enfatizar la seriedad del mensaje. Sin embargo, dado el ejemplo de Indonesia, donde las mujeres no querían saber de posibles complicaciones, ya que, si así lo hacían, estaban seguras que las sufrirían, se debe tener mucho cuidado en la forma de encarar el problema.

Siendo las parteras quienes brindan servicios durante el trabajo de parto, alumbramiento y cuidado del post-parto y del recién nacido, la mayoría de las mujeres de muchos países en desarrollo considera que es importante capacitarlas en el reconocimiento de los signos de peligro de las complicaciones.

Los esfuerzos tienen diferentes resultados. Cuando las mujeres que tienen una complicación usan los servicios médicos formales para el nacimiento, como parece ser la norma en la mitad de las mujeres guatemaltecas, según el estudio de Quetzaltenango, el capacitar a las parteras no pareció mejorar el uso de los servicios. Sin

embargo, en los casos en que las mujeres no usan los servicios formales aun cuando tengan una complicacion, la capacitacion de parteras puede incrementar el uso de servicios, como se vio en el oeste de Java, pero, al mismo tiempo, se presenta el problema de que las parteras dejen de ser buscadas cuando las mujeres saben que seran referidas por ellas. Este problema debe ser encarado a traves de una comunicacion dirigida hacia las mujeres y sus familiares, y se debe procurar que las parteras sientan que el referir pacientes ayuda a mantener su credibilidad, en vez de restarles importancia.

Cuando las mujeres usan servicios de trabajo de parto y alumbramiento y reciben un alto numero de visitas prenatales, los datos de la prueba aleatoria de control en America Latina muestran que una intervencion intensiva de visitas domiciliarias con educacion en salud no tiene mayor impacto en el resultado del embarazo —peso al nacer, prematuridad, mortalidad perinatal— o aun en el uso de servicios de post-parto por parte de las mujeres con complicaciones. No se sabe si las mujeres pudieron usar con mayor efectividad los servicios cuando sufrieron una complicacion durante el trabajo de parto y alumbramiento o durante el embarazo.

Paso 2 — Toma de decisiones

Se sabe muy poco acerca de la toma de decisiones en la familia con respecto a la busque-

da de atención para los problemas de complicaciones obstétricas y problemas neonatales. Sin embargo, parece que es la familia la que toma la decisión. Puede que sea por influencia de las parteras tradicionales, pero, como se vio en el proyecto de Quetzaltenango, cuando una complicación se presenta no se acude a ellas, como tampoco al personal del centro de salud. En Indonesia las parteras no sugieren referencias, a menos que sientan que la familia está de acuerdo.

Esta claro, por tanto, que se debe tomar en cuenta a la familia no solo para el reconocimiento de los problemas, sino también para la toma de decisiones en la búsqueda de servicios. Aquí nuevamente los programas de IEC son el medio para llegar a la familia. Sin embargo, aunque los hombres son la audiencia objetivo obvia en la mayoría de los sitios, pues controlan las reservas económicas del hogar o autorizan el traslado de la mujer, hasta ahora se ha realizado solo un esfuerzo para involucrar directamente a los hombres (Inquisivi, Bolivia).

Paso 3 — Logística para alcanzar atención

Son varias las barreras para llegar a los servicios, aun si la familia está dispuesta a usarlos. La disponibilidad de establecimientos con personal capacitado, equipo y suministros no es un problema menor, pocas instituciones parecen ser capaces de brindar servicios obstétricos esen-

ciales en los países donde se han llevado a cabo estudios de evaluación. Los costos son un gran problema en la mayoría de los países, y se han realizado muy pocos experimentos para financiar los servicios de parto.

Aunque las distancias suelen ser muy grandes para llegar a los sitios de referencia, el problema del transporte no es tan importante como los costos y la desconfianza frente a los servicios. Cuando se ofrecieron alternativas de transporte de taxi con subsidio, ambulancia y un fondo rotativo para transporte, no incrementó el uso de los servicios.

El envío de personal calificado a las áreas periféricas, tales como parteras profesionales para brindar atención obstétrica en casos de emergencia, ha sido efectivo para reducir la mortalidad materna en Bangladesh, donde el uso de los servicios formales para trabajo de parto y postparto es excesivamente bajo. Pero hacer lo mismo a nivel provincial o nacional es extremadamente costoso.

Hay ciertos problemas obstétricos que pueden ser manejados o estabilizados antes de la referencia, sin que ocasionen un alto costo (por ejemplo, inyecciones de antibióticos para las infecciones o sedantes para pacientes con eclampsia), pero debe medirse el costo-beneficio de tales acciones considerando el número de complicaciones posibles. Agregando tareas a la partera en turno, por ejemplo, a la planificación familiar, distribución de tabletas de hierro, cuidados del recién nacido, promoción de la lactancia, ayuda

en la diarrea y en las infecciones respiratorias, puede hacer que la inversión valga la pena

Paso 4 — Calidad de la atención

Como resultado de los esfuerzos realizados en Guatemala, Nigeria y Uganda, la lección aprendida es muy simple *la calidad de atención genera demanda*

La capacitación de los proveedores médicos en cuidado obstétrico avanzado, la capacitación en el uso de protocolos para la atención de complicaciones y la sensibilización sobre aspectos sociales y culturales, humanizando la atención y permitiendo que las puertas de los hospitales se abran a las familias y a las parteras tradicionales, incremento en poco tiempo el número de clientes que acudían a los servicios. Y aunque no siempre se hizo una campaña de difusión de estos cambios, sí se transmitieron a través de recomendaciones verbales.

Pero aunque la capacitación ha sido la principal medida para mejorar la calidad de la atención, esta no es suficiente para sustentar las prácticas enseñadas. Los programas deben apoyar el uso de habilidades con políticas que permitan a los capacitados llevar a cabo sus nuevas habilidades, con sistemas de información que les permitan monitorear su propio progreso, y con logística y suministros para mejorar el manejo y la supervisión.

Los protocolos para el manejo de compli-

caciones obstetricas y neonatales han probado su utilidad para guiar, coordinar y definir las acciones de los proveedores de servicios medicos

Las auditorias, por su parte, pueden brindar por si mismas un mecanismo interno para monitorear y cambiar las practicas de los proveedores. Donde han sido usadas, han probado ser un buen instrumento, mas alla de simplemente crear conciencia sobre los problemas, pues determinan factores que pueden evitarse, y que pueden ser usados para monitorear servicios continuos

Figuras y tablas

Figura 1

Camino a la sobrevivencia: mortalidad materna/perinatal

Enfermedades con peligro de muerte

- Paso 1 Reconocimiento del problema
- Paso 2 Decisión sobre búsqueda de atención
- Paso 3 Logística para alcanzar atención de calidad
- Paso 4 Atención de calidad

Sobrevivencia

sigue

Paso 1: reconocimiento del problema

Lecciones

—Enfoque en familias y personas de influencia

Intervenciones útiles

—IEC por varios medios

—Capacitación de trabajadores comunarios

Paso 2: Toma de decisiones para buscar atención

Lecciones

—Enfocar en familias y personas de influencia

Intervenciones útiles

—IEC por varios medios y dirigido a familias, en especial a aquellos que toman las decisiones (ej grupos de hombres)

—Hospitales que incluyen a la familia

sigue

Paso 3: Logística para alcanzar atención de calidad

Lecciones

- Barreras en las actitudes de los proveedores, la imagen de los servicios como casas de muerte, transporte, costos

Intervenciones útiles

- Hospitales que incluyen la participación familiar
- Radios de doble vía en maternidades cantonales

Matronas como promotoras de salud

- Ensayos necesarios
- Casas de espera
- Esquemas de financiamiento

sigue

Paso 4: Calidad de atención

Lecciones

—La atención de calidad genera demanda

Intervenciones útiles

—Capacitación en "Life Saving Skills"

—Capacitación en comunicación interpersonal

—Protocolos estandarizados

—Auditoria de mortalidad materno/perinatal

Otras necesidades

—Suministros y logística

—Capacitación supervisora

—Fortalecimiento de asociaciones profesionales

Tabla 1
Tendencias de tasa de mortalidad perinatal en Tanjungsari

	Periodo 1			Periodo 2		
	n	Muertes	TMP	n	Muertes	TMP
TMP total	1 099	55	50,0	1 176	44	37,4
Muertes con complicaciones durante el parto	208	27	130,0	182	18	98,9
Mujeres atendidas por comadrona	951	40	42,1	1 004	26	25,9
Mujeres con complicaciones durante el parto y atendidas por comadrona	152	15	98,7	121	6	49,6

Fuente MotherCare, 1994

Continuidad de la atención

Componentes del paquete de salud reproductiva

Hogar y comunidad	Centro de Salud	Establecimiento de referencia
<p>Servicios e información en planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Píldoras y condones <p>Cuidado prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento del embarazo — Tabletas de sulfato ferroso — Tratamiento de parásitos — Inmunización con toxoide de tetánico — Plan para referencia transporte donantes de sangre — Mensajes preventivos — Reconocimiento temprano de complicaciones (sangrado anemia aborto pre-eclampsia) y auto referencia — Problemas o prácticas dañinas — Prevención de infecciones sanidad calzados condones — VIH/SIDA <p>Atención normal del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> — Parto limpio y seguro <p>Cuidado del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> — Estabilizar la respiración del recién nacido — Secar/dar calor — Cuidado del cordón — Lactancia inmediata y exclusiva <p>Atención post parto</p> <ul style="list-style-type: none"> — Consejos ref a hemorragia y reconocimiento sepsis problemas del recién nacido (cuidado del cordón lactancia exclusiva) planificación familiar apropiada — Vitamina A (mujeres) 	<p>Servicios e información en planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Inyectables y DIU — Referencia para métodos de cirugía y tratamiento de complicaciones — Consejo post aborto y anticoncepción <p>Cuidado prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> — Consejería anticipada y evaluación de riesgo — IM hierro — Manejo profilaxis malaria — Manejo de ETS/ETR — Cuidado intensivo y preventivo — Reconocimiento y tratamiento sífilis — Manejo de síndromes <p>Cuidado del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> — Procedimientos manuales (remover placenta presentación anormal) — Oxitocina para el sangrado — Antibióticos para sepsis no complicadas — Sedativos para enfermedades hipertensivas del embarazo — Manejo del parto con partógrafo — Tratamiento de aborto incompleto — Manejo de shock — Extracción por aspiración — precauciones universales — Tratamiento de emergencias menores <p>Cuidado del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> — Primeros auxilios (reanimación infecciones hipotermia) — Cuidado de la vista — Evaluación consejería tratamiento y referencia para el bebé <p>Atención post parto</p> <ul style="list-style-type: none"> — Alcance a 2-3 días del parto — Evaluación manejo y referencia para hemorragias maternas y sepsis 	<p>Servicios e información en planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Todos los métodos de planificación familiar incluyendo anticoncepción por cirugía — Tratamiento de efectos secundarios de anticonceptivos <p>Manejo de casos obstétricos esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cirugía/anestesia (cesárea embarazo ectópico aborto incompleto) — Programa de sangre segura — Manejo médico (sepsis eclampsia anemia severa shock hemorragia) — Cuidado del neonato enfermo — Atención post aborto consejería y anticoncepción — Servicio completo Programa de control de ETS/ETR — Precauciones universales — Protocolos

**COSTOS DE LOS SERVICIOS
DE SALUD REPRODUCTIVA
(500 000 HAB)**

Se asume Producto Nacional Bruto/capita \leq 635 (1991)
 Índice de nacimiento neto 42
 Nacimientos/año 16 800
 Nacimientos 50% Hogar
 50% Institucional
 Cuidado prenatal 80%
 5 visitas promedio
 30% de anemia moderada a severa
 Enfermedades de transmisión sexual/
 Enfermedades del tracto reproductivo

Infraestructura en funcionamiento	Costo/Capita	Costo/Nacimiento
50%	\$0 80	\$24 00
0%	\$0 90	\$27 00

Fuente Gamponia, M (1995) Informe sobre el modelo de costo del Paquete Materno Infantil de la OMS para la Academia Nacional de Ciencias

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

Anonimos

1994 *Philippines National Safe Motherhood Survey 1993*, Calverton, Maryland
Macro International Inc

Bailey, P E, J A, Azaszdi, and B Schieber

1994 *Sistema de reporte de análisis de eventos vitales del proyecto de salud materna y neonatal de Quetzaltenango, Guatemala* Documento de trabajo preparado para el proyecto #DPE-5966-Z-00-8083-00 de la Agencia Internacional para el Desarrollo

Bartlett, A

1991 *Informe tecnico #2 de Inquisivi, Bolivia*
Informe preparado para el proyecto #936-5966 de la Agencia Internacional para el Desarrollo Arlington, VA John Snow Inc MotherCare/ JHU/INCAP

Blanchet, T

1991 *Maternal Health in Rural Bangladesh
An Anthropological Study of Maternal
Nutrition and Birth practices in
Nasirnagar, Bangladesh* Informe
preparado para Save the Children Fed-
eration Dhaka, Bangladesh

Carlin, L

1993 *Qualitative Research for the Social
Marketing Component of the Perinatal
Regionalization project Tajungsari,
West Java* Informe preparado para el
proyecto #936-5966 de la Agencia
Internacional para el Desarrollo Arling-
ton, VA Documento de trabajo #19 de
John Snow Inc MotherCare/Manoff
Group

Centro de Investigacion y Educacion en Salud
(CIAES) y John Snow Inc MotherCare

1991 «Estudio cualitativo sobre conoci-
mientos, actitudes y practicas relativas
a la salud reproductiva de la mujer »
Informe preparado para el proyecto
#936-5966 de la Agencia Internacional
para el Desarrollo Arlington, VA
Documento de Trabajo #9 de CIAES/
John Snow Inc MotherCare

Dali, S M , M Thapa, y S Shrestha

1992 «Educating Nepalese Women to Pro-
vide Improved Care for their

Childbearing Daughters-in-Law » *World Health Forum* 13 353-354

Edades, C , C brase, L Osei, y K LaGuardia
1993 «Traditional Birth Attendants and Maternal Mortality in Ghana » *Social Science & Medicine* 36(11) 1503-1507

Fauveau, V , M Koenig, J Chakraborty, and A Chowdhury
1988 «Causes of Maternal Mortality in Rural Bangladesh, 1976-1985 » *Bulletin of the World Health Organization*, 66(5) 643-651

Fauveau, V , B Wojtyniak, G Mostafa, A M Sarder, and J Chakraborty
1990 «Perinatal Mortality in Matlab, Bangladesh A Community-based Study » *International Journal of Epidemiology* 19 606-612

Govindasamy, P , M , Stewart, S Rutstein, J Boerma, y A , Sommerfelt
1993 «High-Risk Births and Maternity Care » *Demographic and Health Surveys Comparative Studies No 8* Macro International, Inc , Bethesda, MD

Haub C y M Yanagishita
1994 *World Population Data Sheet* Population Reference Bureau, Inc , Washington, D C

Hessler-Radelet, C

1993 «Lessons Learned About the Impact of the Regionalization of Perinatal Care Project » Informe de campo preparado para John Snow Inc MotherCare

Hogberg, U y S Wall

1986 «Secular Trends in Maternal Mortality in Sweden from 1750 to 1980 » *Bulletin of the World Health Organization* 64(1) 79-84

Hogberg, U , S Wall

1986 «The Potential Impact of Medical Technology on Maternal Mortality in the Late 19th Century Sweden » *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 24 251-261 John Snow Inc MotherCare

1993 *MotherCare Nigeria Maternal Healthcare Project Qualitative Research* Informe preparado para el proyecto #639-5966 de la Agencia Internacional para el Desarrollo Arlington, VA Documento de Trabajo #17B de John Snow Inc MotherCare

Howard-Grabman L , G , Seoane y C A Davenport

1993 *Proyecto Warmi Una estrategia participativa para mejorar la salud materna y neonatal Manual para*

implementadores Arlington, VA
MotherCare, John Snow Inc

Koblinsky, M A , O , Campbell, S Harlow
1992 «Mother and More A Broader Perspective on Women's Health » In *Women's Health A Global Perspective* Koblinsky, M A , Timyan, J , y Gay, J , (ed s) Boulder, CO Westview Press

Koblinsky, M
1995 «Beyond Maternal Mortality - Magnitude, Interrelationship, and Consequences of Women's Health Pregnancy-Related Complications and Nutritional Status on Pregnancy Outcomes » *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 48 (Suppl) 21-32

Kutzin, J
1993 «Obstacles to Women's Access Issues and Options for more Effective Interventions to Improve Women's Health » *Human Resources Development and Operations Policy* The World Bank HROWP 13

Kwast, B E
1995 «Building a Community-based Maternity Program » *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 (Suppl) 67-82

Loudon, I

- 1991 «On Maternal and Infant Mortality 1900-1960 » *The Society for the Social History of Medicine*, 4 29-73

Macro International Inc

- 1994 «Selected Statistics from DHS » *Demographic and Health Surveys Newsletter* (6)2 Ministry of Health

- 1994 *National Maternal Mortality Study* Egypt, 1992-1993 Cairo Ministry of Health

Shah, P M y P M Udani

- 1969 «Analysis of the Vital Statistics from the Rural Community, Palghar-II Perinatal, Neonatal and Infant Mortalities » *Indian Pediatrics* 6(10) 651-688

Shah, U , A K Pratinidhi y P V Bhatlawande

- 1984a «Perinatal Mortality in Rural India Intervention through Primary Health Care II Neonatal Mortality » *Journal of Epidemiology and Community Health* 38 138-142

Shah, U , A K , Pratinidhi y P V Bhatlawande

- 1984b «Perinatal Mortality in Rural India A Strategy for Reduction through Primary Care I Stillbirths » *Journal of Epidemiology and Community Health* 38 134-137

Schieber, U

- 1993 «MotherCare - Guatemala Informe final » Preparado para el proyecto #936-5966 de la Agencia Internacional para el Desarrollo Arlington, VA John Snow, Inc MotherCare

Shieber, B A , M Mejia, S Koritz, C Gonsalez y B Kwast

- 1995 *Medical Audit of Early Neonatal deaths INCAP/Quetzaltenango Maternal and Neonatal Health Project* Documento tecnico de trabajo #1 preparado para el proyecto #936-5966 de la Agencia Internacinal para el desarrollo Arlinton, VA John Snow, Inc MotherCare

Sundan TK

- 1993 «The Untold Story How the Health Care Systems in Developing Countries Contribute to Maternal Mortality » *International Journal of Health Services* (22(3) 513-528

Thaddeus, S y D Maine

- 1994 «Too far to Walk Maternal Mortality in Context » *Social Science & Medicine* 38(3) 1091-1110

Wedderburn, M y M Moore

- 1990 *Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Childbirth Choices of Jamaican Women* Documento de trabajo #5 preparado para el proyecto #936-5966

de la Agencia Internacional para el
Desarrollo Arlington, VA John Snow,
Inc MotherCare/Manoff Group

Winnard, K

1993 *Applying Social Marketing to Maternal
Health Projects The MotherCare Ex-
perience* Arlington, VA John SNow, Inc
MotherCare/The Manoff Group

The World Bank

1993 *World Development Report 1993 In-
vesting in Health* New York, NY Ox-
ford University Press

World Health Organization

1991 *Maternal Mortality A Global Factbook*
Geneva World Health Organization

The World Health Organization

1993a *Coverage of Maternity Care A Tabula-
tion of Available Information* WHO/
FHE/MSM/93 7

World Health Organization

1993b *World Development Report 1993 The
Global Burden of Disease* Preparado
para el Informe Mundial de Desarrollo
No publicado Genova

World Health Organization

1993c «Making Maternity Care More Acces-
sible » Press Release WHO/59

World Health Organization

1995 *Mother-Baby Package Implementing
Safe Motherhood in Countries* WHO/
FHE, MSM/94 11

Younis, N , H , Khattab, H Zurayk M El-Moulhy,
M Fadle Amin, A M farag

1993 «A Community Study of Gynecological
and Related Morbidities in Rural
Egypt » *Studies in Family Planning*
24(3) 175-186